



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Sekundární prevence u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním

Vypracovala: Zdeňka Hotařová

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Pavelková

České Budějovice 2015

Abstrakt

Sekundární prevence u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním

Současný stav

I přes veškeré úspěchy a pokroky současné vědy a praxe jsou kardiovaskulární onemocnění nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích, v České republice nevyjímaje. Dále jsou kardiovaskulární onemocnění v České republice jednou z nejčastějších příčin morbidit dospělých jedinců, mimo to se také onemocnění srdce a cév nachází na třetím místě příčin invalidity.

Jelikož jsou kardiovaskulární onemocnění velice širokým a obsáhlým tématem, není v možnostech této bakalářské práce zahrnout všechna onemocnění srdce a cév. Proto jsme se v této práci zaměřili pouze na některá onemocnění. Z dlouhé řady kardiovaskulárních onemocnění jsme vybrali aterosklerózu, hypertenzi, ischemickou chorobu srdeční a arytmiu. Dále jsme se věnovali vyšetřovacím metodám v kardiologii a angiologii, prevenci rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, rolím sester a vztahu sestra-pacient.

Cíle práce

Pro tuto bakalářskou práci jsme stanovili 3 cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, jakým způsobem probíhá sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. Cíl druhý spočíval ve zmapování, jak se sestry podílí na sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Cílem třetím, posledním, bylo zjistit, jak pacienti s kardiovaskulárním onemocněním dodržují preventivní opatření.

Metodologie

K získání potřebných dat ke zpracování empirické části této bakalářské práce bylo využito kvalitativního výzkumu s využitím polostrukturovaného rozhovoru s dotazovanými respondenty. Výzkumný soubor byl složen ze dvou částí. První část tvořilo 8 všeobecných sester pracujících u praktických lékařů pro dospělé

či na interních ambulancích v rámci Jihočeského kraje. Druhou část tvořilo též osm respondentů, pacientů, kteří se léčí pro kardiovaskulární onemocnění. Pacienti pocházeli z Vysočiny a Jihočeského kraje.

Výsledky

Analýzou získaných dat z kvalitativního výzkumu vzniklo 6 kategorií výsledků rozhovorů se všeobecnými sestrami. Kategorie Důležitost sekundární prevence, Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění, Role sestry v sekundární prevenci, Edukace jako sekundární prevence, Dodržování preventivních opatření a Hodnocení preventivní péče. Též na straně pacientů vzniklo 6 kategorií. Kategorie Změna životního stylu, Preventivní opatření, Přístup sestry k prevenci kardiovaskulárních onemocnění, Motivace, Návštěva dalších specialistů, Hodnocení sestry.

Závěr

Naším cílem bylo zaměřit se na kardiovaskulární onemocnění na sekundární prevenci, prostudovat ji, pohovořit na toto téma s vybranými respondenty, analyzovat získané informace a vytvořit informační brožurky pro pacienty s kardiovaskulárním onemocněním.

Klíčová slova

Kardiovaskulární onemocnění, sekundární prevence, edukace, rizikový faktor, sestra, pacient

Abstract

Secondary prevention in case of patients with cardiovascular disease

Current status

Despite all the achievements and progress of contemporary science and practice, the cardiovascular diseases are the leading cause of death in industrialized countries, including the Czech Republic. Furthermore cardiovascular diseases in the Czech Republic are one of the most frequent causes of adult morbidity and disability.

Since cardiovascular diseases are very wide and comprehensive subject, it is beyond the scale of this work to include all diseases of the heart and blood vessels. Therefore, in this work we have only focused on certain diseases. From the long list of cardiovascular disease, we chose atherosclerosis, hypertension, coronary artery disease and arrhythmias. We have also focused on different cardiology methods, prevention of risk factors of cardiovascular diseases, role of the nurses in this field and nurse-patient relationship.

Goals:

We have set three main goals for this hypothesis. The first objective was to explore the ongoing secondary prevention of cardiovascular disease. The second objective was to focus on involvement of nurses in secondary prevention of cardiovascular disease. The third and last objective was to determine how patients with cardiovascular disease comply with preventive measures.

Methodology:

The research and patients' interviews were used to obtain the needed data to process the empirical part of this proposal. The research consisted of two parts. The first part consisted of 8 nurses working with general practitioners for adults or internal clinic in the Region. The second part consisted of eight patients who are treated for cardiovascular disease. Patients came from the Highlands and the South Region.

Results:

Analysis of the data from the research was created 6 categories of the results of interviews with general nurses. Categories: Importance of secondary prevention, Cardiovascular risk factors, Role of the nurse in secondary prevention, Education as secondary prevention, Adherence to preventive measures and Evaluation preventive care. Also was created 6 categories of patients. Category Changing lifestyles, Preventive measures, Involvement sisters to prevent cardiovascular disease, Motivation, Visiting of specialists, Assessment of nurses.

Conclusion:

Our aim was to focus on the secondary prevention of cardiovascular diseases, study the topic, talk on the subject with selected patients, analyze the information and create a information booklet for patients with cardiovascular disease.

Keywords:

Cardiovascular disease, secondary prevention, education, risk faktor, nurse, patient.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Sekundární prevence u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním 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 bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 dne 4. 5. 2015

.....

Zdeňka Hotařová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zdeňce Pavelkové za odborné vedení, cenné připomínky a rady při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na empirické části této práce.

Obsah

Úvod.....	10
1 SOUČASNÝ STAV.....	12
1.1 Onemocnění srdce a cév.....	12
1.1.1 Ateroskleróza.....	13
1.1.2 Hypertenze.....	14
1.1.3 Ischemická choroba srdeční.....	17
1.1.3.1 Akutní infarkt myokardu.....	17
1.1.3.2 Nestabilní angina pectoris.....	19
1.1.4 Arytmie.....	20
1.2 Vyšetřovací metody v kardiologii.....	21
1.3 Prevence rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění.....	25
1.3.1 Nadváha a obezita.....	25
1.3.2 Diabetes mellitus.....	27
1.3.3 Hyperlipoproteinémie.....	28
1.3.4 Pohybová aktivita.....	30
1.3.5 Výživa.....	31
1.3.6 Kouření.....	32
1.3.7 Psychosociální faktory.....	34
1.4 Role sestry.....	34
1.4.1 Edukace jako součást ošetrovatelské péče v prevenci kardiovaskulárních onemocnění.....	35
1.5 Vztah sestry – pacient a jejich vzájemná komunikace.....	36
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	38
2.1 Cíle práce.....	38
2.2 Výzkumné otázky.....	38
3 METODOLOGIE.....	39
3.1 Použitá metoda.....	39

3.2	Polostrukturovaný rozhovor	40
3.3	Charakteristika výzkumného souboru	41
4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
4.1	Identifikační údaje respondentů	42
4.2	Kategorizace výsledků rozhovorů se všeobecnými sestrami	43
4.2.1	Kategorie 1: Důležitost sekundární prevence	44
4.2.2	Kategorie 2: Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění	45
4.2.3	Kategorie 3: Role sestry v sekundární prevenci	46
4.2.4	Kategorie 4: Edukace jako sekundární prevence	47
4.2.5	Kategorie 5: Dodržování preventivních opatření	49
4.2.6	Kategorie 6: Hodnocení preventivní péče	51
4.3	Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty	53
4.3.1	Kategorie 1: Změna životního stylu	53
4.3.2	Kategorie 2: Preventivní opatření	54
4.3.3	Kategorie 3: Přístup sestry k prevenci kardiovaskulárních onemocnění ..	55
4.3.4	Kategorie 4: Motivace	56
4.3.5	Kategorie 5. Návštěva dalších specialistů	57
4.3.6	Kategorie 6: Hodnocení sestry	57
4.4	Shrnutí výsledků empirického šetření	59
5	DISKUSE	66
6	ZÁVĚR	73
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	75
8	SEZNAM PŘÍLOH	79
9	PŘÍLOHY	81

Seznam použitých zkratk

AIM	Akutní infarkt myokardu
ICHS	Ischemická choroba srdeční
EKG	Elektrokardiograf
DM	Diabetes mellitus
TK	Tlak krve
HLP	Hyperlipoproteinémie
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného imunodeficitu)
SCORE	Systematic Coronary Risk Evaluation (Systematické hodnocení koronárních rizik)

Úvod

Tématem této bakalářské práce je sekundární prevence u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. Téma jsem si zvolila z důvodu aktuálnosti dané problematiky. Dalším důvodem výběru tohoto tématu byl zájem o obor kardiologie.

Onemocnění srdce a cév jsou v České republice nejčastější příčinou úmrtnosti a jednou z nejčastějších příčin nemocnosti dospělých jedinců. Kardiovaskulární onemocnění se také nachází na třetím místě příčin invalidity (Zvoníková, Čeledová, 2010). I když se úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění v posledních letech v České republice snížila, i tak je oproti jiným vyspělým evropským státům příliš vysoká. Ke snížení úmrtnosti se dosáhlo zejména zavedením a rozšířením nových léčebných postupů a eliminováním některých rizikových faktorů.

Jelikož jsou kardiovaskulární onemocnění velice širokým, obsáhlým tématem a není v možnostech této práce obsáhnout všechna onemocnění, budeme se zde věnovat pouze některým onemocněním. Pozornost věnujeme ateroskleróze, hypertenzní nemoci, ischemické chorobě srdeční a srdeční arytmií.

Sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění nachází své místo u nemocných s již diagnostikovaným onemocněním. Jejím úkolem je zaměřit se na pacienta jako na bio-psycho-sociálně-spirituální bytost a zamezit progresi, exacerbaci a vzniku komplikací vzniklého onemocnění.

Naším cílem je obrátit se na všeobecné sestry, které pracují s kardiologickými pacienty, zjistit, jak sestry pohlíží na sekundární prevenci, jak se na ní podílí a jakým způsobem funguje. Vedle všeobecných sester jsou naší cílovou skupinou pacienti s kardiovaskulárním onemocněním. U nich je naším účelem zjistit, jak se jim daří dodržovat preventivní doporučení, která jim byla doporučena právě všeobecnými sestrami.

K těmto stanoveným cílům jsme se rozhodli využít kvalitativní techniku sběru dat s využitím polostrukturovaného rozhovoru s dotazovanými respondenty. Výstupem této bakalářské práce bude vytvoření informačních brožurek.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Onemocnění srdce a cév

Onemocnění srdce a cév představují podobný problém dnešní civilizace, jakým byl problém moru a cholery ve středověku. I přes veškeré úspěchy a pokroky současné vědy a praxe jsou kardiovaskulární onemocnění nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích západní civilizace, Českou republiku nevyjímaje (Špinar, Vítovec, 2007).

Donedávna se epidemiologie věnovala především nemocem infekčním, ale po druhé světové válce se začala epidemiologie zabývat nemocemi neinfekčními, zejména kardiovaskulárními chorobami. Ve 30. letech 20. století se ischemická choroba srdeční stala největší epidemií a příčinou úmrtí v populaci Spojených států amerických. Po druhé světové válce se toto onemocnění stávalo epidemií ve vyspělých zemích Evropy a postupně se začala šířit i do méně vyspělých zemí i do zemí rozvojových (Češka, 2010).

Podle statistických údajů v roce 2013 zemřelo na nemoci oběhové soustavy 51 731 lidí, z toho 23 701 mužů a 28 030 žen, z celkového počtu úmrtí v České republice 109 160 (viz Příloha 1). Standardizovaná úmrtnost na nemoci oběhové soustavy činí 43,1 % u mužů a 46,8 % u žen (viz Příloha 2). Přitom úmrtnost na 100 000 obyvatel u mužů činí 459,2 a 524,0 u žen. Celkem na nemoci oběhové soustavy zemře 492,2 lidí na 100 000 obyvatel (viz Příloha 3). V roce 2013 bylo v České republice hospitalizováno v nemocnicích 308 898 nemocných s kardiovaskulárním onemocněním, z toho 166 523 mužů a 142 375 žen (viz Příloha 4). Průměrná ošetrovací doba nemocného s onemocněním oběhové soustavy je 7,4 dne u mužů a 9,3 dne u žen (viz Příloha 5) (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014).

V rámci Jihočeského kraje bylo u praktického lékaře pro dospělé dispenzarizováno 119 370 lidí pro hypertenzní nemoci, 45 583 pro ischemické choroby srdeční a 14 134 pro cévní nemoci mozku (viz Příloha 6). Z tohoto počtu bylo dispenzarizováno u praktického lékaře 33 429 lidí pro hypertenzní nemoc, 11 518 pro ischemické nemoci srdeční a 4 756 pro cévní nemoci mozku v Českých Budějovicích (viz Příloha 7) (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014).

Vyskytují se nové nemoci, nové komplikace nemocí, ale i nové léky a možnosti vyspělé vědy. Populace stárne a tím přibývá i nemocí. Cílem moderní civilizace je posunout výskyt kardiovaskulárních onemocnění k co nejvyššímu věku, tedy aby nás infarkt nepotkal již v 60 letech, ale až v 80. K tomuto cíli napomůže nejlépe prevence, neboť nejlepší formou léčby je onemocnění předcházet. Správné poučení a informovanost lidí je toho základním předpokladem (Špínar, Vítovec, 2007).

1.1.1 Ateroskleróza

Aterosklerózou se rozumí proměnlivé změny v intimě a medii tepen, které jsou způsobené nahromaděním lipidů, sacharidů, krevních elementů, vaziva a vápníku. Proces, při kterém vznikají aterosklerotické změny, se nazývá aterogeneze. Na začátku tohoto procesu stojí takzvaná endotelová dysfunkce. Dochází tak k poškození endotelu a zvýšení jeho propustnosti pro molekuly lipidů. Navíc poškozené endotelové buňky sníží tvorbu oxidu dusnatého, který je důležitým vasodilatačním faktorem a zároveň brání prostupu molekul lipidů do endotelu (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Aterosklerotický proces zpravidla začíná v mládí a probíhá mnoho let bez klinických příznaků. Ve 40 letech nebo i dříve se u některých jedinců mohou objevit první příznaky orgánového poškození, nejčastěji však po 50. roce. První formou jsou časné léze a tukové proužky, druhou formou jsou fibrózní a ateromové pláty a poslední jsou komplikované léze, které vznikají z fibrózních plátů (viz Příloha 8 a Příloha 9). Ateromové pláty se dělí na takzvané stabilní a nestabilní podle toho, kolik tuku obsahují. Stabilní pláty mají nízký obsah tuků a vyvolávají námahové stenokardie, které jsou charakteristické pro stabilní anginu pectoris. Ale pláty nestabilní obsahují vysoký podíl tuků, praskají a mají tendenci k trombóze či ke krvácení do plátu, to pak vede k akutní cévní příhodě (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Aterosklerózou bývají nejčastěji postiženy věnčité tepny, karotidy, tepny spodiny mozku, ledvinné, iliacké, femorální a tepny bérce. Klinické příznaky vyplývají z poškození jednotlivých tepen (Kolář, 2009). Při poškození mozkových tepen

aterosklerózou dochází v počátcích onemocnění k poruchám paměti, závratím, zapomínání, objevují se poruchy spánku, sluchu a může to vést až k cévní mozkové příhodě. Aterosklerotické změny na tepnách koronárních způsobují ischemickou chorobu srdeční. U iliackých tepen to může vést k impotenci a například u mezenterické tepny může ateroskleróza způsobit cévní ileus, kdy se jedná o náhlou příhodu břišní a je nutný urgentní chirurgický výkon (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Diagnostika aterosklerózy spočívá ve fyzikálním, laboratorním a přístrojovém vyšetření. U některých tepen je možný poslech a palpace pulzu, na končetinách se sleduje teplota a barva, kdy u tepen postižených těžkou aterosklerózou je končetina chladná a bledá. Laboratorní vyšetření zahrnuje vyšetření krevních lipidů. K přístrojové diagnostice slouží rentgenologické kontrastní vyšetření tepen, kam lze zařadit koronarografii a arteriografii. Terapeutický přístup k ateroskleróze by měl vést k vyloučení rizikových faktorů a zlepšení endotelové dysfunkce. Zejména je důležitá změna životního stylu, především nízkocholesterolová dieta, zanechání kouření u kuřáků, zvýšení fyzické aktivity a redukování stresu (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Neovlivitelnými rizikovými faktory aterosklerózy jsou věk, pohlaví a genetické faktory (viz Příloha 10). Manifestace aterosklerózy vzrůstá s věkem, muži mají daleko větší riziko aterosklerózy než ženy do menopauzy, po menopauze se riziko u žen zvyšuje. Ateroskleróza má jistě i významný genetický podklad. Ovlivnitelnými rizikovými faktory jsou hyperlipoproteinémie, kouření, hypertenze, diabetes mellitus II. typu, obezita centrálního typu, psychosociální faktory, nízká fyzická aktivita (Češka, 2010). Sekundární prevence aterosklerózy se uskutečňuje například u lidí po prodělaném infarktu myokardu nebo mozkové příhodě, neboť snižuje riziko nových příhod a úmrtí (Kolář, 2009).

1.1.2 Hypertenze

Arteriální hypertenze neboli vysoký krevní tlak je nejčastějším kardiovaskulárním onemocněním s vysokým výskytem v dospělé populaci. V průmyslově vyspělých

zemích tak činní 20-50 %. Arteriální hypertenze ale i kouření, diabetes mellitus, dyslipidemie, obezita jsou jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů ischemické choroby srdeční, ischemické choroby tepen dolních končetin, cévních mozkových příhod. Za arteriální hypertenzi v dospělosti se považuje opakované zvýšení tlaku krve $\geq 140/90$ mm Hg naměřené minimálně při dvou návštěvách lékaře. Kromě této systolicko-diastolické hypertenze je nutno věnovat pozornost i takzvané izolované systolické hypertenzi, která je definována jako systolický tlak ≥ 140 mm Hg a současně diastolický tlak < 90 mm Hg (Češka, 2010). Při diastolickém tlaku obvykle ≥ 120 mm Hg se hovoří o hypertenzní krizi. Jedná se o akutní, život ohrožující stav spojený s náhle zvýšeným krevním tlakem (viz Příloha 11) (Klener, 2006).

Podle etiologie se arteriální hypertenze dělí na hypertenzi primární, esenciální a na hypertenzi sekundární. U esenciální hypertenze není známa primární příčina, ale je známa řada mechanismů, která se na jejím vzniku podílí (Klener, 2006). Rizikovým faktorem, který napomáhá vzniku hypertenze, může být genetická dispozice, kouření, nedostatek kalia, kalcia, magnezia, obezita, zvýšená spotřeba alkoholu, zvýšený přísun chloridu sodného, stresový faktor (Šafránková, Nejedlá, 2006). V případě sekundární formy hypertenze vzniká zvýšení krevního tlaku v důsledku známé příčiny, kterou může být renální, endokrinní, iatrogenní postižení, koarktace aorty či hypertenze v těhotenství. Vysoký krevní tlak nemusí nemocnému působit žádné subjektivní potíže a může být zcela náhodně zjištěn. Nespecifickými příznaky může být bolest hlavy, únava, palpitace, poruchy koncentrace, paměti, spánku a další neurotické potíže (Dítě, 2007). Primární hypertenze se klasicky dělí do třech stádií. V I. stadiu může být nemocný bez potíží nebo má nespecifické potíže jako bolesti hlavy, únava, závratě. Objektivně nejsou nalezeny žádné orgánové změny. Ve II. stadiu jsou subjektivní potíže stejné jako ve stadiu I., ale objektivně se vyskytují známky hypertrofie a zhoršení diastolické funkce levé komory, nefrosklerózu, aterosklerotické změny cév. Ve III. stadiu subjektivní potíže vyplývají z postižení srdce, mozku, ledvin, cév, očního pozadí. Objektivně se nachází známky postižení těchto orgánů (Sovová, Řehořová, 2004).

Základem diagnostiky arteriální hypertenze je měření tlaku krve a to vsedě, zvláště ve stoje se měří tlak krve u starších pacientů a diabetiků v ordinaci lékaře. Vhodné je i měření tlaku v domácích podmínkách, takzvaný selfmonitoring, a v některých případech použití 24 hodinového monitorování (Češka, 2010). Dále diagnostika arteriální hypertenze spočívá ve zjištění anamnézy, fyzikálním vyšetření. Využívají se také laboratorní vyšetření krve a moči, z přístrojových zařízení slouží k diagnostice hypertenze a především komplikací hypertenze elektrokardiograf, vyšetření očního pozadí, echokardiografie, rentgenologické vyšetření hrudníku (Šafránková, Nejedlá, 2006). Odlišení primární a sekundární hypertenze je velmi důležité, jelikož u sekundární hypertenze je specifická léčba možná jen v těch případech, u kterých se podaří odhalit její příčina. Cílem léčby hypertenze je nejen snížení hodnoty tlaku krve na cílové hodnoty, ale také snížení celkového kardiovaskulárního rizika zpomalením rozvoje nebo regresí již přítomných orgánových změn. V léčbě mírných forem hypertenze se nejdříve doporučuje zanechání kouření, snížení příjmu alkoholu a kuchyňské soli, úprava tělesné hmotnosti, snížení příjmu živočišných tuků a zvýšení tělesné aktivity. Při medikamentózní léčbě hypertenze lékař vždy musí volit léky na základě individuálního posouzení konkrétního nemocného (Dítě, 2007). Komplikacemi hypertenze může být hypertenzní krize, časná ateroskleróza, aneurysma aorty, hypertenzní retinopatie, mozková ischemie, hypertenzní nefropatie či hypertenzní kardiomyopatie (Wolfram, Karges, 2011).

Sekundární prevence hypertenze spočívá v časně detekci nemocných s tímto onemocněním. Lze toho dosáhnout měřením krevního tlaku při každé návštěvě nemocného v ordinaci lékaře a měřením tlaku u rizikových skupin. Dále tomu přispívá edukace pacientů, selfmonitoring a užívání dlouhodobě působících antihypertenziv. Léčba hypertenze přispívá ke snížení kardiovaskulární mortality o 16 % a až o 42 % snižuje mortalitu cerebrovaskulární. Ke zjištění absolutního rizika jedince pro fatální kardiovaskulární příhody slouží tabulka SCORE (viz Příloha 12) (Češka, 2010).

1.1.3 Ischemická choroba srdeční

Ischemická choroba srdeční (ICHS) je soubor chorob, jejichž společnou příčinou je postižení věnčitých tepen a v důsledku toho reverzibilní nebo ireverzibilní ischemie neboli nedokrevnost části srdeční svaloviny, myokardu (Češka, 2010). Porucha prokrvení myokardu může být původu buď organického, kdy příčinou může být ateroskleróza, trombus, embolus či zánět, nebo původu funkčního. Takovou funkční příčinou je spasmus koronární tepny. Avšak nejčastější příčinou bývá nestabilní aterosklerotický plát. Ischemie se objeví tehdy, jestliže nároky na potřebu kyslíku převyšují možnosti prokrvení. Zvýšené potřeby kyslíku mohou být například vyvolány zvýšením krevního tlaku, tachykardií i fyzickou námahou. Srdce na vzniklou nedokrevnost reaguje rozvojem postranního cévního řečiště, které zajišťuje, aby krev obešla stenózu a zásobovala tak myokard za stenózou (Sovová, Sedlářová, 2014).

ICHS se rozlišuje na akutní a chronickou formu. Klasifikace akutních forem zvaná jako akutní koronární syndromy je založena na elektrokardiografickém obraze a rozděluje nemocné do dvou kategorií. První kategorií jsou pacienti s akutní bolestí na hrudi a přetrvávajícími elevacemi ST úseku. Druhou kategorií tvoří pacienti s akutní bolestí na hrudi, ale bez elevací ST a obvykle s depresiemi ST. Klasicky akutní koronární syndromy zahrnují infarkt myokardu s elevacemi úseku ST, dále infarkt bez elevací úseku ST a nestabilní anginu pectoris (Widimský, 2014). Chronická ICHS je stav po infarktu myokardu, stabilní angina pectoris, nemá ischemie, variantní nebo také vazospastická angina pectoris, mikrovaskulární angina pectoris, chronické srdeční selhání v důsledku ICHS (Češka, 2010).

1.1.3.1 Akutní infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu (AIM) je akutní ložisková ischemická nekróza srdeční svaloviny, která vzniká z přerušení průtoku krve věnčitou neboli koronární tepnou do příslušné oblasti. AIM je nejzávažnější forma akutního koronárního syndromu

(Kolář, 2009). Více než 80 % infarktů vzniká na podkladě akutního trombotického uzávěru věnčité tepny, který obvykle nasedá na takzvaný nestabilní aterosklerotický plát. Na vzniku infarktu myokardu se mohou podílet i koagulační mechanismy, spazmy věnčitých tepen, hyperkoagulační stavy, arteritidy (Dítě, 2007). Typickým příznakem AIM je bolest na hrudi, stenokardie, která je lokalizována za hrudní kostí, retrosternálně. Bolest bývá popisována nemocnými jako pálivá, svíravá, tlaková a často vyzařuje do levé horní končetiny nebo do krku a dolní čelisti. Bolest bývá často doprovázena dušností, nauzeou, opocením, bledostí, někdy zvracením, palpitacemi, úzkostí, strachem ze smrti (Češka, 2010). Palpitacemi se rozumí nepříjemné, intenzivně vnímané projevy činnosti srdce, které jsou charakterizované zejména krátkodobou nepravidelností tepu. Nemocný to vnímá jako přeskočení či zastavení srdce nebo jako nepravidelné bušení srdce (Lukáš, Žák, 2015). Infarktová bolest trvá obvykle alespoň 30 minut, někdy až celé hodiny. Někdy může AIM proběhnout bez bolestí na hrudi, nejčastěji u diabetiků, kteří trpí senzitivní neuropatií. Jindy se může AIM projevovat až jeho komplikacemi, především poruchami srdečního rytmu. Může jít o poruchy převodu signálu, fibrilaci síní, komorovou tachykardií, fibrilaci komor. AIM se může také projevit náhlou smrtí. K diagnostice je nezbytné především fyzikální vyšetření, anamnéza, EKG a biochemické vyšetření krve, kde se vyšetřují kardijspecifické markery. Jsou to látky, které se objevují v periferní krvi a pocházejí výlučně nebo především z myokardu. Nejčastěji používané markery jsou troponiny, kreatinkinaza a její isoenzym srdeční frakce a myoglobin (Češka, 2010).

Rozsah infarktu myokardu může být některými vlivy urychlen a některými zpomalen. Velikost nekrózy závisí na velikosti uzavřené tepny, době trvání uzávěru, na fyzické zátěži v době infarktu a na stavu kolaterálního řečiště (Šafránková, Nejedlá, 2006). Terapie se skládá ze tří fází, přednemocniční, nemocniční a sekundární prevence. V terapii infarktu myokardu je na prvním místě naprostý klid na lůžku, dále podání rychle působícího nitrátu, kyseliny salicylové, potlačení bolesti, prevence a terapie arytmií. Nemocniční terapie navazuje na přednemocniční podle aktuálního stavu a individuálního posouzení nemocného. Jejím základem je reperfuze pomocí přímé srdeční angioplastiky s implantací koronárního stentu. Komplexní péče

po překonaném IM zahrnuje úpravu životosprávy, zejména dodržování dietních opatření, odstranění kuřáckého návyku, úpravu krevního tlaku a přiměřenou fyzickou aktivitu a v neposlední řadě dodržování medikamentózní léčby (Klener, 2006).

1.1.3.2 Nestabilní angina pectoris

Nestabilní angina pectoris je jednou z forem akutního koronárního syndromu. Vzniká v důsledku ruptury aterosklerotického plátu a intrakoronární trombózy. Oproti akutnímu infarktu myokardu nedochází k nekróze myokardu, nejsou tedy obvykle zvýšeny hladiny kardiospecifických enzymů (Češka, 2010). Nestabilní angina pectoris je charakterizována třemi hlavními typy obtíží, a to nově vzniklými záchvaty, záchvaty se zvyšující se frekvencí, intenzitou, trváním a záchvaty přicházejícími v klidu. Bolesti zvané stenokardie u nestabilní anginy pectoris mají podobný charakter jako bolesti u AIM, avšak mají zpravidla jinou kvalitu a trvání. Nemocný charakterizuje bolesti jako stále častější, silnější a trvající déle, obvykle netrvají déle jak 20 minut. Bolesti na hrudi mohou být spojeny s pocitem těžkého dechu nebo i s výraznou dušností nebo s pocitem bušení srdce neboli palpitacemi (Kolář, 2009). Příčinou nestabilní anginy pectoris je nestabilní aterosklerotický plát, který nezpůsobil úplné uzavření postižené tepny, nedochází tedy k nekróze myokardu. Základem diagnostiky je anamnéza a elektrokardiografie. Přítomnost bolestí lokalizovaných za hrudní kostí s propagací do krku, dolní čelisti, levé či pravé horní končetiny by měla vzbudit podezření na toto onemocnění. Rozhodující diagnostickou metodou je koronarografie. Laboratorní vyšetření nám umožní odlišit anginu pectoris od infarktu myokardu, kdy u nestabilní anginy pectoris jsou indikační markery obvykle ve fyziologických hodnotách. Základem terapie je rychlé odstranění obtíží nemocného nezbytnými opatřeními, intervenční terapií, časně provedenou selektivní koronarografií, inhalací kyslíku, analgetiky včetně opiátů, antikoagulancii, antiagragancii, intravenózními nitráty, blokátory kalciových kanálů, β -blokátory, statiny (Dítě, 2007).

1.1.4 Arytmie

Poruchy srdečního rytmu neboli arytmie, někdy také dysrytmie patří k nejčastějším srdečním onemocněním (Češka, 2010). Získání anamnézy, která se týká symptomů, je zásadní. K důležitým bodům patří záznam počátku a kompletní charakteristika příznaků, určení okolností, za kterých se příznaky objevují, trvání a frekvence epizod, charakter příznaků v čase, vliv jakékoliv léčby a rodinná anamnéza (O'Rourke, 2010).

Arytmie lze dělit podle rychlosti na bradykardie a tachykardie, dle mechanismu vzniku na poruchy tvorby a vedení vzruchu a podle místa vzniku na supraventrikulární a komorové. Dráždivost, automacie, vodivost, refrakternost jsou specifickými vlastnostmi srdečních buněk (Dítě, 2007). Základní etiologií arytmií jsou poruchy tvorby vzruchu neboli automacie a poruchy vedení vzruchu neboli poruchy vodivosti (Češka, 2010).

Bradyarytmie se manifestují při náhlém vzniku jako synkopa nebo slabost, pocit na omdlení, točení hlavy označované jako presynkopální stav. Mezi ostatní projevy patří únavnost, námahová dušnost, snížená tolerance zátěže. U tachyarytmií mohou nemocní pociťovat občasné palpitace, pocity rychlého bušení srdce, angiózní bolesti nebo dušnost (Klener, 2006). Poklesne-li u nemocného srdeční minutový objem, příznaky se objevují se symptomy téměř pravidelně. Snížení minutového objemu bývá významnější, čím významnější je srdeční arytmie, čím déle trvá arytmie a čím je pokročilejší srdeční onemocnění (Kolář, 2009). Dalším symptomem arytmií může být oběhová zástava s nutností kardiopulmonální resuscitace při asystolii komor, flutteru a fibrilaci komor (Dítě, 2007).

Klíčové postavení v diagnostice arytmií má elektrokardiograf (dále EKG), dvacet čtyř hodinové Holterovo monitorování EKG, dále je vhodný epizodický záznamník EKG, svoji roli má i zátěžové EKG vyšetření. Invazivní elektrofyziologické vyšetření je další metoda k diagnostice arytmií. Terapie arytmií spočívá v ovlivnění vyvolávajících faktorů arytmie. Závisí na typu arytmie a na dalších přidružených onemocněních. Režimová a dietní opatření jsou indikována k okolnostem, za kterých nemocný jedinec

zaregistroval zvýšený výskyt obtíží. U některých jedinců může arytmie vzniknout po užití kofeinu, alkoholu či náročnější fyzické zátěži. Proto je důležité tyto faktory odstranit, či omezit. Dalším nefarmakologickým postupem v léčbě arytmií je především katérová ablace, dále Valsavův manévr, elektrická kardioverze a defibrilace při běžící arytmií. Při farmakoterapii arytmií se nejčastěji používá klasifikační schéma antiarytmik dle Vaughana Wiliamse (Češka, 2010)

1.2 Vyšetřovací metody v kardiologii

Při stanovení správné diagnózy patří k základním stavebním kamenům anamnéza a fyzikální vyšetření. Ošetřovatelský personál musí umět provést ošetřovatelské hodnocení nemocného, tedy umět odebrat ošetřovatelskou anamnézu a hodnotit status praesens, který je důležitý pro stanovení ošetřovatelských diagnóz a pro zhodnocení výstupů poskytnuté ošetřovatelské péče (Sovová, Sedlářová, 2014). Anamnéza je soubor všech údajů o zdravotním stavu nemocného, který zahrnuje osobní data, současné potíže, rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, nynější onemocnění, farmakologickou anamnézu, sociální a pracovní anamnézu, anamnézu alergií, anamnézu abúzu a gynekologickou a andrologickou anamnézu (Špinar, Ludka, 2013). Lékař i sestra by měli od nemocného či jeho blízkých získat co nejvíce údajů o nemocném, aby dokázali dobře stanovit medicínské a ošetřovatelské diagnózy, zavedli správnou a efektivní terapii. Důležité je zjištění životního stylu nemocného a rizikových faktorů onemocnění, které by se daly změnou životního stylu eliminovat, či úplně odstranit. Zjištěné údaje mohou pomoci v prevenci vzniku dalších onemocnění a zabránit výskytu komplikací současných onemocnění.

Fyzikálním vyšetřením se rozumí vyšetření nemocného prostřednictvím smyslů, a to zrakem, sluchem, hmatem a čichem. K zesílení sluchových vjemů používáme fonendoskop. Mezi fyzikální vyšetření patří pět P: pohled - inspekce, pohmat - palpce, poklep - perkuse, poslech - auskultace, per rektum a můžeme ještě přidat vyšetření

čichem například u zápachu z úst, zápachu moče. Zvládnout fyzikální vyšetření znamená umět se dívat, slyšet, hmatat a cítit (Nejedlá, 2006).

Základní metodou kontroly krevního oběhu nemocného je měření krevního tlaku. Tlak krve lze měřit přímo, invazivně nebo nepřímo, neinvazivně. Neinvazivně se měří tlak krve pomocí tonometru a fonendoskopu, tedy stetoskopicky či pomocí digitálního tonometru, oscilometricky. Stetoskopická metoda je založena na principu takzvaných Korotkových fenoménů. Měření invazivní se provádí intraarteriálně pomocí srdečního katétru. Tato metoda se využívá při operacích na srdci a cévách a u těžkých stavů (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Základní vyšetřovací metodou v kardiologii je vyšetření EKG neboli elektrokardiografie. Jedná se o neinvazivní vyšetřovací metodu, která zaznamenává elektrickou aktivitu srdečního svalu, tedy vznik a šíření akčního proudu převodním systémem srdečním a buňkami myokardu. Přístroj, který k tomuto vyšetření slouží, se nazývá elektrokardiograf a grafická křivka, která vzniká při záznamu, se nazývá elektrokardiogram. EKG lze rozdělit na jednorázové a na monitorování. Jednorázové EKG dále pak dělíme na klidové a zátěžové (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Klidové EKG se provádí u nemocného, který leží v klidu s rukama volně položenýma podél těla, oproti EKG zátěžovému neboli ergometrii, která umožňuje sledovat vliv zátěže na krevní oběh a tím vyloučit nebo potvrdit koronární nemoc, zjišťovat účinnost léčebných postupů a dále umožňuje sledovat výkonnost vyšetřované osoby po prodělání infarktu myokardu, aortokoronárním bypassu či koronární angioplastice. Zátěžová ergometrie se provádí na bicyklu, proto bicyklová ergometrie, nebo se provádí zátěžový test na běhátku (Šafránková, Nejedlá, 2006). Kontraindikacemi k vyšetření zátěžového EKG jsou akutní koronární syndrom, akutní a subakutní myokarditida, závažné arytmie, všechna horečnatá onemocnění, těžká aortální stenóza, nemocní s postižením kmene levé věnčité tepny. U nemocných s bloádou levého Tawarova raménka a při významné hypertrofii levé komory je vyšetření nepřínosné. Při tomto vyšetření se mohou vzácně objevit komplikace, z tohoto důvodu je nezbytně nutné, aby zdravotničtí pracovníci ovládali problematiku akutních srdečních příhod. I ergometrické pracoviště musí být vybaveno pomůckami a léky

pro léčbu akutních příhod a pro kardiopulmonální resuscitaci, dále musí být zajištěné spojení s jednotkou intenzivní péče, pomůcky pro transport nemocného (Kolář, 2009).

Mezi monitorování EKG můžeme zařadit Holterovo monitorování, Telemetrické monitorování, monitorování při intenzivní péči na lůžku. Holterovo monitorování umožňuje obvykle 24 - 48 hodinové zaznamenávání srdeční činnosti vyšetřované osoby při její obvyklé denní činnosti, mimo nemocniční zařízení. Telemetrické monitorování též využívá principu Holterova EKG. Nemocný, který má na sobě přilepené tři elektrody a v kapse má telemetrický vysílač, se může volně pohybovat po oddělení. Signál je průběžně zachycován a ukládán po dobu 24 hodin do centrálního monitoru. Monitorování při intenzivní péči umožňuje nepřetržitě, 24 hodin denně, sledovat srdeční činnost nemocného. Kabele elektrod přenášejí signál na monitor, který se nachází u pacienta, a i na monitor centrální, který se nachází na sesterně. Dále může být využito speciálních typů EKG záznamů jako je například použití jícnového svodu či intrakardiální EKG (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Pro svoji jednoduchost a spolehlivost je rentgenové vyšetření srdce a plic nejčastější diagnostickou metodou interních oddělení. Rentgenové změny, které jsou charakteristické pro srdeční selhání, předcházejí často klinickým známkám. Základním klinickým vyšetřením se ani pokročilé stavy srdečního, především levostraného selhání nemusí odhalit, ale rentgenový nález je již v této době přesvědčivý (Kolář, 2009).

Další vyšetřovací metodou je echokardiografické vyšetření. Jedná se o vyšetřovací metodu sloužící k zobrazení srdečních struktur a velkých cév prostřednictvím ultrazvukového vlnění o frekvenci 1,8 – 3,5 MHz. Dle způsobu zobrazení lze echokardiografii dělit na jednorozměrnou, dvourozměrnou, trojrozměrnou a dopplerovskou. Jednorozměrná echokardiografie zobrazuje srdeční struktury, jimiž prochází ultrazvukový paprsek, jako typické křivky pohybující se částí srdce v čase (Kolář, 2009). Echokardiografie dvourozměrná zobrazuje plošné řezy srdcem a zachovává skutečný pohyb jednotlivých struktur. Dopplerovská echokardiografie podává informace o proudění krve v kardiovaskulárním systému. Využívá změny kmitočtu ultrazvuku při odrazu od pohybujících se předmětů, lze tedy hodnotit charakter, rychlost a směr krevního toku (Dítě, 2007). Podle umístění sondy

se echokardiografie dělí na transtorakální, kde se sonda přikládá na hrudník v místech, kde nestojí signálu v cestě k srdci žebra. Transezofageální echokardiografie využívá sondy, která je umístěna na flexibilním fibroskopu, který se zavádí do jícnu neboli esofagu (Šafránková, Nejedlá, 2006). Jedná se tedy o semiinvazivní vyšetření, před kterým je důležitá příprava nemocného. Příprava nemocného spočívá v tom, že je mu vysvětlen důvod, způsob a průběh vyšetření. Před vyšetřením musí nemocný lačnět nejméně 4 hodiny, dále musí být zajištěn žilní vstup, má-li nemocný zubní protézu či snímatelné zubní náhrady, musí být před vyšetřením odstraněny z dutiny ústní. Nezbytné je i zjištění, zdali nemocný netrpí alergickými onemocněními a onemocněními, která by mohla být kontraindikací tohoto vyšetření (Kolář, 2009).

Srdeční katetrizace je invazivní vyšetřovací metoda umožňující posoudit charakter a rozsah srdečních vad, funkci komor, zvýšení tlaku v levé komoře a plicnici. Má využití nejen diagnostické, ale i terapeutické, například při perkutánní transluminární angioplastice. Další invazivní metodou je koronarografie. Koronarografie je katetrizační metoda, kdy se vyšetřují koronární tepny, které se zobrazí rentgenograficky po nástřiku kontrastní látkou, jež se aplikuje punkcí arteriae femoralis či arteriae radialis. Příprava nemocného vyžaduje psychickou přípravu, je vhodné nemocnému zdůraznit, že výkon je po lokální anestezii nebolestivý, jen bude nemocný vnímat pocit horka po aplikaci kontrastní látky. Předem se provádí krevní odběry. V den vyšetření musí pacient lačnět, je mu zaveden žilní vstup a jsou mu vyholena třísla. Má-li nemocný zubní náhradu, musí být odstraněna z dutiny ústní. Po vyšetření nemocný zůstává po dobu 24 hodin na lůžku s kompresí tlakovým obvazem tepny, na které byl výkon proveden, a přiloženým vakem s pískem po dobu 6-8 hodin při punkci arteriae femoralis, nestanoví-li lékař jinak. Kompresí tepny se předchází tepennému krvácení po katetrizaci tepny (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Mezi další vyšetřovací metody v kardiologii patří scintigrafie srdce, jiné nukleární zobrazovací metody, elektrofyziologické vyšetření, head up tilt test, počítačová tomografie, magnetická rezonance. Dopplerovská ultrasonografie cév, periferní arteriografie, translumbální aortografie, digitální subtrakční angiografie, pletysmografie, flebografie jsou další vyšetřovací metody, které se využívají v angiologii.

1.3 Prevence rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění

„Rizikový faktor lze definovat jako určitý klinický nebo laboratorní znak, zjištěný u jedinců bez manifestních příznaků onemocnění, jehož přítomnost je sdružena se statisticky významně vyšším relativním rizikem, že k onemocnění v budoucnu dojde.“ (Žák, Macášek, 2011, s. 19) Existuje přibližně 250 rizikových faktorů, které zvyšují riziko onemocnění srdce a cév. Mezi hlavní rizikové faktory těchto onemocnění patří hypertenze, diabetes mellitus, porucha metabolismu lipidů, kouření, nadváha a obezita, s tím spojený nedostatek tělesné aktivity, psychosociální faktory, pozitivní rodinná anamnéza, věk, pohlaví. Rizikové faktory lze dělit na ovlivnitelné, kam se řadí hypertenze, diabetes mellitus, kouření, nadváha a obezita, špatná výživa, nedostatek tělesné aktivity, porucha lipidového metabolismu, stres a mnoho dalšího. Druhou skupinu tvoří rizikové faktory neovlivnitelné, kam patří věk, pohlaví, osobní anamnéza a genetická zátěž (Sovová, 2006).

„Diagnostika a léčba rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění je efektivním způsobem, jak snižovat riziko kardiovaskulárních příhod. I přesto, že jsou aktualizované doporučené postupy prevence kardiovaskulárních onemocnění všeobecně známé a dostupné, a přesto, že máme k dispozici nepřehledné množství dostupných léčebných prostředků k ovlivnění rizikových faktorů, je třeba zdůraznit, že stále nejsou dostatečně využívány.“ (Štulc, Šnejdrová, 2014, s. 931).

1.3.1 Nadváha a obezita

Obezita byla onemocněním již ve starověku a středověku, avšak zdravotním problémem je od 19. století. Dochází k velkému nárůstu obézních lidí a lidí s nadváhou. Podíl lidí s nadváhou se odhaduje na 34 % a lidí s obezitou na 23 %. Z toho vyplývá, že 57 % dospělé populace trpí nadváhou či obezitou. Česká republika se řadí ve výskytu obezity na 13. místo z 27 zemí Evropské unie (Češka, 2010). Obezita je spojena s častějším výskytem řady onemocnění. Ovlivňuje z 60 % vznik diabetu II. typu, z více

než 20 % se podílí na patogenezi hypertenze a ICHS a z 10 - 30 % se podílí na patogenezi některých nádorů. Obezita, diabetes, hypertenze a hyperlipoproteinemie byly již Kaplanem označeny jako takzvaná smrtící čtveřice. Obezita sama ale není pravděpodobně přímo příčinou rozvoje aterosklerózy ani ischemické choroby srdeční. Ta vzniká především nepřímo vlivem metabolických komplikací obezity, zejména diabetu a metabolického syndromu. S kardiologií je naopak spojován fenomén paradoxu obezity, situace, v níž mají obézní lepší prognózu než štíhlí. To se týká selhávání srdce i některých dalších kardiovaskulárních onemocnění. Rozhodně však lze uzavřít, že tuk, jak celkový, tak v okolí srdce, může za určitých okolností srdci i prospívat (Svačina, 2014).

Zdravotními riziky a komplikacemi obezity mohou být komplikace metabolické, endokrinní, respirační, gastrointestinální a v neposlední řadě kardiovaskulární. Mezi takové komplikace se řadí hypertenze, arytmie, náhlá smrt, ICHS, snížená kontraktilita myokardu, cévní mozkové příhody, varixy, tromboembolická nemoc. Obezita ovlivňuje u nemocných i kardiologická vyšetření jako například elektrokardiografii. V důsledku zmnožení podkožního tuku je větší vzdálenost myokardu od elektrod elektrokardiogramu. Dále se může u obézních nemocných obtížně provádět pro špatnou vyšetřitelnost i transtorakální echokardiografie (Hainer, 2011).

Obezita je onemocněním charakterizované zvýšením tělesné hmotnosti způsobené nadměrným hromaděním tuku. Pro rozvoj kardiovaskulárních chorob je rozhodující typ obezity, a to zejména centrální obezita neboli obezita mužského typu. K diagnostice obezity slouží v první řadě určení hmotnostního indexu neboli body mass index (dále jen BMI). Hodnotu hmotnostního indexu lze získat výpočtem tak, že se hmotnost v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky v metrech. Klasifikace tělesné hmotnosti podle BMI je dělena do stupňů a každý stupeň má různě velké riziko komplikací (viz Příloha 13). Další metodou je měření podkožního tuku prostřednictvím kaliperu, kdy se měří tloušťka kožní řasy. Jinou metodou může být takzvaná antropometrie, kdy se zjišťuje poměr obvod pasu a boků. Obvod pasu nad 88 centimetrů u žen a 102 centimetrů u mužů predisponuje ke kardiovaskulárním nemocem (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Obezitu lze léčit dietou, fyzickou aktivitou, psychoterapií, farmakoterapií a chirurgicky. Důležité je dodržovat pravidelnost v jídle, rovnoměrné rozložení energie během celého dne, omezení kuchyňské soli, cukrů a tuků, nepřejídat se, vytrvat v dietě, zvýšit fyzickou aktivitu přiměřeně ke zdravotnímu stavu (Svačina, 2008). Snížení hmotnosti u obézních nemocných o 5 - 10 % v klinických studiích vedlo k poklesu krevního tlaku, poklesu celkového cholesterolu, snížení celkové úmrtnosti, snížení úmrtnosti na diabetes mellitus, snížení úmrtí na kardiovaskulární nemoci až o 9 %, došlo ke zlepšení kvality života a kvality spánku (Špinar, Vítovec, 2007).

1.3.2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (dále jen DM), lidově nazýváno jako cukrovka, je metabolické onemocnění, jež je charakterizované chronickou hyperglykemií, která se rozvíjí v důsledku absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu. Fyziologickou hodnotou glukózy v krvi je 3,3 - 5,9 mmol/l. Vedle hyperglykémie jsou přítomny další poruchy metabolismu tuků, cukrů, bílkovin (Češka, 2010). Dalšími klinickými příznaky mohou být časté a vydatné močení, časté močení v noci, zvýšený pocit žízně, dehydratace, slabost a vleklá únava, hubnutí při normální chuti k jídlu, poruchy zrakové ostrosti, svědění kůže, recidivující plísňová onemocnění či bolesti nebo křeče ve svalech. Diagnóza tohoto onemocnění spočívá v průkazu chronické hyperglykémie (Rybka, 2007). K tomu slouží laboratorní vyšetření krve, kdy zjišťujeme glykémii nalačno, glykémii po jídle, C-peptid. Z moče se pak zjišťuje, zda je přítomna glykosurie nebo ketonurie. U osob bez klinických příznaků nebo s hraničním výsledkem glykémie na lačno se provádí orální glukózotoleranční test. Dále se vyšetřuje glykemický profil, glykosylovaný hemoglobin, vyšetření tuků, pH krve. Podle příčiny vzniku se DM dělí na DM I. typu, DM II. typu, gestační neboli těhotenský diabetes, sekundární diabetes a porucha glukózové tolerance (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Společným cílem léčby diabetu je v optimálním případě dosáhnout fyziologické hodnoty glykémie a co nejvíce snížit riziko akutních i chronických komplikací tohoto

onemocnění. Péče o nemocné s DM zahrnuje nefarmakologickou a farmakologickou léčbu, monitorování glykemie nemocným, takzvaný selfmonitoring a léčbu dalších onemocnění, která zvyšují riziko diabetických komplikací, a to zejména léčba hypertenze, dyslipidémie nebo obezity (Češka, 2010). Komplikace DM mohou být akutní nebo chronické. Mezi akutní komplikace DM se řadí hypoglykemie a stavy spojené s hyperglykemií, a to diabetická ketoacidóza, hyperosmolární syndrom a dnes vzácnější laktátová acidóza. Chronické komplikace DM zahrnují mikrovaskulární a makrovaskulární komplikace. Mezi chronické komplikace řadíme diabetickou retinopatii, nefropatii, neuropatii, diabetickou nohu (Navrátil, 2008).

Podle postižení cévního úseku rozlišujeme u nemocného s DM mikroangiopatii a makroangiopatii. Makroangiopatii nelze histologicky od aterosklerózy odlišit. Manifestuje se u DM jako ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární příhody a ischemická choroba dolních končetin. Kardiovaskulární příčiny jsou hlavní příčinou úmrtí diabetiků. Prevalence ICHS u diabetiků se pohybuje kolem 26 - 35 %. DM ovlivňuje nejen vznik aterosklerózy, ale i regulaci krevního průtoku a lokální koagulační rovnováhu. Další onemocnění, které je úzce spjato s DM, je hypertenze, která postihuje 60 - 80 % diabetiků. Hypertenze urychluje vývoj mikrovaskulárních komplikací, především diabetické nefropatie a retinopatie, což vede k postižení těchto orgánů, klinické příznaky nemocného plynou z těchto postižení (Rybka, 2007).

1.3.3 Hyperlipoproteinémie

Hyperlipoproteinemie (dále jen HLP) jsou velká skupina metabolických onemocnění charakterizovaná zvýšenými hladinami lipidů a lipoproteinů v plazmě. HLP představuje jeden z nejzávažnějších rizikových faktorů předčasné aterosklerózy a jejich komplikací, zejména kardiovaskulárních onemocnění (Rybka, 2006). Lipidy slouží jako zdroj i zásobárna energie a dále mají funkci stavební, jsou hlavní složkou membrán lidských buněk. Tělo získává lipidy prostřednictvím přijaté potravy nebo endogenní syntézou. Důležitou roli v jejich metabolismu mají játra (Navrátil, 2008).

Podle hustoty dělíme lipoproteiny do tříd lišící se obsahem bílkoviny, triacylglycerolů, esterů cholesterolu, volného cholesterolu a fosfolipidů. Jsou to chylomikrony, lipoproteiny velmi nízké hustoty, lipoproteiny nízké hustoty a lipoproteiny vysoké hustoty (Rybka, 2006).

HLP se podle Evropské společnosti pro aterosklerózu dělí do tří skupin, a to na hypercholesterolémie, smíšené HLP a hypertriacylglycerolémie (Rybka, 2006). Cholesterol je důležitou látkou, bez které se naše tělo neobejde, je výchozí látkou pro tvorbu hormonů a žlučových kyselin a je stavební složkou membrán buněk. U zdravého dospělého jedince by hodnota cholesterolu v krvi neměla překročit hranici 5,0 mmol/l, u nemocného je cílem dosáhnout hodnoty pod 4,5 mmol/l (viz Příloha 14). Triglyceridy mají význam jako zdroj energie pro práci svalů, při nadbytku jsou triglyceridy ukládány do tukové tkáně a slouží jako zásobárna energie. Fyziologická hodnota u dospělého jedince se pohybuje v rozmezí 0,2 - 1,8 mmol/l. Klinické příznaky vyplývají ze zvýšené hladiny lipoproteinů v krvi, v jejich důsledku se rozvíjí ateroskleróza a objevují se příznaky vyplývající z aterosklerózy. Z počátku se projevuje částečná, ale později úplná ischemie tkání. Podle toho, která tepna je postižena, se objevují i příslušné příznaky (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Diagnostika HLP spočívá na klinických příznacích, na laboratorním vyšetření krve, potvrzení genetického podkladu HLP a na přístrojové technice, kde se využívá především arteriografie (Šafránková, Nejedlá, 2006). V terapii hraje důležitou roli změna životního stylu. Zejména takzvaná dieta středozevního moře má pozitivní vliv na hladinu tuků. Obsahuje méně masa a vajec, mléčný tuk je nahrazován rostlinnými oleji, je zde zvýšená spotřeba ryb, cereálií a ovoce. Objem tuku v potravě by měl tvořit 25 - 30 % celkového energetického příjmu za den. Příjem cholesterolu by neměl překročit 200 miligramů za den. Důležitým prvkem je i dodržování pitného režimu, proto by dospělý jedinec měl vypít 2,5 - 3 litry tekutin za den. Do tohoto objemu se však nepočítá káva, jelikož je močopudná, a alkoholické nápoje. Redukce nadváhy, dostatečná fyzická aktivita a zanechání kouření jsou dalšími faktory, které přispívají v prevenci vzniku HLP a následně k zabránění předčasnému rozvoji aterosklerózy a tím vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Sovová, 2006).

1.3.4 Pohybová aktivita

Zhruba 60 - 70 % světové populace má nedostatek pohybu. Přitom již jedna hodina intenzivní fyzické aktivity týdně snižuje riziko onemocnění srdce o 30 %. Pohybová aktivita nejen že pomáhá snižovat tělesnou hmotnost, ale snižuje také riziko arteriální hypertenze, má význam v prevenci cukrovky, vede k normalizaci hladin krevních tuků, zvyšuje hladinu takzvaného hodného cholesterolu, zabraňuje srážení krve. Doporučuje se jako prevence vzniku trombóz žil dolních končetin například u dlouhých letů letadlem, imobilizovaných pacientů, pacientů po různých operacích. Pohybová aktivita dále působí protizánětlivě, zlepšuje koordinaci pohybů, stimuluje mozkové buňky k činnosti, snižuje výskyt depresí a v neposlední řadě má preventivní význam u malignit (Vítek, 2008).

Naopak naprosto nevhodná je fyzická aktivita u osob bez známého onemocnění srdce, které mají jakoukoliv formu nachlazení či infekce. Některé viry mohou způsobovat poškození srdečního svalu. Jestliže osoba s nepoznaným onemocněním vedeným jako chřipka sportuje, vystavuje se nebezpečí vzniku akutního zánětu srdečního svalu - myokarditidy, ale je zde i nebezpečí náhlé smrti. Obecně je však fyzická aktivita doporučována jako ideální prevence (Špinar, 2007).

Fyzickou aktivitu po infarktu myokardu lze dělit do 4 fází. První fáze se nazývá nemocniční rehabilitace, druhou fází je časná ponemocniční rehabilitace, další fází je období stabilizace a jako období udržovací se nazývá fáze čtvrtá. Hlavním cílem nemocniční rehabilitace je zabránit ztrátě kondice nemocného, předejít tromboembolickým komplikacím a připravit nemocného k návratu do běžných denních činností. Časná ponemocniční rehabilitace se pokládá za rozhodující pro navození a dodržování zásad sekundární prevence. Období stabilizace klade důraz na vytrvalostní trénink a upevnění nového životního stylu. V období udržovacím je zapotřebí dodržovat zásady předchozích aktivit (Špinar, Vítovec, 2007).

Pohybová aktivita i řízená rehabilitace jsou neoddělitelnou součástí léčby hypertenze, ale i sekundární prevence komplikací hypertenze. V prevenci i léčbě hypertenze je vhodná dynamická zátěž, například rychlá chůze, jízda na kole,

vytrvalostní běh, plavání, míčové hry, běžky či brusle. U hypertoniků nemůžeme však doporučit izometrickou zátěž, protože tato zátěž vede k prudkému zvýšení tlaku krve. U hypertoniků by mohla vyvolat až hypertenzní krizi. Izometrická cvičení jsou taková cvičení, při kterých nedochází při kontrakci ke změně délky svalu, ale dochází ke změně napětí. Hypertonici by měli být poučeni o formách izometrické zátěže v běžném životě, jako je například nošení těžkého nákupu, zvedání malých dětí, věšení závesů a záclon, tlačení auta. Hypertonici by měli věnovat pozornost péči o stolici, protože zácpa nutí nemocného k intenzivnímu zapojení břišního lisu, což může vést k hypertenzní krizi mnohdy s fatálním koncem. Proto je nutné pohlížet vždy individuálně na každého nemocného a doporučit mu fyzickou aktivitu dle jeho zdravotního stavu a jeho možností (Špinar, Vítovec, 2007).

1.3.5 Výživa

Způsob výživy je důležitou součástí kardiovaskulárního rizika. Z epidemiologických studií je známo, že nejnižší úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění je v oblasti kolem Středozemního moře. Takzvaná středomořská dieta obsahuje nízké množství nasycených mastných kyselin a cholesterolu, dále obsahuje vysoký obsah zeleniny, vlákniny a ovoce. V České republice je přísun cholesterolu a nasycených tuků v potravě vysoký, proto je úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění v naší zemi mnohem vyšší (Widimský, 1999).

Dietní léčba omezuje nasycené mastné kyseliny a cholesterol v dietě, u obézních lidí působí redukčně. Cholesterol se nachází ve vaječných žloutcích, v mase, živočišném tuku, mléce a mléčných výrobcích. Nasycené mastné kyseliny se vyskytují v mléčných produktech, zmrzlíně, másle, sýrech, smažených brambůrkách, v trvanlivém slaném a sladkém pečivu. Dále jsou obsaženy v hamburgrech, slanině, vepřovém mase a obecně v uzeninách. Tuky v potravě by neměly tvořit více jak 25 - 30 % přijímané energie. Avšak pouze 10 % by měly zaujímat živočišné tuky. Denní příjem cholesterolu by měl být maximálně 200 miligramů (Widimský, 1999). Cukry neboli sacharidy by

měly tvořit 50 - 60% přijímané energie. Je výhodné přijímat složené cukry s nízkým glykemickým indexem (viz Příloha 15). Glykemický index je rozdíl hodnoty hladiny glukózy a inzulínu po jídlech obsahující škrob. Čím je glykemický index nižší, tím je lepší (Sovová, 2006). Potraviny s nízkým glykemickým indexem sytí déle a dochází tak k lepšímu využití stravy a také k lepšímu udržování hladiny glykémie po jídle (Grofová, 2007).

V prevenci onemocnění srdce a cév je nejvýznamnější dietou omezení příjmu soli. Průměrně člověk za den přijme 8 až 12 gramů soli, což je mnoho. Nemocný by měl vyloučit volnou sůl, potraviny s vysokou dávkou sodíku, minerálky, neměl by konzumovat průmyslově vyráběné slané potraviny. Slanou chuť lze nahradit bylinkami, houbami či kořením. Dále je velice vhodné, aby nemocný zvýšil příjem ovoce a zeleniny. Doporučuje se příjem 500 gramů ovoce a zeleniny za den. Omezení alkoholu je dalším důležitým opatřením, neboť už při požití 2 půllitrových 10° piv či 0,4 litrů vína se zvyšuje tlak. Doporučená maximální denní dávka alkoholu je 30 gramů za den u mužů a 20 gramů za den u žen. Nemocný by se měl vyhnout také vysokoenergetickým nápojům, jako jsou například energetické drinky, kolové nápoje či ovocné šťávy (Svačina, 2008). Svou roli hraje i pravidelnost stravy. Pravidelná strava by se měla skládat z 5 - 6 porcí za den, naše tělo má tak pravidelný přísun energie a nesnaží se vše ukládat do tukových zásob (Sovová, 2006).

Vždy je důležité, co jíme, kolik toho sníme a jaké je denní rozložení přijaté energie. I konzumace velkého množství zdravých potravin může vést ke zdravotním obtížím, ale konzumace nezdravých potravin ve velkém množství vede přímo k poškození zdraví (Grofová, 2007).

1.3.6 Kouření

V populaci se setkáváme s vědomím, že kouření zodpovídá zejména za rakovinu, ve skutečnosti největší škody kouření přináší v souvislosti s úmrtím na kardiovaskulární onemocnění (Aschermann, 2004). Kouření je jeden z nejvýznamnějších rizikových

faktorů kardiovaskulárních onemocnění, především ischemické choroby srdeční a cévní mozkové příhody. Nejen že kouření zvyšuje tlak krve, ale také napomáhá při vzniku aterosklerotických plátů a zvyšuje srážlivost krve, tím vzrůstá riziko vzniku trombózy a infarktu myokardu. V Mezinárodní klasifikaci nemocí Světové zdravotnické organizace je závislost na tabáku samostatným stavem a má své označení jako diagnóza F 17. Závislost na tabáku zkracuje život polovině kuřáků průměrně až o 15 let. V České republice, ale i v Evropě je kouření příčinou každého pátého úmrtí a to především na kardiovaskulární onemocnění. U většiny kuřáků vzniká i závislost na nikotinu. Na nikotinu je většinou závislý ten kuřák, který za den vykouří nejméně 10 až 15 cigaret a první cigaretu si zapálí do hodiny po probuzení. V praxi se pro upřesnění využívá takzvaný Fagerströmův test nikotinové závislosti (viz Příloha 16). Za pravidelného kuřáka se považuje osoba, která vykouří minimálně jednu cigaretu za den. Příležitostným kuřákem se rozumí osoba, která pravidelně kouří, avšak méně než jednu cigaretu denně. Nekuřákem je myšlená osoba, která nikdy nevykouřila 100 cigaret (Špinar, Vítovec, 2007).

Léčba kuřáctví zahrnuje léčbu nefarmakologickou, která zahrnuje poradenskou a psychosociální léčbu, a dále léčbu farmakologickou. Farmakologická léčba je vhodná pro kuřáky, kteří jsou závislí na nikotinu. Tato léčba především zabraňuje abstinčním příznakům, nezabrání pacientovi kouřit. K tomu je zapotřebí aktivní změna životního stylu. Nejznámějšími projevy abstinčního syndromu jsou poruchy spánku, neschopnost odpočívat, zvýšená chuť k jídlu, úzkost, podrážděnost, špatná nálada, deprese, lačnění a především touha po cigaretě (Špinar, Vítovec, 2007).

Pokud kuřák přestane kouřit, riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění se sníží za dva až pět let na polovinu. U kuřáků oproti nekuřákům je výskyt infarktu myokardu 3 až 5 krát častější (Sovová, 2006).

1.3.7 Psychosociální faktory

Vliv psychosociálních faktorů na zdraví jedince byl studován řadu let. Především byly studovány depresivní a úzkostné stavy, charakteristiky osobnosti, sociální izolace a v neposlední řadě velice důležitý chronický životní stres. Deprese je významný rizikový faktor pro kardiovaskulární onemocnění. Depresivní osoby mají vyšší riziko úmrtí na centrální mozkovou příhodu a infarkt myokardu. I osobnostní typ člověka je rizikovým faktorem dlouhodobé úmrtnosti na onemocnění srdce a cév. Rozlišují se dva typy osobnosti člověka. Prvním typem je osobnost dynamická, ambiciózní, agresivní, která se vyznačuje negativními emocemi a má čtyřnásobně zvýšenou úmrtnost oproti druhému typu, tedy osobě klidné, vyrovnané až flegmatické (Sovová, 2006).

1.4 Role sestry

„Od sestry se očekává, že vedle řady činností ovlivňuje prožívání a jednání nemocného, že unese fyzické nároky své profese a dokáže se vypořádat s ostatními problémy spojenými s výkonem tohoto povolání.“ (Zacharová, Hermanová, 2007, s. 66)

Základní povinnosti sestry jsou podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví, zmírnění utrpení a zajištění důstojného umírání. Z rozborů sociologů vyšly čtyři základní rolové znaky sestry- funkční specifita, kolektivní orientace nebo také sociocentrismus, univerzalismus a emocionální neutralita. Funkční specifitou se rozumí nutnost odborné kompetence sestry pro výkon povolání. Pojem kolektivní orientace znamená, že sestra při výkonu své práce vychází zásadně ze zájmů a potřeb nemocného, nikoliv ze zájmů a potřeb svých. Univerzalismus předpokládá, že sestra je schopna vykonávat svoji roli vůči všem nemocným stejně bez ohledu na vlastní osobní postoj k nemocnému. Emocionální neutralitou se rozumí, že sestra je schopna své emoce vždy podřídit rozumové kontrole (Bužgová, Plevová, 2011).

Sestra plní roli pečovatelky, edukátorky nemocného a jeho rodiny, kdy se sestra v této roli podílí na upevňování zdraví a prevenci nemocí, rozvoji soběstačnosti

nemocných, předcházení komplikacím, na pomoci nemocným a jejich rodinám naučit se žít s dlouhodobým onemocněním a v neposlední řadě na nácviku potřebných dovedností. Dále sestra zaujímá roli obhájkyň nemocného, koordinátorky, výzkumnice, asistentky, kdy se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, jelikož připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při vyšetření a zajišťuje terapeutické činnosti ordinované lékařem (Bužgová, Plevová, 2011).

Sestra v dnešní době nevystačí pouze se zručností, ale vyspělé zdravotnictví ji vede k realizaci v minulosti neznámých či „*nesesterských*“ činností. Všechny zmíněné role sestry se při jejím výkonu povolání prolínají (Bužgová, Plevová, 2011).

1.4.1 Edukace jako součást ošetrovatelské péče v prevenci kardiovaskulárních onemocnění

Edukace v oblasti ošetrovatelství se především zaměřuje na předcházení nemocí, udržení, či navrácení zdraví a v neposlední řadě vede nemocného jedince ke zkvalitnění života s nezvratným zdravotním stavem. V primární, sekundární i terciární zdravotnické péči hraje edukační činnost sestry významnou roli. Primární edukace se zaměřuje na zdravé jedince, zejména na prevenci vzniku nemocí a opatření, která jsou zdraví prospěšná, aby došlo k zachování tohoto stavu, popřípadě i ke zlepšení kvality života jedinců. „*Sekundární edukace probíhá u již nemocných jedinců, u kterých se snaží ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje jedince, tak aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nedocházelo ke komplikacím v průběhu léčby. Edukace je převážně zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění.*“ (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 34) Na jedince, kteří mají trvalé následky a nevratné změny ve zdravotním stavu, se zaměřuje terciární prevence, jež se zaměřuje na dosažení lepší kvality života, kterou pomocí edukace lze ovlivnit, aby nedošlo k dalším komplikacím (Šulistová, Trešlová, 2012).

Edukaci nelze chápat jako předání jednorázové informace. Je jí nutno chápat jako řádně připravený a kvalitně realizovaný edukační proces. Cílem edukačního procesu je

pozitivní kvalitativní i kvantitativní změna ve vědomostech, dovednostech, návycích, postojích a hodnotové orientace nemocného (Šulistová, Trešlová, 2012). „*Edukační proces je systematický, postupný, logický, na vědě postavený, plánovaný postup činností obsahující dvě hlavní operace-vyučování a učení. V tomto cyklu působí učitel a učící se osoba. Vzájemně vykonávají vyučovací a učební aktivity, které vedou k žádaným změnám v chování.*“ (Bastable, 2008, s. 11) Edukační proces je velice často porovnáván s ošetrovatelským procesem, jelikož jednotlivé fáze těchto procesů běží paralelně, i když má každý proces jiné cíle a účel (viz Příloha 17). Když se objeví změny ve znalostech, postojích a dovednostech nemocného, je dosaženo očekávaných výsledků (Šulistová, Trešlová, 2012).

Obrovským profesionálním uměním sestry je docílení toho, aby si nemocný uvědomil nutnost změny, chtěl se podílet na procesu změny a hlavně aby vytrval v realizaci získaných znalostí, dovedností, postojích a návycích vedoucích ve prospěch jeho zdraví. Proto je edukace nemocných jedním z nejobtížnějších úkolů sestry (Šulistová, Trešlová, 2012).

1.5 Vztah sestry – pacient a jejich vzájemná komunikace

Lidská komunikace patří k základní bio-psycho-sociální výbavě člověka, je závislá na individuální psychice, vzdělání, inteligenci a sociálních zkušenostech (Linhartová, 2007). Sestra používá komunikaci s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Komunikace slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. V praxi se rozlišují tři typy profesionální komunikace- sociální komunikace, specifická komunikace a komunikace terapeutická. Sociální komunikace probíhá mezi sestrou a pacientem například při hygieně, úpravě lůžka nebo při dopomoci při jídle. Specifická komunikace je vhodná v situacích jako například při sdělování postupu vyšetření, sdělování informací o aktuálním stavu nemocného a o rizicích onemocnění. Terapeutická komunikace při denním kontaktu s nemocným poskytuje nemocnému oporu a pomoc v těžkých chvílích (Venglářová, Mahrová, 2006).

Ve vztahu sestra - pacient je základní povinností sestry poskytnout pomoc člověku, který její pomoc potřebuje, jednat s nemocným s úctou. Sestra se nesmí nechat negativně ovlivnit věkem, pohlavím ani osobností pacienta. Měla by zachovávat úctu k hodnotovému systému nemocného. Další její povinností je chránit právo nemocného na soukromí (Zacharová, Hermanová, 2007).

V komunikaci s nemocnými je od sestry požadována zejména schopnost aktivně naslouchat. Aktivní naslouchání a pozorování pacienta je nejefektivnější cestou, jak s nemocným navázat vztah, jak snadno a rychle získat informace od nemocného a pochopit zkušenost nemocného s nemocí (Vévoda, 2013). V této oblasti mají velikou výhodu sestry agentur domácí péče, které poskytují svým pacientům nejen ošetrovatelské výkony, ale také edukují své pacienty v přirozeném sociálním prostředí, tedy v rodině. Edukační zásahy nejsou zaměřeny pouze na zlepšení zdravotního stavu pacienta, ale i na všechno, co pacienta ohrožuje nebo ohrožovat může. Sestry jsou s pacienty v kontaktu v jejich domovech, vědí, jak se v rodině vaří, jak solí, zda kouří, jak pacient užívá léky, dodržuje léčebná opatření a v případě potřeby proto umí zasáhnout. Sestry jsou tak v rodinách nemocných důležitým zdrojem informací, kterým pacienti a rodiny věří (Kúdelová, Koňošová, 2014).

Komunikace s nemocným je řízena a rozvíjena tak, aby vedla ke zjištění potřeb nemocného a ke zjištění, jak je lze uspokojit. Sestra má obvykle s nemocným užší kontakt než lékař. Je to dáno tím, že sestra pomáhá pacientovi při plnění biologických potřeb. Jakmile nemocný něco potřebuje, jako první volá sestru. Sestra je pro nemocného člověkem, který uspokojuje jeho potřeby, ví, jak mu pomoci, radí mu, zná lékařská doporučení a je s lékařem v kontaktu (Bártlová, 2005). „*Sestra by měla být v očích nemocných vždy člověkem, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který je pomáhá s velkou dávkou tolerance a laskavosti řešit.*“ (Zacharová, Hermanová, 2007, s. 66).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat, jakým způsobem probíhá sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění.

Cíl 2: Zmapovat, jakým způsobem se sestra podílí na sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění.

Cíl 3: Zjistit, jak pacienti dodržují doporučená preventivní opatření.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem probíhá sekundární prevence u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním?

Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem se sestra podílí na sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění?

Výzkumná otázka 3: Jak pacienti dodržují doporučená preventivní opatření?

3 METODOLOGIE

3.1 Použitá metoda

Potřebná data pro zpracování empirické části této bakalářské práce byla získána prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření. Byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami a s pacienty, kteří jsou léčeni pro kardiovaskulární onemocnění. Sběr dat se uskutečnil v měsíci únor a březen v roce 2015. Výzkumné šetření se týkalo sester, které pracují u praktických lékařů pro dospělé, a dále sester pracujících v interních ambulancích. Hlavním tématem rozhovorů se sestrami byla sekundární prevence. Při rozhovorech bylo sestrám položeno 15 předem připravených otázek, na které sestry mohly otevřeně odpovědět. Dále výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří navštěvují ordinace praktických lékařů pro dospělé nebo interní ambulance pro kardiovaskulární onemocnění. Pacientům bylo položeno 10 otázek, kdy mohli otevřeně mluvit o dané problematice.

Všichni respondenti byli informováni o účelu poskytování rozhovorů, tématu této bakalářské práce a o cílech výzkumného šetření. Realizace sběru zkoumaných dat probíhala s ústním souhlasem dotazovaných respondentů, aby tak byla zajištěna anonymita dotazovaných. Na audio záznam byly zachyceny rozhovory s respondenty, kteří souhlasili s tímto způsobem zaznamenávání, poté byly tyto záznamy převedeny přímou transkripcí do písemné podoby prostřednictvím programu Microsoft Word. Většina respondentů, 75% dotazovaných, s tímto způsobem zaznamenávání nesouhlasila, a proto byly jednotlivé odpovědi zaznamenávány písemně do poznámkového bloku a následně přepisovány v programu Microsoft Word.

Po pečlivém prostudování získaných údajů byla zvolena k analýze technika otevřeného kódování dat. Analýzou získaných dat nám vzniklo jak na straně pacientů, tak na straně sester 6 oblastí, kategorií. Vytvořením závěru bylo ukončeno výzkumné šetření praktické části této bakalářské práce.

3.2 Polostrukturovaný rozhovor

Pro empirickou část této bakalářské práce jsme zvolili kvalitativní výzkum s výzkumnou technikou polostrukturovaného rozhovoru. Před zahájením výzkumného šetření jsme si zvolili osnovu rozhovoru se sestrami a s pacienty s kardiovaskulárním onemocněním (viz Příloha 18 a Příloha 19). Před zahájením samotného rozhovoru jsem požádala o ústní souhlas každého respondenta, seznámila jsem ho s obsahem našeho rozhovoru a ujistila ho, že naše rozhovory jsou anonymní.

Od starších pacientů jsem se dozvěděla spoustu jiného, než na co jsem se jich ptala, k odpovědi na své otázky jsem je musela trochu dovést. Naopak odpovědi sester byly rychlé a hbité, pravděpodobně proto, že na mě měly většinou 5 až 10 minut a poté se zase musely vrátit ke své práci. Proto se mé rozhovory se všeobecnými sestrami pohybovaly v časovém rozmezí 5 až 10 minut.

Po prostudování získaných dat z rozhovorů se sestrami jsme získané informace rozdělili do 6 oblastí. Těmito oblastmi jsou: Důležitost sekundární prevence, Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění, Role sestry v sekundární prevenci, Edukace jako sekundární prevence, Dodržování preventivních opatření a poslední oblastí je Hodnocení preventivní péče. Při analýze dat z rozhovorů s pacienty nám vzniklo též 6 oblastí, jako v případě sester. Jednotlivé oblasti jsme nazvali podle toho, jaké informace zahrnují. Tím nám vznikla oblast: Změna životního stylu, Preventivní opatření, Přístup sestry k prevenci kardiovaskulárních onemocnění, Motivace, Návštěva dalších specialistů a Zhodnocení sestry.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor empirické části této bakalářské práce tvořilo celkem 16 respondentů, prvním vzorkem tohoto šetření bylo 8 všeobecných sester a druhý vzorek tvořilo 8 pacientů, kteří se léčí pro kardiovaskulární onemocnění. První vzorek byl složen ze všeobecných sester, které pracují v ordinacích praktických lékařů pro dospělé nebo na interních ambulancích v rámci Jihočeského kraje. Respondentky působily nad moje očekávání velmi mile a vstřícně, i když některé z nich měly plné čekárny, rozhovor mi poskytly, byť jen krátký.

Druhou část výzkumného souboru tvořilo 8 pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. V rámci našeho šetření jsme se však zaměřili pouze na dvě z daných onemocnění, a to na hypertenzi a anginu pectoris. Oslovení pacienti pocházeli z Vysočiny a Jihočeského kraje. Všichni dotazovaní respondenti byli velice ochotní a schopni výborné spolupráce. Pro zjišťování kontaktu byla použita metoda sněhové koule, to jest metoda výběru zkoumaných osob do vzorku řetězením kontaktů.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Identifikační údaje respondentů

Tabulka 1 Identifikační údaje dotazovaných všeobecných sester

Respondent	Označení	Věk	Dosažené vzdělání	Pracoviště	Délka praxe ve zdravotnictví	Délka praxe u současného zaměstnavatele
Sestra 1	S1	40 let	SZŠ	Interní ambulance	20 let	11 let
Sestra 2	S2	56 let	SZŠ	Interní ambulance	36 let	6 let
Sestra 3	S3	29 let	VŠ	Interní ambulance	4 roky	1 rok
Sestra 4	S4	30 let	VŠ	Interní ambulance	5 let	5 let
Sestra 5	S5	49 let	SZŠ	Praktický lékař pro dospělé	27 let	8 let
Sestra 6	S6	52 let	SZŠ	Praktický lékař pro dospělé	32 let	13 let
Sestra 7	S7	57 let	SZŠ	Praktický lékař pro dospělé	39 let	21 let
Sestra 8	S8	32 let	VŠ	Praktický lékař pro dospělé	7 let	1 rok

Tabulka 1 obsahuje identifikační údaje všeobecných sester, které poskytly odpovědi na položené otázky v rámci našeho výzkumného šetření. Všechny respondentky byly registrované všeobecné sestry ve věku v rozmezí 29 - 57 let a s praxí ve zdravotnictví v rozmezí 4 - 39 let. Přičemž 5 dotazovaných sester mělo nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu s maturitou a zbylé 3 sestry absolvovaly vysokou školu v oboru ošetřovatelství. Respondentky S1 - S4 byly v době sběru dat výzkumného šetření zaměstnány jako sestry v interní ambulanci a respondentky S5 - S8 byly sestrami u praktických lékařů pro dospělé.

Tabulka 2 Identifikační údaje dotazovaných pacientů

Respondent	Označení	Pohlaví	Věk	Onemocnění	Délka onemocnění	Kouření
Pacient 1	P1	žena	73 let	angina pectoris	18 roků	ne
Pacient 2	P2	žena	52 let	angina pectoris	3 roky	ne
Pacient 3	P3	žena	55 let	hypertenze	4 roky	ne
Pacient 4	P4	muž	57 let	angina pectoris	7 let	ano
Pacient 5	P5	žena	50 let	hypertenze	10 let	ne
Pacient 6	P6	žena	72 let	hypertenze	12 let	ne
Pacient 7	P7	muž	46 let	hypertenze	5 let	ano
Pacient 8	P8	muž	62 let	angina pectoris	8 let	ano

Tabulka 2 zobrazuje identifikační údaje dotazovaných pacientů v empirickém šetření. Celkem bylo osloveno 8 pacientů, z toho počtu 4 pacienti s hypertenzí a 4 pacienti s onemocněním angina pectoris. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 46 - 73 let. Respondenti P1 - P3 a P5 - P6 byli ženského pohlaví a respondenti P4 a P7-P8 byli pohlaví mužského. Délka onemocnění jednotlivých pacientů se pohybovala v rozmezí 3-18 let. Na otázku, zda kouří, odpověděl respondent P1 - P3 a P5 - P6 záporně, ale pacienti P4 a P7 - P8 na tuto otázku odpověděli kladně.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se všeobecnými sestrami

Metodou otevřeného kódování, kterou jsme použili v analytické části, nám vzniklo 6 kategorií: Důležitost sekundární prevence, Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění, Role sestry v sekundární prevenci, Edukace jako sekundární prevence, Dodržování preventivních opatření, Hodnocení preventivní péče. Uvedené kategorie jsou doplněny citováním výpovědí dotazovaných všeobecných sester. Citované výpovědi jsou seskupeny takovým způsobem, aby obsahovaly podstatné informace, které se vztahují k daným kategoriím.

4.2.1 Kategorie 1: Důležitost sekundární prevence

Tato kategorie popisuje názory sester na důležitost sekundární prevence a dále pohled celé ordinace na problematiku sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. Dle výsledků výzkumného šetření lze říci, že mezi odpověďmi dotazovaných sester je shoda. Všechny sestry, tedy S1 - S8, se shodly na tvrzení, že sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění je důležitá a velice nutná. Respondentka S1 říká: *„Sekundární prevenci není věnován patřičný důraz. Vlivem pokroku lékařské praxe a užívání léčiv došlo ke snížení úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění. Negativní dopad tohoto vývoje je podceňování životního stylu, tím sekundární prevence.“* Další zajímavou odpovědí je odpověď respondentky S8, která tvrdí: *„Považuji ji za velice důležitou. Včasná diagnostika je nutná k zabránění progresu, nebo také k vyléčení brzkého stádia onemocnění.“*

Při odpovědi na otázku *„Jak pohlížíte na sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění v rámci Vaší ordinace?“* se odpovědi sester téměř shodovaly. Respondenti S1, S7, S8 uvedli, že se v rámci celé ordinace snaží o to, aby byla sekundární prevence co nejlepší a hlavně nejefektivnější. Respondentka S2 uvedla: *„Tak u nás se jí zabývá převážně pan doktor, asi tak z 80 % ji dělá on a já ten zbytek, když tu mám pacienta a nějak s ním komunikuji.“* Respondentka S3 na tuto otázku odpověděla: *„Pacienti si neuvědomují a nepřipouští někdy zcela zásadní vliv životního stylu na svém onemocnění. Proto se snažíme, aby si to pacienti začali uvědomovat.“* *„Jak já, tak i pan doktor se snažíme o co největší kvalitu péče o klienty nejen s kardiovaskulárními chorobami, chceme, aby se zlepšil jejich zdravotní stav nebo aby se alespoň zpomalila progresu daného onemocnění.“* (S4) Odpovědí respondentky S5 je: *„U nás se lidé dozvídají informace a jsou jim umožňovány dotazy, které jim jsou zodpovídaný tak, aby jim rozuměli. Informace poskytujeme tak, aby byly v obraze.“* Respondentka S6 přirovnala prevenci k léčbě: *„Nejlepší léčbou nemocí je jejich prevence.“*

4.2.2 Kategorie 2: Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění

Tuto kategorii jsme dále rozdělili na dvě podkategorie. První podkategorie nese název Vyhodnocování rizikových faktorů a druhá podkapitola se nazývá Nejdůležitější rizikový faktor.

Podkategorie 1 Vyhodnocování rizikových faktorů

Tato podkategorie se věnuje otázce, zda sestry využívají k vyhodnocování rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění svých pacientů nějaké pomůcky, hodnocení či prostředky. Respondentka S5 a S7 uvedla, že k vyhodnocování kardiovaskulárních rizik nepoužívá žádné pomůcky ani hodnocení. Ostatní sestry ve svých odpovědích uvedly, že k vyhodnocování kardiovaskulárních rizik využívají hodnocení. Respondentka S4 uvedla, že k hodnocení kardiovaskulárních rizik používá tabulky SCORE. *„Laboratorní výsledky, životospráva, kterou nám udá pacient.“* (S1) *„Takový ty tabulky, jak tam je cholesterol, tlak a kouření, myslím, že se to jmenuje SCORE, no a pak EKG a laboratorní hodnoty, jo a ještě životní styl.“* (S2) Respondentka S3 odpověděla: *„Využíváme tabulky SCORE, hodnota tlaku, cholesterolu, věk, rodinnou a osobní anamnézu a zda pacient kouří, či nikoliv.“* Respondentka S6 ve své odpovědi uvedla: *„Já žádné speciální tabulky nemám, jen vážím pacienty, měřím a zjišťuji BMI. Plus teda ještě vlastně tlak.“* Respondentka S8 na položenou otázku reagovala odpovědí: *„Při určování celkového kardiovaskulárního rizika postupujeme podle barevných nomogramů vycházejících z projektu SCORE, který provádí odhad rizika fatálních kardiovaskulárních příhod v následujících 10 letech.“*

Podkategorie 2 Nejdůležitější rizikový faktor

Tato podkategorie se zabývá otázkou nejdůležitějšího rizikového faktoru, který nejvíce ovlivňuje kardiovaskulární onemocnění. Dle názoru sester je to takový faktor, nad kterým je nutné v sekundární prevenci přemýšlet a hlavně se snažit o jeho

eliminování či úplné odstranění, aby se tak předešlo progresi, komplikacím a vzniku dalších onemocnění. U této otázky 1 z 8 sester dokázala říci pouze jeden, ten nejdůležitější faktor. „*To nemohu říct zcela jednoznačně. Pro každého je rizikový faktor něco jiného. Ale jestli potřebujete jednu konkrétní odpověď, tak asi obezita, ta zatěžuje celé tělo.*“ (S3) Respondentka S1 uvedla: „*Věk, kouření, životospráva, obezita.*“ Respondentka S2 si myslí: „*Tak tvrdí se že kouření, no. Ale tak určitě strava, nedostatek pohybu, to jde prostě jedno s druhým. A stres, stres.*“ Odpověď respondentky S4 zněla: „*No tak to je těžká otázka, ale asi nezdravý životní styl, myslím si, že je více nutné informovat veřejnost o této problematice, vzhledem k vysokému počtu nemocných.*“ Respondentka S5 odpověděla: „*Těžko říci, který je nejdůležitější, ale významný je strava, kouření, ale hlavně sedavý způsob života.*“ Odpovědi na tuto otázku respondentky S6 je: „*Hlídat si tlak podle mě a ještě váhu. Tyto 2 věci jsou podle mě nejdůležitější.*“ Respondentka S7 je názoru: „*Kouření, životospráva, obezita, prostě všechno souvisí se vším a jedno jde s druhým.*“ (S7) Dle názoru respondentky S8 je nejdůležitějším rizikovým faktorem: „*Kouření a celková životospráva.*“

4.2.3 Kategorie 3: Role sestry v sekundární prevenci

Tato kategorie vystihuje, jaké role mají sestry v sekundární prevenci, jak se podílejí na prevenci a jak ji vedou. Respondentky S2, S5 a S6, S7 kladou důraz na komunikaci: „*Já s pacienty rozsáhle mluvím, snažím se je poučit, motivovat nějak, aby změnili svůj životní styl. Nabádám je, aby věnovali pozornost těm letákům, co jim dáváme, aby si četli ty plakáty v čekárně.*“ (S6) „*Mluvit, mluvit, mluvit, ale hlavně si všímat. Já vidím, jak ti pacienti vypadají v čekárně, jak jim, jestli jim je špatně. Oni to potom doktorce neřeknou a ta to z nich musí páčit.*“ (S5) „*Akorát jim poradím jako, chod'te pravidelně, chod'te dříve, než doberete léky. Oni to doberou, čtrnáct dní to nechají, pak jim je blbě, přijdou, jo. Spíš jim hlídám, aby to prostě brali a domlouvám jim.*“ (S7) „*No asi komunikaci. Já tady naštěstí moc needuikuji, to spíš pan primář. Co by měli dělat a neměli.*“ (S2) Respondentka S1 vidí svoji úlohu takto: „*Edukace, poučení o životosprávě, doporučení o tom, že by měly mít dostatek pohybu, poučit, že by se teda*

měli dobře stravovat.“ Obdobně jako respondentka S1 vidí svoji úlohu i respondentka S4: *„Já klientovi doporučím vhodnou stravu s nízkým obsahem živočišných tuků, jíst hodně zeleniny, ovoce, pokud je to tedy možné zvýšit pohybovou aktivitu, omezit konzumaci alkoholu, když se jedná o pacienta obézního, tak určitě doporučím, aby zhubnul. Umět také odpočívat, zbytečně se nestresovat a nekouřit, klient si může vzít letáčky ohledně odvykání kouření.“* Úloha respondentky S8 spočívá v: *„Pomocí projektu SCORE správně vyhodnotit riziko plus informovat pacienta o sekundární prevenci.“* *„Lepší kontrola onemocnění, snížení užívání léků a tím i interakci, ekonomicky náročný způsob léčby.“* Toto tvrzení je odpovědí respondentky S3.

Jako svoji nejdůležitější roli v sekundární prevenci vidí respondentky S2, S5, S7, S8 komunikaci s pacienty. *„Motivace pacientů. Když pacient nebude chtít, tak do něj můžete horem dolem mluvit, ale bude to bez efektu.“* Takto vidí svoji nejdůležitější roli sestra (S3) V souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním vidí respondentka S4 svoji hlavní roli jako roli sestry edukátorky. Dle názoru respondentky S1 a S6 je důležité přimět pacienty, aby začali měnit životní styl, zejména odstraňovat rizikové faktory.

4.2.4 Kategorie 4: Edukace jako sekundární prevence

Tato kategorie zahrnuje 3 podkategorie. Kdy se první podkategorie věnuje výukovým prostředkům a pomůckám, které sestry využívají k edukaci svých pacientů v rámci sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. Druhá podkategorie se zabývá edukačními metodami v sekundární prevenci a poslední podkategorie je věnována edukačním oblastem v sekundární prevenci.

Podkategorie 1 Výukové prostředky a pomůcky v sekundární prevenci

V této podkategorii se téměř všechny sestry shodovaly svými odpověďmi na otázku *„Jaké používáte pomůcky nebo výukové prostředky v sekundární prevenci?“*

Respondentky S1, S3, S4 odpověděly, že k edukaci svých pacientů využívají pouze letáčky, brožurky, nebo různé plakátky různých firem. *„Každá firma má jiný leták, tak podle toho, kdo nám co dodá. My nemáme vyloženě svoje edukační, my používáme firemní.“* (S1) Oproti respondentkám S1, S3, S4 respondentky S2, S5 - S8, které mimo již zmiňované letáčky a brožurky k edukování pacientů dále preferují, dle jejich názorů důležitý, ústní pohovor a osobní kontakt s pacienty.

Podkategorie 2 Edukační metody v sekundární prevenci

Edukační metody, které sestry využívají v rámci sekundární prevence, se opět ve výpovědích respondentek téměř shodují. Respondentky S1 - S8 uvedly, že při edukování pacientů využívají písemnou formu v podobě již zmiňovaných letáčků a brožur. Dále sestry S2, S5 - S8 edukují pacienty formou ústní, tedy prostřednictvím osobního kontaktu a rozhovoru s pacienty. Sestra S6 ještě dodává: *„Hlavně slovně a ty letáčky, tady prostě nemůžeme dělat žádný semináře nebo nějaký cvičení pro pacienty.“* Zajímavá odpověď je též respondentky S8: *„Již zmíněný program SCORE, kde pacientovi názorně ukážu na barevném zobrazení, v jaké rizikové skupině se nachází, a následně vysvětlím další kroky v prevenci. Plus mu dám brožurky, které se týkají prevence.“* Respondentka S5 odpověděla: *„Osobní kontakt a mluvení, plus všelijaké brožurky. Ale ty si sice vezmou, ale otázka, jestli je vůbec čtou anebo hned při první příležitosti je vyhodí do odpadkového koše.“*

Podkategorie 3 Edukační oblasti v sekundární prevenci

Respondentky S1 - S3, S5, S6, S8 uvedly, že oblasti, kterým se v edukaci věnují, jsou rozmanité, a především záleží na tom, co mají před sebou zrovna za pacienta. Berou tedy jednotlivé pacienty individuálně a zároveň k nim přistupují komplexně. Respondentka S4 ve své odpovědi tvrdí: *„Edukace se tedy týká stravování, zvýšení pohybové aktivity, udržování optimální hmotnosti, odvykání kouření, jednoduše řečeno,*

zdravý životní styl.“ Rozsáhlejší odpověď na otázku „Jaké oblasti se věnujete v sekundární prevenci?“ poskytla respondentka S6: „To záleží, co tu mám za pacienta. Když mi tady potom sedí pacient na židli a měřím mu tlak nebo dělám odběry nebo prostě něco, tak třeba cítím, že z něj táhne kouř, tak se ho zeptám, jestli kouří. On mi řekne, že ne, když mu řeknu, že to cítím, tak mi řekne, že jen 3 (Smích). Nechápu, proč to ti lidé nechtějí přiznat, že kouří? Nebo jestli se před námi stydí za to? Tak to už teda vůbec nevím, proč to dělají. Vždyť nám je to vlastně jedno, oni si ničí zdraví.“ Respondentka S7 odpověděla: „Aby užívali léky tak, jak mají, aby chodili na kontroly, zkrátka aby dodržovali nějaký ten léčebný režim. A pak aby měli snahu nějak zlepšit jejich životní styl.“

4.2.5 Kategorie 5: Dodržování preventivních opatření

Kategorie Dodržování preventivních opatření zahrnuje 2 podkategorie. První podkategorie se věnuje preventivním opatřením, která se nedaří pacientům s kardiovaskulárním onemocněním dodržovat. Druhá kategorie je zaměřena na zpětnou vazbu. Zda se dostává sestřám zpětné vazby o tom, jak se daří, či nedaří pacientům doporučená preventivní opatření dodržovat.

Podkategorie 1 Obtíže s dodržováním preventivních opatření

Tato kategorie přinesla rozmanité odpovědi všeobecných sester. Respondentky S2, S4, S5, S7, S8 jsou toho názoru, že největší obtíže dělají pacientům mimo jiné stravovací návyky. „Tady bych řekla, že to stravování. Je problém v tom, že když jim paní doktorka řekne, máte vysoký tlak nebo vysoký cholesterol, tak chtějí raději léky, než aby udělali něco s výživou. Jak kdo tedy, to je samozřejmý, ale většinou nechtějí změnit jejich návyky, jako uzeniny a živočišný tuky a tak. Nechtějí se toho vzdát no. Spíš radši někdo polkne tabletku, než aby pro sebe něco udělal.“(S7) Kouření jako rizikový faktor, který se nedaří pacientům dodržovat, vidí respondentky S6 a S8. Respondentka

S2 si myslí, že k dodržování preventivních opatření chybí pacientům pevná vůle, že pacienti zvládnou začít se změnou životního stylu, ale nemají dostatek vůle u ní setrvat. *„Nemají pevnou vůli, mnohdy nemají ani motivaci a spousta lidí nemá ani čas, často lidi pracují více jak 8 hodin denně, proto raději sní něco v rychlém občerstvení, než aby si uvařili něco zdravého doma.“* (S3) Sestra S6 je tohoto názoru: *„Podle mě je největším problémem pohyb, protože se jim opravdu nechce. A zvlášť ti hodně obézní, ty jsou na tom nejhůř, ti už ani nemají sílu se pohybovat a mají při tom obtíže s dýcháním. A dále kouření, to je taky takový problém. Když mají vysoký tlak, to pro ně nic neznamená, ten nějak necítí, nebo je neomezuje, není pro ně omezením, ten si nechají klidně změřit a tím to pro ně končí.“* Respondentka S1 si myslí, že pacientům dělá problém dodržovat všechna preventivní opatření.

Podkategorie 2 Zpětná vazba

Respondentky S1 - S5 a S7 - S8 uvádí, že mají zpětnou vazbu o tom, jak se daří jejich pacientům dodržovat doporučená preventivní opatření. *„Tak bud' pacienti přijdou a jsou kompenzovaní, jak laboratorně, tak i tlakově i třeba po stránce EKG.“* (S1) *„Oni se sami nepřiznají, to na nich musíme poznat my. Takže takový to, co je vidět nebo je poznat z laboratorních výsledků, tak to ano, ale nepoznáme, jestli třeba přestali kouřit. Zrovna si jen nemuseli zapálit.“* (S2) *„Určitě. Poznáme to jak na laboratorních výsledcích, tak na vzhledu pacienta, jestli je stále obézní, nebo jestli k nám přijde a je z něj cítit kouř.“* (S3) *„Ano, dostává, většina klientů chodí pravidelně a ptám se, jak se změnil jejich životní styl od té doby, co začali mít problémy.“* (S4) Respondentka S5 uvedla: *„Někdy, záleží na povaze. Tak samozřejmě, že když má pacient problémy s obezitou a za další návštěvu přijde a má o 5 kilo navíc, tak vím, že nedodrží.“* Respondentka S7 uvedla: *„To bych řekla, že jo. Někteří si to vezmou k srdci a začnou na sobě pracovat, pak je vidět, že zhubnou, že si drží tlak a krev, nebo si nakupují nějaké doplňky.“* Respondentka S8 odpověděla: *„Většinou při další kontrole sami pacienti hlásí, jak bojují s novými návyky v životě.“* Pouze sestra S6 si není jista, zda má zpětnou vazbu: *„Já nevím, jestli těm lidem můžu věřit, samozřejmě se jich ptám, jestli*

to dodržují, ale to, co mi řeknou, vůbec nemusí být pravda. Tak samozřejmě, že když vidím, že když shodí pár kil, tak že začali pro sebe něco dělat. Ale jestli přestali kouřit, to nepoznám, prostě si třeba nemuseli jen zapálit, než přišli k nám.“ (S6)

4.2.6 Kategorie 6: Hodnocení preventivní péče

Kategorie preventivní péče obsahuje vyhodnocení otázek na úroveň preventivní péče, zda by sestry chtěly nějakou změnu v preventivní péči, a třetí oblast se věnuje pozitivně hodnoceným oblastem sestrami v preventivní péči.

Podkategorie 1 Úroveň preventivní péče

Úroveň poskytované preventivní péče jako dobrou hodnotí sestra S1, S5 a sestra S7. *„Snažíme se no. To nevím, to musí posoudit někdo jiný. Ale řekla bych, že je dobrá.“ (S7)* Názor respondentky S4 a S8 vypovídá o vysoké úrovni poskytované preventivní péče. Respondentka S2 na položenou otázku *„Jak byste hodnotila úroveň poskytované preventivní péče?“* odpověděla: *„Já si myslím, že je dobrá, že je kvalifikovaná. Ale prevence není nikdy dost a vždy může být lepší.“* Respondentka S6 hodnotí úroveň poskytované preventivní péče jako velmi dobrou: *„Myslím, že u nás je preventivní péče velmi dobrá. Ale jinde? Podle mě se nikdo preventivní péči moc nevěnuje. Pro doktory i pro pacienty je lepší užívat léky.“ (S3)*

Podkategorie 2 Změna preventivní péče

Respondentky S1 - S2, S4 - S8 se shodovaly v názoru, že pro preventivní péči dělají maximum, a snaží se, aby byla co nejlepší. *„Myslím, že času mám dost, abych mohla s nimi pohovořit. I naše paní doktorka se jim velice věnuje v oblasti prevence. Ale čím jsem starší, tak mi přijde, že dříve pacienti lékaře poslouchali, co řekl on, to bylo svaté. Ale v dnešní době plné internetu a všeho možného k nám lidé přijdou už s nějakým názorem a často milným, mnohdy si to nechtějí nechat vysvětlit, a přes*

jejich názor nemůžeme jít.“ (S5) „Já si myslím, že proto děláme dost. Nevím, co bych zlepšila. Dneska je tolik propagace na internetu, v televizích, myslím, že je toho hodně. Myslím si, že mají hodně načteno, jak z internetu, tak i z těch brožurek a letáků. To někdy přijdou lidi a jsou chytřejší než paní doktorka (smích). Jen prostě chtějí.“ (S7) Pouze respondentka S3 by přivítala změnu: „Pacienti by měli být více v ordinacích informováni o nefarmakologické léčbě.“

Podkategorie 3 Pozitivně hodnocená oblast v preventivní péči

Respondentka S1 se shodla s respondentkou S6, že jejich silnou stránkou v preventivní péči je edukace. „Edukace. Ta je opravdu důležitá a měla by si ji každá sestra osvojit a měla by si natolik s pacientem promluvit, aby odešel poučen a aby si všechno vzal za své.“ (S1) Myslí si, že ji dělají správně a že edukace je to, co pacientům nejvíce prospívá. Dále se shodla sestra S5 a S7, pozitivně hodnotí oblast komunikace. Respondentka S5 odpověděla: „Myslím, že ústní pohovor, domluva, vysvětlení, to udělá pacientům nejlíp.“ Respondentka S7 reagovala odpovědí: „Osobní komunikace, někteří lidé na to hodně dávají, když jim promluvíte do duše a někdy i trochu pohrozíte.“ Shoda nastala i v případě sester S2 a S8, které uvedly, že pozitivně hodnotí všechny oblasti preventivní péče. Respondentka S4 uvedla: „Spousta klientů mě potěšila, co se týče odvykání kouření, někdo přestane úplně, někdo to alespoň omezí.“ Odpověď respondentky S3 na otázku „Jakou oblast byste pozitivně hodnotila v preventivní péči?“ odpověděla: „Nechci být pesimista, ale podle mě by se mělo v preventivní péči přidat a měla by být efektivnější, je jí málo a ne každý zdravotník jí věnuje dostatečnou pozornost. A hlavně pacienti mají dnes vštípený názor, že skoro na vše existují nějaké léky, že když je zrovna teď nic nebolí, tak proč by něco dělali.“

4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty

Analýzou získaných dat jsme vytvořili 6 kategorií. Změna životního stylu, Preventivní opatření, Přístup sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění, Motivace, Návštěva dalších specialistů a Hodnocení sestry.

4.3.1 Kategorie 1: Změna životního stylu

Kategorie změna životního stylu vyhodnocuje data získaná otázkami „Co změnilo Vaše onemocnění v souvislosti s životním stylem?, Co Vám dělalo potíže ve změně v životním stylu? A naopak, co pro Vás bylo zvládnutelné?“ Pro pacienty P3 a P7 bylo velkou změnou v životním stylu oproti době před onemocněním, že museli začít užívat léky, které doposud užívat nemuseli. „*Asi jen to, že jsem musel začít brát léky, které jsem do té doby nebral.*“ (P7) Kdežto pro zbylé pacienty, tedy pro pacienta P1, P2, P4 - P6 a P8 onemocnění přineslo změnu pracovního tempa, kondice, unavitelnosti. „*Dá se říct, že mi onemocnění změnilo snad vše. Nejvíce mi však vadí změna fyzicky. Už nejsem schopen dát takový výkon jak předtím, než se nemoc u mě projevila.*“ (P2)

Pacient P7 a P8 ve své odpovědi uvedl, že největším problémem, jak změnit životní styl, bylo u něj kouření. „*Nedaří se mi přestat kouřit. I když je pravda, že teď kouřím o hodně míň než dřív. Zkoušel jsem i takový ty žvýkačky a náplasti, ale je to prd platný, jen to z lidí tahá peníze.*“ (P7) Pro pacienta P3 a P5 bylo těžké začít pravidelně užívat léky. „*Trochu mi trvalo, než jsem si zvykla na léky, nikdy jsem je nebrala. Přišla na mě taková ta, jak to jen nazvat, depka, že už jsem asi fakt stará.*“ (P3) Změna stravovacích návyků činila ze začátku problém pro pacienta P4, který uvedl: „*Zvládnutelné bylo omezení stresu, horší byl zdravý životní styl. Celý život pracuji doma na statku, takže hodně pracuji. Občas málo i spím a jím, co si doma vypěstujeme nebo vychováme, takže to mi ze začátku dělalo problémy, ale teď už to docela jde.*“ Pacient P2 musel v souvislosti s onemocněním zanechat svého koníčku, což pro něj

nebylo vůbec snadné. Ve své odpovědi uvedl: „*Největší problém mi dělal sport, řadu let hraju tenis a kvůli srdci jsem musel přestat, jednak mě to aji donutilo, už jsem nemohl.*“ Naopak pacienti P1 a P7 nedělalo problém změnit životní styl v souvislosti s onemocněním. „*Nemohu říct, co by mi dělalo nějak extra problém. Když člověk chce, tak všechno jde. A já vím, že chci.*“ (P1)

4.3.2 Kategorie 2: Preventivní opatření

Kategorie Preventivní opatření dále dělíme na 2 podkategorie. Podkategorie 1 je zaměřená na preventivní opatření, která byla pacientům doporučena všeobecnými sestrami. Podkategorie 2 se zabývá otázkou, jak se pacientům daří doporučovaná opatření dodržovat.

Podkategorie 1 Doporučená preventivní opatření

Pacientovi P2 bylo od sestry doporučeno, aby se snažil co nejvíce vyhnout stresu, pohyboval se pravidelně v přiměřené míře, ne s velkou zátěží. Dále mu bylo doporučeno snížit svoji hmotnost. Největší důraz byl kladen na zanechání kuřáckého návyku. Obdobně jako pacient P2 i pacient P4 byl upozorněn na stresovou zátěž, zanechání kouření a úpravu stravovacích návyků. Pacientovi P5 bylo doporučeno pravidelné monitorování tlaku v domácím prostředí, pravidelný, dostatečný pohyb s přiměřenou zátěží vzhledem ke zdravotnímu stavu. Pacient P6 na položenou otázku odpověděl: „*Ále to víte, sestřička mi toho napovídala, ale copak já budu na starý kolena držet nějakou dietu? Ale prášky ty jo, ty beru poctivě, jak mi řekli. Taky mi doporučili to měřidlo na tlak. Tak jsme si ho s mužem koupili, ten ho má taky vysokaj.*“ Pacient P7 byl upozorněn na potřebu snížení hmotnosti, vyhnout se stresovým situacím a celkově změnit životní styl ke zdravému. U pacienta P8 směřovala doporučení k zanechání kuřáckého návyku, stravování, přiměřenému pohybu. Pacientovi P1 bylo od sestry doporučeno dbát rady lékaře. Poté ještě pacient doplnil: „*Ona tam jen pořád něco píše, nebo mi změří tlak, či bere krev. Všechno mi vysvětluje jen pan doktor.*“

Pacient P3 na položenou otázku odpověděl: „*Asi ani nic. Když jsem byla u doktorky, tak mi naměřila párkrát po sobě vysokou tlak, tak mi předepsala 2 prášky, Milurit a Lozap, sestra mi řekla, že by bylo dobré, abych si měřila i tlak sama doma. A to je asi vše. Jo a ještě vybrala 30 korun, ty už se teda teď neplatí.*“

Podkategorie 2 Dodržování preventivních opatření

Pacient P1 na položenou otázku „*Jak se Vám daří dodržovat doporučení?*“ odpověděl: „*Celkem jo.*“ Pacient P2 reagoval na otázku odpovědí: „*Jakžtakž to jde, samozřejmě není vše 100%, ale snažím se a to je nejdůležitější, teda aspoň si to myslím.*“ Odpovědi pacienta P3 je: „*Tak léky беру pravidelně, teda snažím se, taky se mi stane, že na ně zapomenu, ale to jen málo. No a tlak si občas doma sama měřím, od dětí jsme s mužem dostali tonometr, tak si ho občas změříme.*“ Pacienti P5, P7, P8 vyjádřili úspěšnost v dodržování doporučených rad procentuálně. Pacient P5 se shodl s pacientem P8, že doporučené rady dodržují na 50%. Pacient P7 se ohodnotil 70%. Pacient P4 na otázku odpověděl: „*S občasnými odchylkami daří. To víte, když máme doma zabíjačku, tak si jitrnici ani jelítka neodepřu, ale jinak se snažím. Teda spíš hlavně manželka, ta se mi snaží vařit zdravá jídla tak, aby mi chutnala.*“ Pacient P6 uvedl: „*Ale tak jde to. Hnedka jsem řekla, že dietu držet nebudu. Já jsem v mládí nemohla a teď, když můžu, tak se omezovat nebudu.*“

4.3.3 Kategorie 3: Přístup sestry k prevenci kardiovaskulárních onemocnění

Tuto kategorii jsme rozdělili na 2 podkategorie, z nichž první se zabývá názory jednotlivých pacientů na užitečnost poskytnutých informací od sestry. Druhá podkategorie potom vyhodnocuje odpovědi pacientů ohledně hodnocení přístupu sester v problematice prevence kardiovaskulárních onemocnění.

Podkategorie 1 Užitečnost poskytnutých informací

Mezi pacienty P1, P2, P4 - P8 panuje shoda. Jsou toho názoru, že sestra jim poskytla užitečné informace. Pacient P2 ve své odpovědi uvedl: „*Tak určitě. Jinde jsem se s tím nesetkal, většinou sestry sedí za stolem, něco tam píší, sem tam doktorovi něco podají, ale tahle se mnou opravdu mluvila.*“ Pacient P6 řekl: „*To víte, že jo. Je moc milá. Hodná. Ona se snaží a já stará bába si myslím stejně svý.*“ Pacient P1 na otázku, co mu sestra doporučila, odpověděl, že mu nic moc nedoporučila. Proto na tuto otázku odpovídá: „*Tak co mi řekla, to bylo vždy k něčemu.*“ Pacient P3 je jiného názoru než ostatní respondenti: „*Je mi to líto, ale musím říci, že ne.*“

Podkategorie 2 Přístup sestry

Mezi pacienty P2, P5, P6, P8 opět panuje shoda. Přístup sestry hodnotí kladně. „*Myslím, že bylo vše v naprostém pořádku.*“ (P2) „*To bych hodnotila jako v pořádku, ale katastrofa je doba čekání na vyšetření.*“ (P5) „*Myslím, že je velice dobrý. Nemůžu si naříkat.*“ (P8) Pacient P7 vyjádřil hodnocení takto: „*Tak sestra mě vždycky sprdne, že stejně pořád dál kouřím. Že jsem ani moc nezhubl. Ale jinak je milá a hlavně trpělivá.*“ Pacient P4 ohodnotil přístup sestry jako kladný, myslí si, že informace byly užitečné, ale mohlo jich být více. Pacient P1 a P3 není schopen hodnocení. „*No, jak jsem už říkala, tak ona mi toho moc nenapovídá, tak nějak nemůžu ani říct.*“ (P1) „*Ono není co moc hodnotit, jak říkám, moc mi toho neřekla.*“ (P3) Pacient P6 hodnotil takto: „*Jak jsem už říkala, je milá, hodná a snaží se. Ale to víte, se mnou je to prd platné.*“

4.3.4 Kategorie 4: Motivace

Kategorie Motivace vyhodnocuje odpovědi respondentů, jaká je jejich motivace k tomu, aby dodržovali preventivní opatření. Mezi pacientem P1 a P4 panuje shoda, že jejich motivací k dodržování preventivních opatření jsou obavy ze zhoršení zdravotního stavu. Dále pacient P1 uvedl, že nechce zůstat rodině na obtíž, stejně tak jako pacient

P8. Pacienta P5 motivuje k dodržování preventivních rad strach o život. Pacient P2 odpověděl: „*Když najednou člověk onemocní a je mu zle, tak si uvědomí spoustu věcí. I to, že zdraví není samozřejmostí a je na čase pro něj začít něco dělat. A hlavně nechci, aby mě potkal infarkt, když tomu se stejně asi nevyhnu.*“ Pacientova odpověď P3 zní: „*Tak to, že mám ještě mladé děti a že může být hůř a že nejsem ještě tak stará, aby mě z toho mohlo klepnout.*“ Pacienta P6 motivuje partner. Pacient P7 na položenou otázku reagoval odpovědí: „*Tak chtěl bych se cítit dobře a obavy z budoucnosti, samozřejmě. Nikdo tu sice nebude věčně, ale ještě nějakou tu desítku bych tu chtěl být.*“

4.3.5 Kategorie 5. Návštěva dalších specialistů

Mezi pacienty P1, P3 - P7 panuje shoda na položenou otázku „*Navštěvujete jiné odborné specialisty?*“ Pacienti ve svých odpovědích uvedli, že nenavštěvují žádné jiné odborné specialisty. Pacient P2 uvedl: „*To ne, ale před 2 léty jsem dostal od ženy na Vánoce takovej poukaz k výživovému poradci, aby mi poradil co a jak, tak jsem tam šel a byl jsem tam asi dvakrát, ale jinak nic.*“ Pacient P8 odpověděl: „*Párkrát jsem byl u diabetičky, mysleli si, že budu mít cukrovku po našich. Ale to zatím naštěstí nemám. Jinde jsem jinak nebyl.*“

4.3.6 Kategorie 6: Hodnocení sestry

Pacient P2 a P5 ohodnotil sestru slovem „*kladně*“. Pacient P2 ještě dodal: „*Negativně asi nic. Ale myslím, že má zájem o své pacienty, když je to takový paradox, proč by se měl někdo zajímat o cizí zdraví, ale chápu, že je to její práce.*“ Pacient P7 hodnotil sestru slovem dobrý a pacient P6 použil hodnocení výborně. Pacient P1 a P4 se shodli na tom, že by se od sestry mohli dozvědět více preventivních opatření. „*Myslím si, že by mi mohla sdělit více preventivních informací. Myslím si, že si dělá svoji práci dobře, ale řekla bych, že se moc tomu předcházení nevěnuje.*“ (P1) „*Vyzdvihnout milý a profesionální přístup. Jak už jsem zmiňoval, mohlo těch informací ze strany sestry být*

víc. Ale jinak byla milá, laskavá.“ (P4) Pacient P3 ohodnotil sestru takto: „Myslím, že by se sestra mohla více věnovat pacientům, u mě se teda moc nepředvedla a co slyším od ostatních, tak to taky nic moc, přece jenom nejsme tak velké město, aby se to nerozneslo. Jako svoji práci si asi jinak dělá dobře, ale jak vy říkáte edukaci, tu teda asi zrovna nedělá vůbec.“ Naopak pacient P8 ohodnotil přístup sestry kladněji: „Myslím, že se snaží a snaha se cení. I když chápu, že s každým pacientem to nejde.“

4.4 Shrnutí výsledků empirického šetření

Pro přehlednost byly výsledky zobrazeny ve schématech, která byla vytvořena v programu XMind 6. Byly vybrány jen některé, dle našeho názoru nejzajímavější kategorie či podkategorie.

Schéma 1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

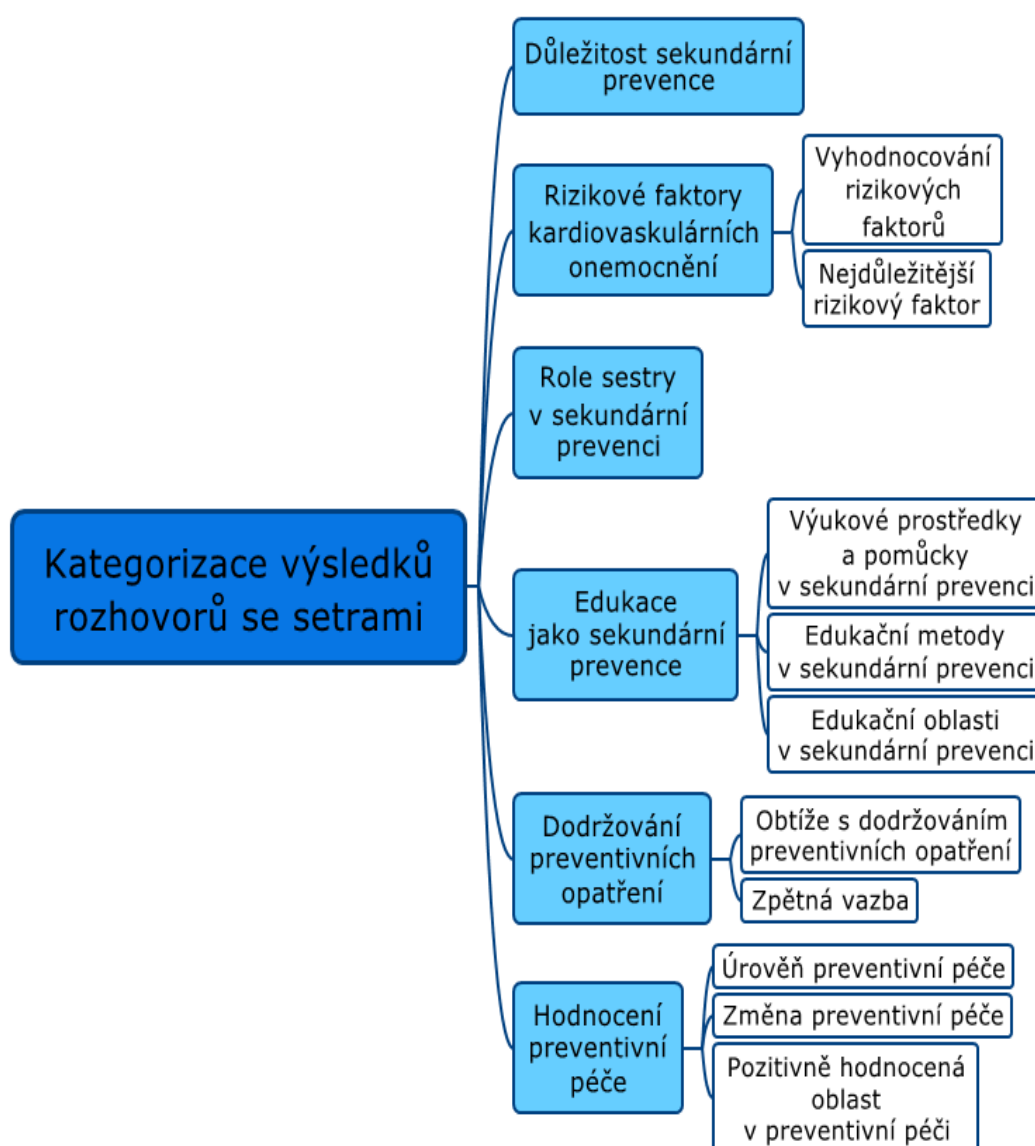


Schéma 2 Vyhodnocování rizikových faktorů všeobecnými sestrami



Schéma 3 Nejdůležitější rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění

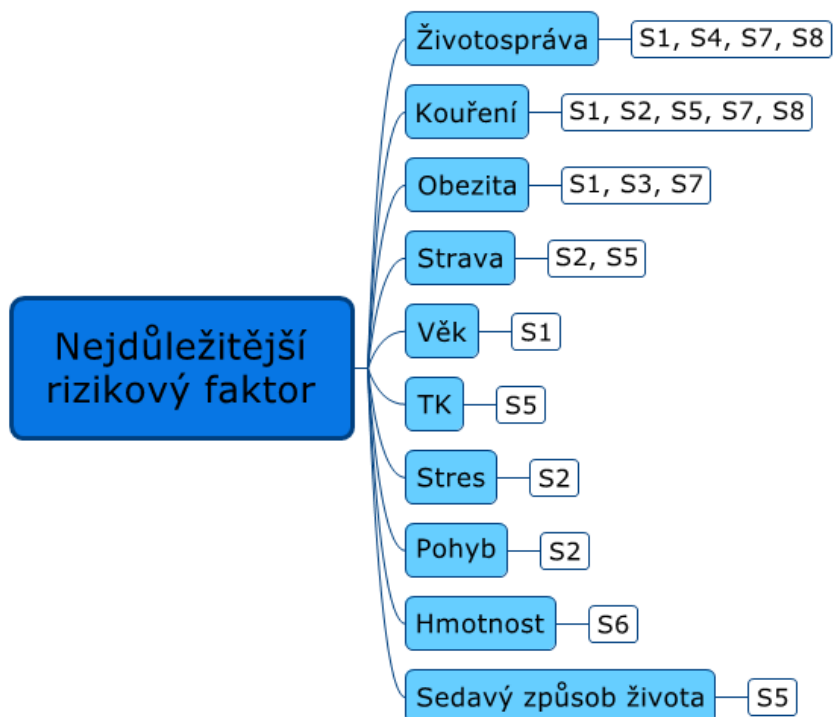


Schéma 4 Výukové prostředky a pomůcky v sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění

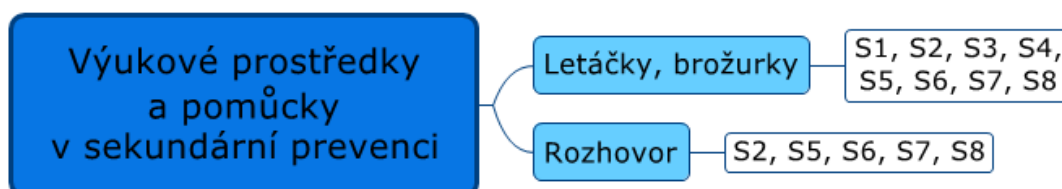


Schéma 5 Edukační oblasti v sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění

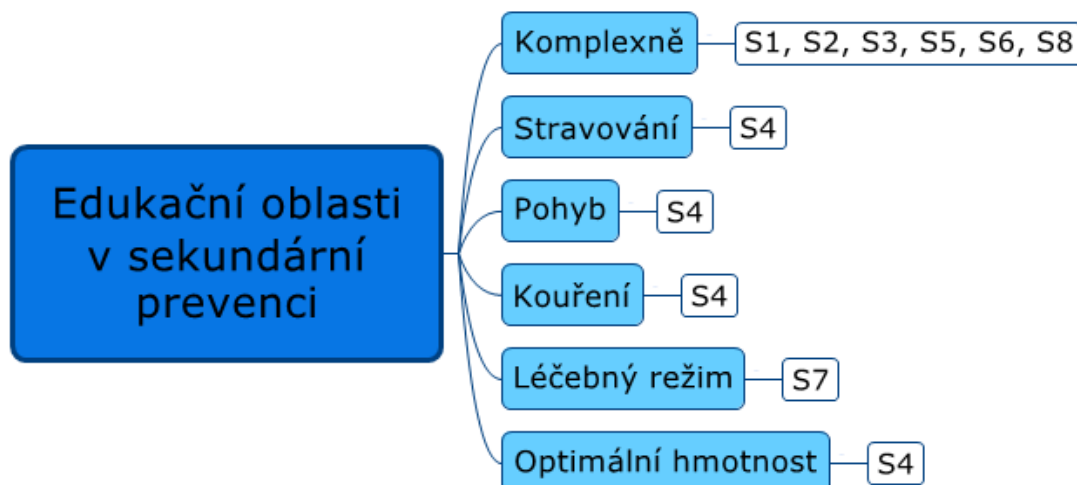


Schéma 6 Obtíže s dodržováním doporučených preventivních opatření

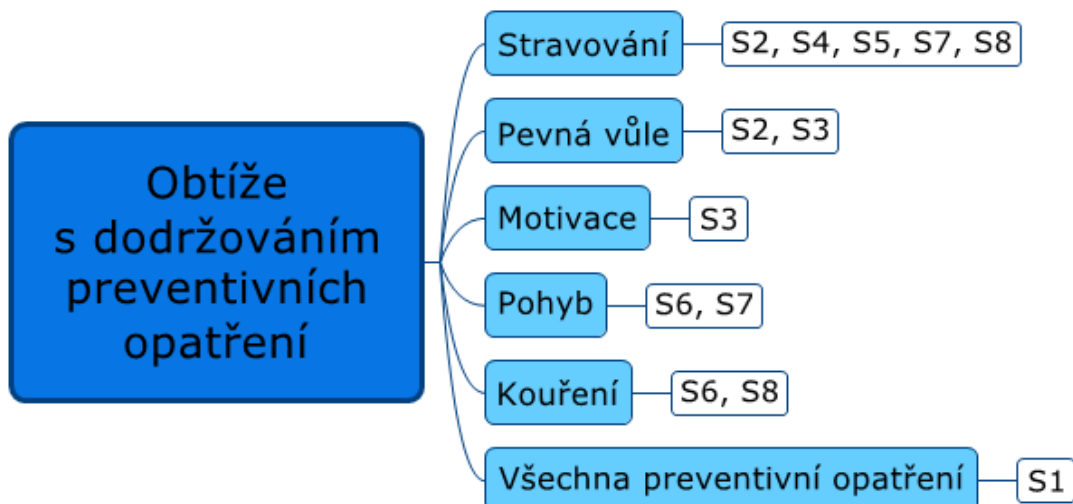


Schéma 7 Zpětná vazba všeobecným sestřám

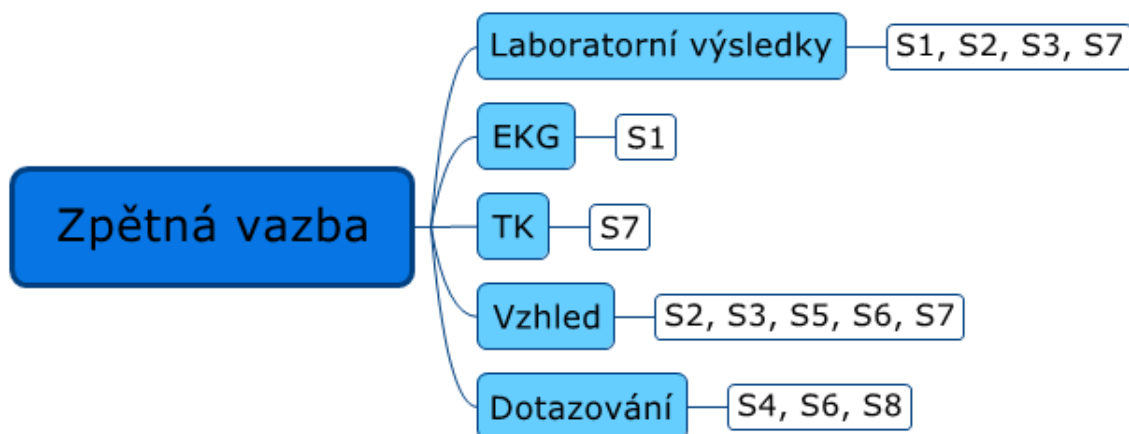


Schéma 8 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty

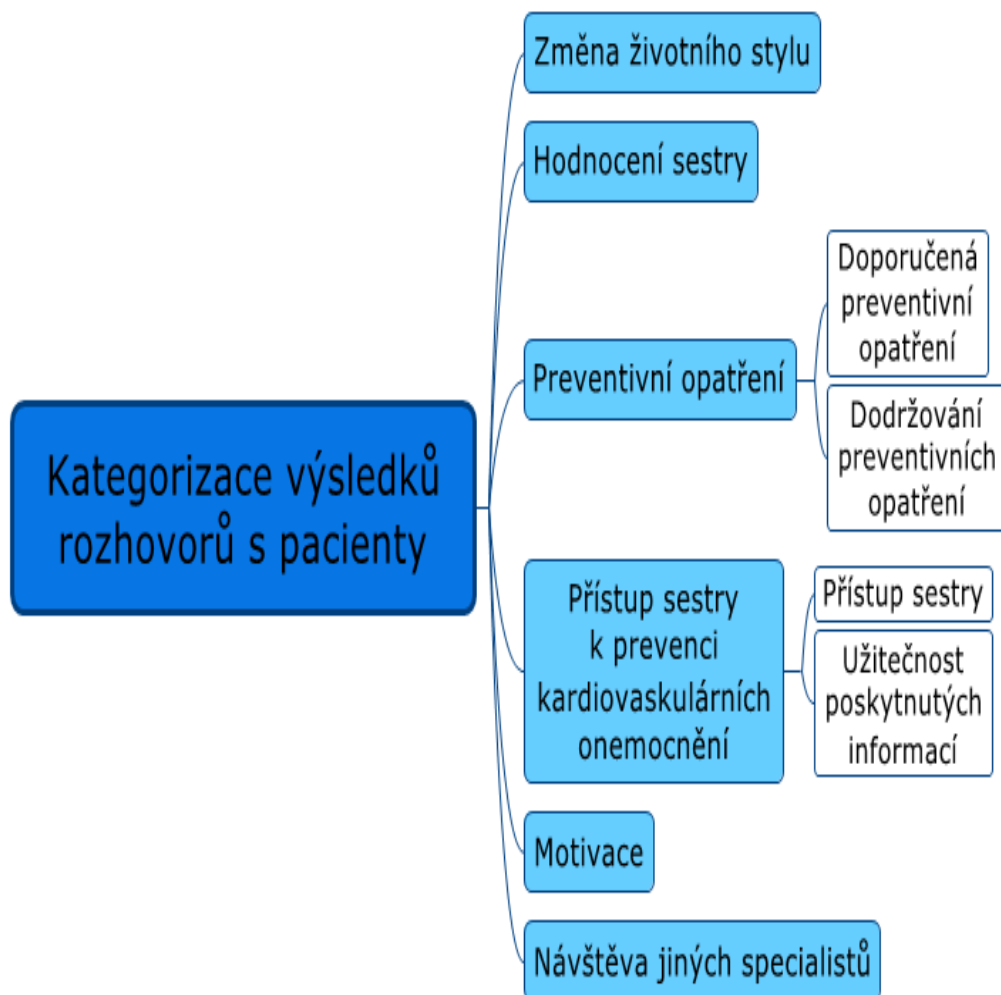


Schéma 9 Doporučená preventivní opatření pacientům s kardiovaskulárním onemocněním

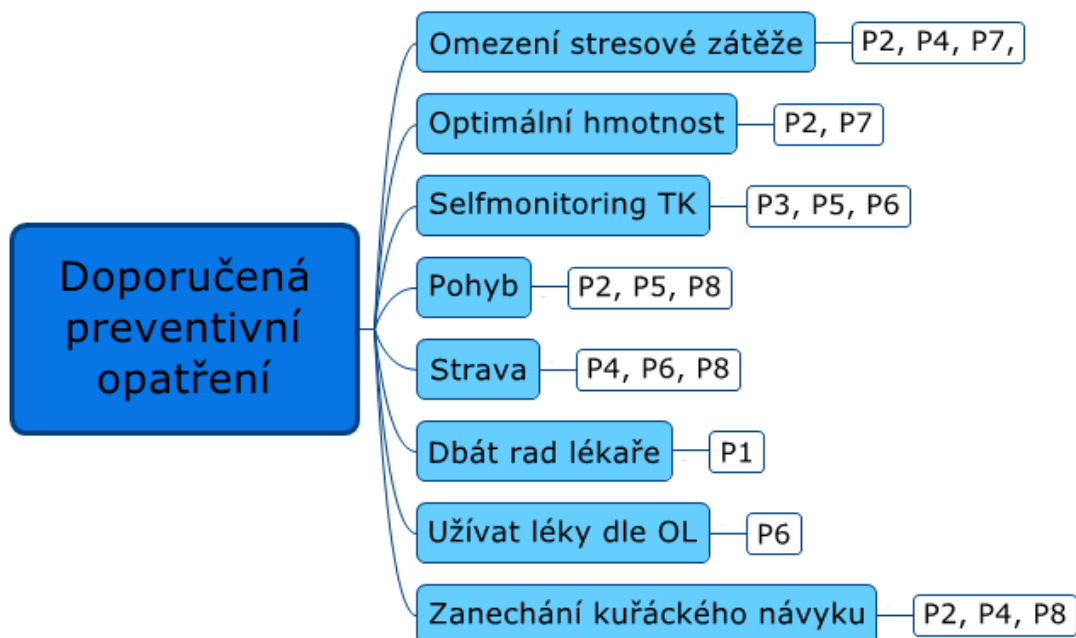


Schéma 10 Úspěšnost pacientů v dodržování preventivních opatření

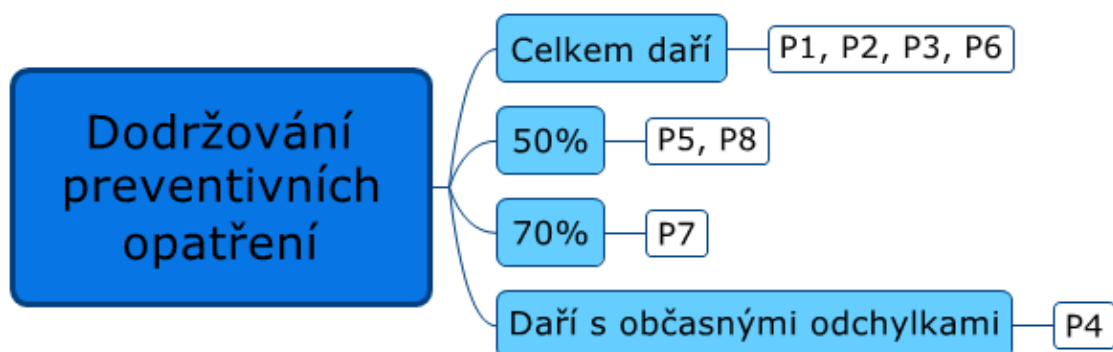


Schéma 11 Přístup sestry k prevenci kardiovaskulárních onemocnění

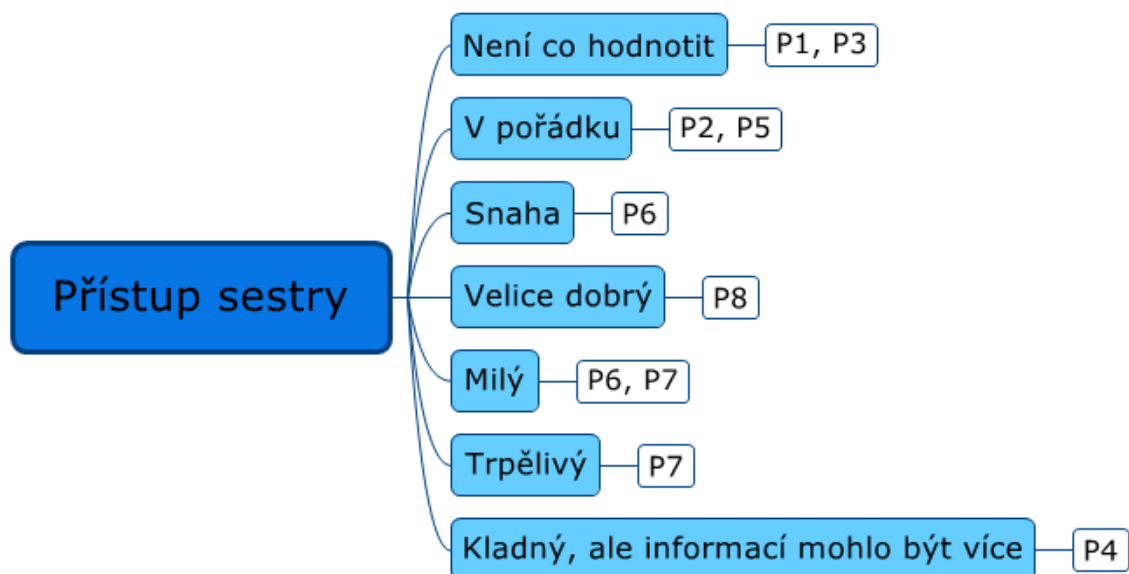
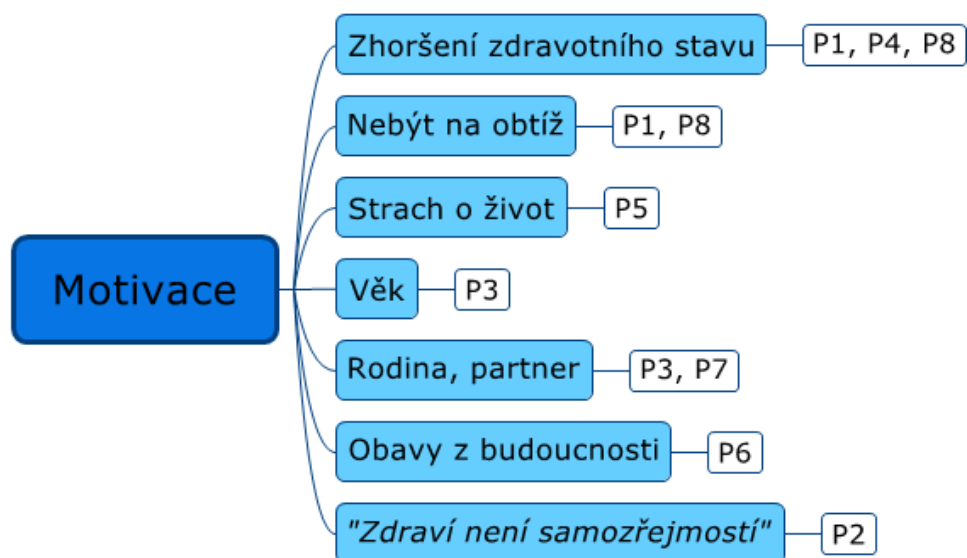


Schéma 12 Motivace pacientů k dodržování preventivních opatření



5 DISKUSE

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. I přes veškeré úspěchy a pokroky současné vědy a praxe jsou kardiovaskulární onemocnění nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích západní civilizace, Českou republiku nevyjímaje (Špinar, Vítovec, 2007). Roku 1989 vyhlásila Česká kardiologická společnost Národní kardiovaskulární program. Jeho hlavním tématem je Snížení onemocnění a úmrtnost na nemoci srdce a cév. S tímto tématem nesouhlasí Špinar, Vítovec (2007), ti jsou názoru, že pokud by lidé neumírali na onemocnění oběhové soustavy, museli by umírat na něco jiného, například na rakovinu, AIDS či zahynout ve válce, což nikdo z nás jistě nechce. Cílem je tedy posunout incidenci kardiovaskulárních onemocnění k co nejvyššímu věku. Tedy aby lidi nepotkal první infarkt v 60 letech, ale až v 80. K tomuto zcela bezpochybně přispívá prevence. Proto je naším tématem bakalářské práce Sekundární prevence u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. Naším cílem bylo zaměřit se na sekundární prevenci, prostudovat ji, pohovořit na toto téma s vybranými respondenty, analyzovat získané informace a vytvořit informační brožurky pro pacienty s kardiovaskulárním onemocněním.

Pro empirickou část této bakalářské práce jsme zvolili kvalitativní šetření s metodou polostrukturovaného rozhovoru. K analýze získaných dat jsme použili metodu otevřeného kódování. Je nutno uvést, že zmíněné poznatky se týkají pouze našeho výzkumného souboru. Pro zobecnění výsledků by bylo nutné provést výzkumné šetření o větším výzkumném souboru. Náš výzkumný soubor byl složen ze dvou částí. První část tvořilo osm všeobecných sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro dospělé či na interních ambulancích v rámci Jihočeského kraje. Dále při našem výzkumném šetření byly osloveny ještě 2 všeobecné sestry. Ale při oznámení tématu této bakalářské práce a seznámení s cíli výzkumného šetření odpověděly, že sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění nedělají, proto jsme v rozhovoru dále nepokračovali. Druhá část se skládala též z osmi respondentů, pacientů, kteří se léčí pro kardiovaskulární onemocnění.

Pro výzkumné šetření této bakalářské práce jsme stanovili 3 cíle. Naším prvním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat, jakým způsobem probíhá sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. Dalším cílem bylo zmapovat, jakým způsobem se sestra podílí na sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Třetím a posledním cílem bylo zjistit, jak se pacientům daří dodržovat doporučená preventivní opatření.

Abychom si mohli odpovědět na výzkumnou otázku „*Jakým způsobem probíhá sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění?*“ Museli jsme v prvé řadě zjistit, jaký názor mají na sekundární prevenci dotazované sestry samy za sebe a jaký názor zastávají za celou ordinaci. Cílem těchto otázek mělo být zjištění, jak pohlíží na důležitost sekundární prevence. Když je pro někoho něco důležité, tak k tomu zaujímá kladný postoj. Kdyby sekundární prevence nebyla v očích sester důležitá, nekladly by na ni takový důraz, jak plyne z rozhovorů s nimi. Druhým bodem k odpovědi na tuto otázku byly rizikové faktory. Sekundární prevencí se rozumí dodržování preventivních opatření, tedy úplné odstranění nebo alespoň eliminování rizikových faktorů u nemocných, u kterých je již diagnostikované onemocnění. Sekundární prevence má zabránit progresi, exacerbaci, vzniku komplikací onemocnění, které se u nemocného již projevilo. Má-li být sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění, ale i onemocnění jiných účinná a efektivní, je nutné, ne-li přímo musí být, v prvé řadě správně vyhodnoceny rizikové faktory. Každý pacient, tedy i pacient s kardiovaskulárním onemocněním, je jedinečná bytost, jež má určité rizikové faktory, který jiný pacient se stejnou lékařskou diagnózou mít nemusí. Je tedy nezbytné na každého pacienta pohlížet individuálně a komplexně jako na bio-psycho-sociálně-spirituální bytost, která má individuální potřeby. Z tohoto důvodu jsme do našeho výzkumného šetření v rozhovorech se sestrami zařadili otázku „*Co využíváte k hodnocení kardiovaskulárních rizik Vašich pacientů?*“ Nejčastější odpovědi na tuto otázku byly tabulky programu SCORE (viz Příloha 12) : „*Při určování celkového kardiovaskulárního rizika postupujeme podle barevných nomogramů vycházejících z projektu SCORE, který provádí odhad rizika fatálních*

kardiovaskulárních příhod v následujících 10 letech.“ (S8) Pro přehlednost získaných odpovědí na tuto otázku bylo vytvořeno Schéma 2.

Sovová (2006) ve své knize uvádí, že existuje přibližně 250 rizikových faktorů, které zvyšují riziko onemocnění srdce a cév. Schéma 3 zobrazuje dle dotazovaných sester nejdůležitější rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Všechny sestry dohromady vyjmenovaly 10 nejdůležitějších rizikových faktorů. A to životospráva, stres, kouření, věk, tlak krve, nedostatečný pohyb, stravování, sedavý způsob života a obezita. Respondentka S3 na otázku ohledně nejdůležitějšího rizikového faktoru odpověděla: *„To nemohu říct zcela jednoznačně. Pro každého je rizikový faktor něco jiného. Ale jestli potřebujete konkrétní odpověď, tak asi obezita, ta zatěžuje celé tělo.“* Naopak Svačina (2014) říká, že jsou situace, v níž obézní lidé mají lepší prognózu než lidé štíhlí, například při selhávání srdce, kdy tuk v okolí srdce může za určitých podmínek srdci též prospívat. Je to označováno jako paradox obezity.

Sovová (2006) píše, že ve výživě hraje důležitou roli pravidelnost stravy. Má-li člověk pravidelnou stravu, která by se měla skládat z 5 - 6 porcí za den, tělo pak dostává pravidelný přísun energie a nemá snahu vše ukládat do tukových zásob. Sestra S3 je názoru: *„Nemají pevnou vůli, mnohdy nemají ani motivaci a spousta lidí nemá ani čas, často lidi pracují více jak 8 hodin denně, proto raději sní něco v rychlém občerstvení, než aby si uvařili něco zdravého doma.“* Se sestrou S3 musím jedině souhlasit. Rychlé občerstvení je opravdu rychlé a mnohdy je levnější, než kdyby si měli opravdu doma vařit. Mnozí rychlé občerstvení vynechají a uvaří si doma, třeba i relativně zdravé jídlo, problém je však ve špatném režimu- za celý den sní například pouze jednu sušenku a dvě koblíhy a vypijí tři kávy a poté se snaží, dá se říct, zachránit tím, že si dají večer tři porce tohoto uvařeného jídla. Proto ani v konečném důsledku není tento způsob stravování tím vhodným a prospěšným pro jejich organismus. Jak tedy říká Grofová (2007), vždy je důležité, co jíme, kolik toho sníme a jaké je rozložení stravy. I konzumace velkého množství zdravých potravin může vést ke zdravotním obtížím, ale konzumace potravin nezdravých vede přímo k poškození zdraví.

„Diagnostika a léčba rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění je efektivním způsobem jak snižovat riziko kardiovaskulárních příhod. I přesto, že jsou

aktualizované doporučené postupy prevence kardiovaskulárních onemocnění všeobecně známé a dostupné a přesto, že máme k dispozici nepřeborné množství dostupných léčebných prostředků k ovlivnění rizikových faktorů, je třeba zdůraznit, že stále nejsou dostatečně využívány“ (Štulc, Češka, 2014, s. 931). Proto třetím, posledním bodem, jak dospět k odpovědi na tuto výzkumnou otázku, bylo zjistit, jakým způsobem sestry edukují své pacienty v rámci sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění, jaké využívají výukové prostředky a pomůcky, edukační metody a jakým oblastem se věnují v rámci edukace pacientů.

Všechny sestry se ve svých odpovědích shodly na tom, že sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění je velice důležitá a potřebná. K vyhodnocování kardiovaskulárních rizik 6 z 8 sester využívá hodnocení. Nejvíce sester využívá tabulky programu SCORE, dále sestry používají k vyhodnocování kardiovaskulárních rizik laboratorní výsledky, EKG, životosprávu pacientů, BMI, hodnotu tlaku a pulsu a anamnézu pacientů. Všechny sestry používají při edukaci svých pacientů letáčky či brožurky, mimo ně 4 sestry z 8 dále ještě uvádějí prostředkem edukace rozhovor, tedy sestry využívají písemnou a mluvenou metodu edukace. Většina, 6 sester z 8, edukují pacienty komplexně, zaobírají se tedy všemi rizikovými faktory pacientů. Respondentka S4 se věnuje oblastem: *„Edukace se tedy týká stravování, zvýšené pohybové aktivity, udržování optimální hmotnosti, odvykání kouření, zjednodušeně řečeno zdravý životní styl.“*

Při hledání odpovědi na druhou výzkumnou otázku *„Jakým způsobem se sestra podílí na sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění?“* jsem respondentkám, sestrám, položila otázku: *„V čem vidíte Vaši úlohu v sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění?“* Na tuto otázku jsem získala rozmanité odpovědi. *„Já s pacienty rozsáhle mluvím, snažím se je poučit, motivovat nějak, aby změnili svůj životní styl. Nabádám je, aby věnovali pozornost těm letákům, co jim dáváme, a aby si četli ty plakáty v čekárně.“* (S6) Dále sestry uvedly, že jejich úlohou je komunikovat s pacienty, informovat je o životosprávě, rizikových faktorech, vyhodnocovat rizikové faktory, motivovat pacienty k dodržování preventivních opatření a již zmíněná edukace. Otázkou je, zda pojem edukace označuje opravdu to, co má. Jak píše Šulistová,

Trešlová (2012), edukaci nelze chápat jako předání jednorázové informace. Je ji nutno chápat jako řádně připravený a kvalitně realizovaný edukační proces. Cílem edukačního procesu je pozitivní kvalitativní i kvantitativní změna ve vědomostech, dovednostech, návycích, postojích a hodnotové orientace nemocného.

Poslední výzkumná otázka byla zaměřena na druhou část respondentů a to na pacienty, kteří se léčí pro kardiovaskulární onemocnění u praktických lékařů pro dospělé či u lékařů interních ambulancí. Tato otázka zní: „*Jak pacienti dodržují doporučená preventivní opatření?*“ Od pacientů jsem zjistila, jaká doporučení dostávají od sester. Pacientům bylo nejčastěji doporučováno omezení stresové zátěže, selfmonitoring tlaku, dostatečný pohyb, správné stravování a zanechání kuřáckého návyku. Avšak dvěma pacientům preventivní opatření dle jejich názoru doporučena moc nebyla. Na otázku „*Co Vám bylo doporučeno od sestry?*“ Respondent P3 odpověděl: „*Asi ani nic. Když jsem byla u doktorky, tak mi naměřila párkrát po sobě vysoký tlak, tak mi předepsala 2 prášky, Milurit a Lozap, sestra mi řekla, že by bylo dobré, abych si měřila i tlak sama doma. A to je asi vše. Jo a ještě vybrala 30 korun, ty už se teda teď neplatí.*“ Druhým respondentem byl pacient P1: „*Dbát rady lékaře. Jinak nic, ona tam jen pořád něco píše, nebo mi změří tlak, či bere krev. Všechno mi vysvětluje jen pan doktor.*“ Přitom mezi základní povinnosti sestry patří podpora zdraví, předcházení nemocem, tedy prevence, navrácení zdraví, zmírnění utrpení a zajištění důstojného umírání. Mimo jiné je ve vztahu sestra-pacient povinností sestry poskytnout pomoc člověku, který její pomoc potřebuje, jak píše Zacharová, Hermanová (2007).

Pacienti byli dotázáni, jak se jim daří doporučení dodržovat. Kromě jednoho pacienta, který uvedl, že daná doporučení dodržuje na 50 %, se ostatním pacientům doporučení daří dodržovat lépe. Na sestry jsem se obrátila s konkrétnější otázkou: „*Co podle Vašeho názoru dělá pacientům největší problém s dodržováním preventivních opatření?*“ Odpovědi zobrazuje Schéma 6. Avšak nejvíce sester se shodlo, že největším problémem v dodržování preventivních opatření je stravování. „*Tady bych řekla, že stravování. Je problém v tom, že když jim paní doktorka řekne, máte vysoký tlak nebo vysoký cholesterol, tak chtějí raději léky, než aby udělali něco s výživou. Jak kdo tedy, to je samozřejmé, ale většinou nechtějí změnit jejich návyky, jako uzeniny a živočišný tuk*

a tak. Nechtějí se toho vzdát, no spíš někdo polkne tabletku, než aby pro sebe něco udělal.“ (S7) „Pacienti by měli být více v ordinacích informováni o nefarmakologické léčbě. Myslím, že se nikdo preventivní péči moc nevěnuje. Pro doktory i pro pacienty je lepší užívat léky.“ (S3) Zde je sestra S3 zajedno se sestrou S7 v tom, že farmaka mají přednost před změnou životního stylu a mělo by tomu být právě naopak. Obdobnou otázku obdrželi i pacienti: „Co Vám dělalo potíže ve změně v životním stylu? A naopak, co pro vás bylo zvládnutelné?“ Ve dvou případech na sebe pacienti prozradili, že jim nedělá problém dodržovat žádné doporučení, další dva pacienti odpověděli, že pro ně bylo obtížné zanechání kuřáckého návyku, u dalších dvou pacientů bylo problémem pravidelné užívání léků. Jeden z osmi pacientů měl problémy se změnou stravování a další se zanecháním sportovní aktivity.

Jak píše Šulistová, Trešlová (2012), profesionálním uměním sestry je docílení toho, aby si pacient uvědomil nutnost změny, chtěl se podílet na změně a hlavně aby vytrval v realizaci získaných znalostí, dovedností, postojích a návyků, které směřují ve prospěch jeho zdraví. Z tohoto důvodu jsme také do rozhovorů s pacienty zařadili otázku „Co vás motivuje k dodržování preventivních opatření?“ Motivací k dodržování preventivních opatření jsou pacientům obavy ze zhoršení zdravotního stavu, obavy, že zůstanou někomu na obtíž, pro někoho jiného je motivací rodina či partner. „Když najednou člověk onemocní a je mu zle, tak si uvědomí spoustu věcí. I to, že zdraví není samozřejmostí a je načase pro něj začít něco dělat. A hlavně nechci, aby mě potkal infarkt, i když tomu se asi nevyhnu.“ (P2)

Dle mého názoru sestry teoreticky vědí, co je to edukace, jak by měla vypadat, co by měla přinášet a jaký má význam. Ale velký počet sester edukaci nevede tak, jak by se měla vést. Z jakého důvodu je tomu tak? Někdo tvrdí, že nemá čas, jiný se zase hájí tím, že k tomu nemají prostředky a pomůcky, někteří uvádějí, že o ni sami pacienti nemají zájem. Z mé zkušenosti jako praktikantky v různých zdravotnických i sociálních zařízeních vím, že čas je, jen je potřeba chtít si ho najít a věnovat ho tomu, ke správné a kvalitní edukaci pacientů totiž není potřeba mnoho, mnohdy postačuje kvalitní a empatický rozhovor. Podle mého názoru se nejedná o nezájem pacientů, ba naopak jsou mnozí pacienti rádi, když se někdo o jejich zdraví zajímá. Ne edukace, ale pouhé

předávání informací není efektivní. V situaci, kdy 68 letý senior stráví kvůli vyšetření v čekárně 2 hodiny, ačkoli je objednan, je nalačno a nemůže se rozptýlit nějakou činností, se zabývá myšlenkami na to, že mu pravděpodobně ujede autobus a jak se potom tedy dostane domů, není takový pacient schopen adekvátně přijmout poskytnuté informace. Až poté, když sedí v klidu doma, vzpomíná, co mu vlastně ta sestřička povídala.

Proto chceme-li, aby sekundární prevence měla význam a byla efektivní, měli bychom se zamyslet nad sebou, nad pacientem samotným a poté nad tím, jak lze sekundární prevenci realizovat. Pacient musí chtít být edukován, musí mít zájem o své zdraví. Potom je možné s ním pracovat na změně životního stylu, odstranění či alespoň eliminování rizikových faktorů. Není-li tomu tak, obíráme o čas sebe i pacienta a vynakládáme zbytečnou energii, jelikož to co děláme, nepřinese kýžený efekt.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je věnována problematice sekundární prevence u kardiologických pacientů. Prvním cílem naší práce bylo zmapovat, jakým způsobem probíhá sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. Druhým cílem bylo zmapovat, jakým způsobem se sestra podílí na sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Třetím a posledním cílem bylo zjistit, jak pacienti dodržují doporučená preventivní opatření. K takto stanoveným cílům jsme zvolili kvalitativní metodu sběru dat s technikou polostrukturovaného rozhovoru. K analýze získaných dat jsme využili techniku otevřeného kódování. Při kategorizaci výsledků rozhovorů se sestrami i s pacienty nám vzniklo 6 kategorií na každé straně. Pro přehlednost byla vytvořena schémata některých kategorií a podkategorií.

Výzkumné šetření, které bylo uskutečněno pro účely této práce, prokázalo, že všechny námi oslovené sestry, respondentky, pohlíží na sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění jako na důležitou, a proto se jí v rámci svého zaměstnání věnují. Prvním krokem v sekundární prevenci je vyhodnocení rizikových faktorů, poté následuje edukace zaměřená na tyto rizikové faktory. Všechny sestry se shodly, že edukují své pacienty písemnou formou prostřednictvím letáčků a brožur. Dále 4 sestry z 8 využívají jako prostředek edukace rozhovor, což považují za nízké číslo. Většina sester se snaží edukovat své pacienty komplexně, tedy zabývá se všemi rizikovými faktory konkrétního pacienta. Sestry v sekundární prevenci hrají zejména roli edukátorky a komunikátorky, tedy tvrdí, že jejich nejdůležitější rolí v prevenci je edukovat a komunikovat s pacienty. Sestry se ve svých odpovědích shodly na tom, že největším problémem v dodržování preventivních opatření u pacientů je úprava stravování. Dále pacientům dle názoru sester dělá nejčastěji problém zanechání kuřáckého návyku či zvýšení pohybové aktivity. Ale pacienti sami sebe hodnotí tím způsobem, že se jim doporučená preventivní opatření dodržovat daří. Pouze jeden pacient uvedl, že je úspěšný na 50 %.

V předložené práci byly splněny všechny tři stanovené cíle. Z výzkumného šetření, tedy z rozhovorů se všemi respondenty, jsme si mohli odpovědět na naše předem stanovené výzkumné otázky. Avšak je jen na svědomí jednotlivých respondentů, jak na sestřích, tak na pacientech, zda nám poskytli pravdivé informace. Ještě jednou připomínám, že respondentům byla zaručena anonymita. I přesto jsem měla pocit, zejména při rozhovorech se sestrami, že informace od některých sester nebyly úplné. Dle mého názoru mi spíše řekly, jak by to mělo vypadat, než jak to doopravdy je. Jinou výzkumnou techniku, například pozorování, za účelem získání pravdivých informací nebylo možné zvolit, jelikož každý praktický lékař i lékař v interní ambulanci má většinou jen jednu sestru, a další osoba navíc, by tedy nebyla příliš vítána.

Tato práce by mohla sloužit studentům zdravotnických oborů jako jakýsi nástin kardiiovaskulární problematiky. Zejména poukázat na důležitost a aktuálnost dané problematiky, potřebu nejen primární prevence, ale prevence sekundární, která je zapotřebí u nemocných s již diagnostikovaným onemocněním. Dále by je mohla obeznámit s nejčastějšími ovlivnitelnými rizikovými faktory kardiiovaskulárních onemocnění. O nástin se jedná z toho důvodu, že není v možnostech této bakalářské práce pojmout hlouběji celou kardiiovaskulární oblast. Výstupem této bakalářské práce je vytvoření informační brožury Rady a doporučení pro pacienty s podezřením na anginu pectoris (viz Příloha 20) a Desatero rad a doporučení pro pacienty s vysokým krevním tlakem (viz Příloha 21).

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

AKTIN. Glykemický index. *Aktin.cz* [online]. ©2010 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://www.aktin.cz/clanek/1019-glykemicky-index>

ASCHERMANN, Michael. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 753 s. ISBN 80-726-2290-0.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BASTABLE, Susan B. *Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 3rd ed. Sudbury: Jones Bartlett Learning, 2008. 667 s. ISBN 978-076-3746-438

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 285 s. ISBN 978-802-4735-573.

ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. 10 leté riziko kardiovaskulárních onemocnění v ČR. *Kardio-cz.cz* [online]. [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=262>

ČEŠKA, Richard. *Interna*. Praha: Triton, 2010, 855 s. ISBN 978-807-3874-230.

DÍTĚ, Petr. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 586 s. ISBN 978-807-2624-966.

GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 237 s. Sestra. ISBN 978-802-4718-682.

HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. 422 s. ISBN 978-802-4732-527.

KARGES, Wolfram J a Sascha al DAHOUK. *Vnitřní lékařství: stručné repetitorium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 426 s. ISBN 978-802-4731-087.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 1158 s. ISBN 978-80-246-1986-6

KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-807-2626-045.

KÚDELOVÁ, Anna a Helena KOŇOŠOVÁ. *Průzkum edukace hypertoniků*. *Sestra*, 2014, č. 1. s. 32 ISSN 1210-0404.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-802-4717-845.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 890 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-802-4723-198

NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.

O'ROURKE, R. A, R. A. WALSH a V. FUSTER. *Kardiologie: Hurstův manuál pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 767 s. ISBN 978-802-4731-759.

RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 317 s. ISBN 978-802-4716-718.

RYBKA, Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 283 s. ISBN 80-247-1612-7.

SOUČEK, MIROSLAV. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 805 s. ISBN 978-802-1054-189.

SOVOVÁ, Eliška. *100 1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-0952-X.

SOVOVÁ, Eliška a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 164 s. ISBN 80-247-1009-9.

SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. 255 s. ISBN 978-80-247-4823-8.

SVAČINA, Štěpán. *Vnitřní lékařství. Obezita a srdce*. 2014. č. 12, s. 1068-1071. ISSN 0042-773X

SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 211 s. ISBN 978-802-4717-777.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 255 s. ISBN 978-80-247-1822-4.

ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. vyd. Praha: Grada, 2013. 336 s. ISBN 978-802-4743-561.

ŠTULC, T., ŠNEJDRLOVÁ, M. a Richard ČEŠKA. *Prevence kardiovaskulárních onemocnění v běžné klinické praxi: lze dosáhnout zlepšení?*. *Vnitřní lékařství*. 2014. č. 11, s. 931-936. ISSN 0042-773X

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, 2012, 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnictví České republiky 2013 ve statistických údajích*. Praha: ÚZIS ČR, 2014. 96 s. ISSN 0862-5883

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 159 s. ISBN 978-802-4747-323.

VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 148 s. ISBN 978-802-4722-474.

WIDIMSKY, Jiří. *Dieta při kardiovaskulárních onemocnění*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 80 s. ISBN 978-80-7254-013-6.

WIDIMSKY, Petr. *Klasifikace a definice akutních koronárních syndromů- čas na změnu?*. Cor et Vasa. 2014, č. 6, s. 279. ISSN 0010-8650.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M. a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-802-4720-685.

ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ. Fagerströmův test nikotinové závislosti. *Zdrav.cz [online]*. ©2003 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z:
<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=4442>

ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ, L. a Rostislav ČEVELA. *Základy posuzování invalidity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 357 s. ISBN 978-802-4735-351.

ŽÁK, Aleš a Jaroslav MACÁŠEK. *Ateroskleróza: nové pohledy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 183 s. ISBN 978-802-4730-523.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Počet zemřelých na daná onemocnění v České republice v roce 2013

Příloha 2 Standardizovaná úmrtnost v České republice v roce 2013

Příloha 3 Úmrtnost na onemocnění oběhové soustavy v České republice v roce 2013

Příloha 4 Počet hospitalizovaných na nemoci oběhové soustavy v České republice za rok 2013

Příloha 5 Průměrná ošetrovací doba nemocných s nemocemi oběhové soustavy v České republice za rok 2013

Příloha 6 Počet nemocných dispenzarizovaných pro nemoci oběhové soustavy u praktických lékařů za rok 2013 v rámci Jihočeského kraje

Příloha 7 Počet nemocných dispenzarizovaných pro nemoci oběhové soustavy u praktických lékařů pro rok 2013 v rámci Českých Budějovic

Příloha 8 Vývoj aterosklerózy

Příloha 9 Aterosklerotický plát

Příloha 10 Neovlivnitelné a ovlivnitelné rizikové faktory aterosklerózy

Příloha 11 Kategorizace krevního tlaku

Příloha 12 Tabulka absolutního rizika jedince pro fatální kardiovaskulární příčiny

Příloha 13 Klasifikace tělesné hmotnosti dle Body Mass Index

Příloha 14 Tabulka hodnot hladiny tuků v krvi

Příloha 15 Glykemický index vybraných potravin

Příloha 16 Fagerströmův test nikotinové závislosti

Příloha 17 Fáze ošetrovatelského a edukačního procesu

Příloha 18 Otázky k rozhovorům pro pacienty

Příloha 19 Otázky k rozhovorům pro všeobecné sestry

Příloha 20 Metodický postup pro pacienty s anginou pectoris

Příloha 21 Metodický postup pro pacienty s vysokým krevním tlakem

Příloha 22 Přepisy rozhovorů s jednotlivými respondenty

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Počet zemřelých na daná onemocnění v České republice v roce 2013

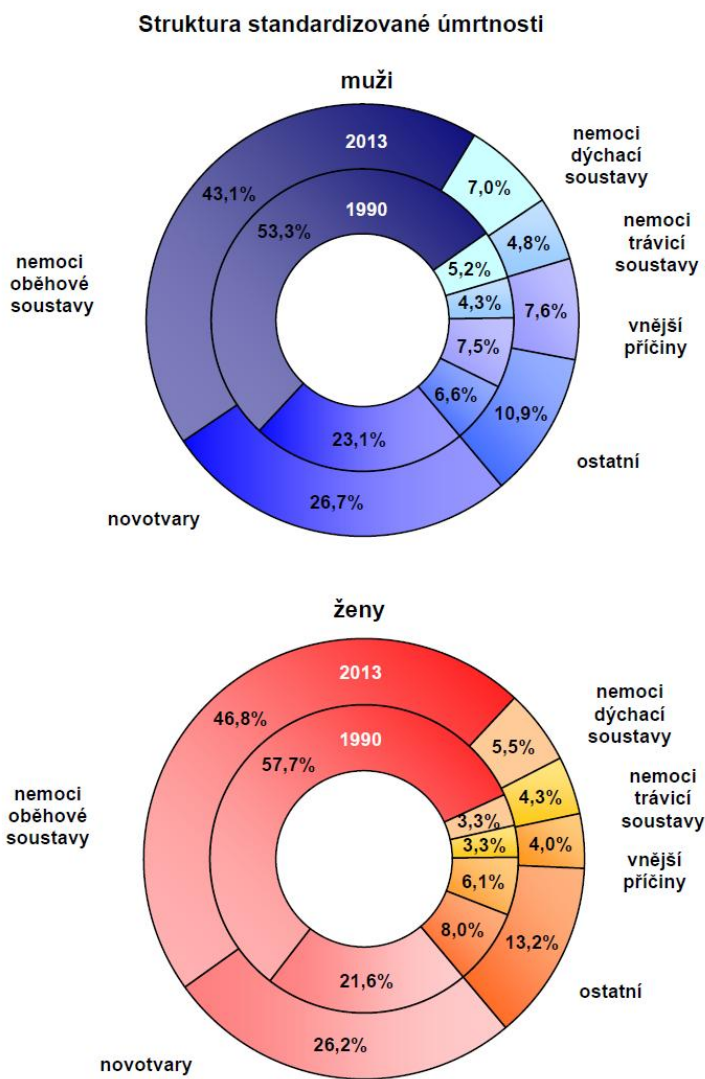
Tab. 1.6 Zemřelí a úmrtnost podle příčin smrti

Kapitola (MKN 10)	Zemřelí		
	muži	ženy	celkem
I. Některé infekční a parazitární nemoci	696	843	1 539
II. Novotvary	15 208	12 241	27 449
III. Nemoci krve, krevtovorných orgánů a některé poruchy mechanismu imunity	94	110	204
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	1 914	2 372	4 286
V. Poruchy duševní a poruchy chování	478	708	1 186
VI. Nemoci nervové soustavy	1 163	1 438	2 601
VII. Nemoci oka a očních adnex	-	-	-
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	3	-	3
IX. Nemoci oběhové soustavy	23 701	28 030	51 731
X. Nemoci dýchací soustavy	3 853	2 980	6 833
XI. Nemoci trávicí soustavy	2 609	1 998	4 607
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	59	78	137
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	66	107	173
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	516	649	1 165
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	x	1	1
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	83	55	138
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	96	87	183
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	711	615	1 326
XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti (= XIX. Poranění a otravy)	3 848	1 750	5 598
Celkem	55 098	54 062	109 160

Zdroj:

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 18

Příloha 2 Standardizovaná úmrtnost v České republice v roce 2013



Zdroj:

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 17

Příloha 3 Úmrtnost na onemocnění oběhové soustavy v České republice v roce 2013

Tab. 1.6 Zemřelí a úmrtnost podle příčin smrti

Úmrtnost na 100 000 obyvatel			Standardizovaná úmrtnost			Kapitola (MKN 10)
muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	
13,5	15,8	14,6	11,4	8,0	9,5	I.
294,6	228,8	261,2	237,8	140,5	181,0	II.
1,8	2,1	1,9	1,6	1,1	1,3	III.
37,1	44,3	40,8	30,4	22,3	25,9	IV.
9,3	13,2	11,3	8,0	6,2	7,1	V.
22,5	26,9	24,7	19,1	14,8	16,7	VI.
-	-	-	-	-	-	VII.
0,1	-	0,0	0,1	-	0,0	VIII.
459,2	524,0	492,2	384,7	251,0	309,7	IX.
74,6	55,7	65,0	62,1	29,4	42,6	X.
50,5	37,4	43,8	42,6	22,8	32,1	XI.
1,1	1,5	1,3	0,9	0,8	0,8	XII.
1,3	2,0	1,6	1,1	1,2	1,2	XIII.
10,0	12,1	11,1	8,5	6,1	7,0	XIV.
x	0,0	0,0	x	0,0	0,0	XV.
1,6	1,0	1,3	2,4	1,7	2,0	XVI.
1,9	1,6	1,7	2,1	1,8	1,9	XVII.
13,8	11,5	12,6	12,1	6,8	9,4	XVIII.
74,6	32,7	53,3	67,4	21,4	43,5	XX.
1 067,5	1 010,7	1 038,6	892,2	535,8	691,9	Celkem

Zdroj:

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 19

Příloha 4 Počet hospitalizovaných na nemoci oběhové soustavy v České republice za rok 2013

Tab. 2.10 Hospitalizovaní v nemocnicích podle příčin hospitalizace *)

Kapitola (MKN 10)	Počet případů hospitalizace absolutně		
	muži	ženy	celkem
I. Některé infekční a parazitární nemoci	27 267	28 772	56 039
II. Novotvary	86 062	90 739	176 801
III. Nemoci krve, krevetvorných orgánů a některé poruchy mechanismu imunity	6 281	8 110	14 391
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	25 212	33 538	58 750
V. Poruchy duševní a poruchy chování	17 333	17 808	35 141
VI. Nemoci nervové soustavy	32 292	29 210	61 502
VII. Nemoci oka a očních adnex	10 172	12 648	22 820
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	7 941	8 819	16 760
IX. Nemoci oběhové soustavy	166 523	142 375	308 898
X. Nemoci dýchací soustavy	83 890	67 159	151 049
XI. Nemoci trávicí soustavy	103 553	99 233	202 786
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	15 193	13 653	28 846
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	73 924	94 641	168 565
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	59 820	119 659	179 479
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	x	161 437	161 437
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	10 156	8 412	18 568
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	7 091	5 074	12 165
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	41 597	47 894	89 491
XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	107 638	90 023	197 661
XXI. Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami	109 913	173 089	283 002
Celkem ¹⁾	991 859	1 252 295	2 244 154

*) předběžné údaje

¹⁾ včetně 3 případů hospitalizace pro dg. z XXII. kapitoly Kódy pro speciální účely

Zdroj:

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 42

Příloha 5 Průměrná ošetrovací doba nemocných s nemocemi oběhové soustavy v České republice za rok 2013

Tab. 2.10 Hospitalizovaní v nemocnicích podle příčin hospitalizace *)

Kapitola (MKN 10)	Průměrná ošetrovací doba ve dnech		
	muži	ženy	celkem
I. Některé infekční a parazitární nemoci	7,9	7,5	7,7
II. Novotvary	6,8	6,4	6,6
III. Nemoci krve, krevtovorných orgánů a některé poruchy mechanismu imunity	6,4	6,9	6,7
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	7,4	7,0	7,2
V. Poruchy duševní a poruchy chování	11,5	15,2	13,4
VI. Nemoci nervové soustavy	6,4	7,3	6,8
VII. Nemoci oka a očních adnex	3,4	3,2	3,3
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	4,5	5,0	4,7
IX. Nemoci oběhové soustavy	7,4	9,3	8,3
X. Nemoci dýchací soustavy	6,6	6,8	6,7
XI. Nemoci trávicí soustavy	5,5	5,7	5,6
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	8,6	9,0	8,8
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	5,9	6,8	6,4
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	5,0	3,7	4,2
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	x	4,2	4,2
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	10,4	11,0	10,6
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	4,8	5,1	4,9
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	4,6	4,9	4,8
XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	5,7	8,3	6,9
XXI. Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami	5,9	5,4	5,6
Celkem ¹⁾	6,4	6,3	6,3

*) předběžné údaje

¹⁾ včetně 3 případů hospitalizace pro dg. z XXII. kapitoly Kódy pro speciální účely

Zdroj:

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 43

Příloha 6 Počet nemocných dispenzarizovaných pro nemoci oběhové soustavy u praktických lékařů za rok 2013 v rámci Jihočeského kraje

Zdravotnictví - Jihočeský kraj

73 Lékaři, vč. zubních lékařů (PP) - pokračování			120 Prům. měs. plat v Kč (dle platných předpisů o platu)	
81 Ambulantní péče (vč. SVLS) celkem	1 877,45		121 Celkem	31 126
v tom:			z toho:	
82 ambulantní části nemocnic	470,63		122 lékaři a zubní lékaři	52 627
83 ambulantní části ost. lůžkových zařízení	2,26		123 všeobecné sestry a porodní asistentky	26 124
84 samostatná ambulantní zařízení celkem	1 404,56		124 ost.zdrav.prac. nelékaři s odb.způsobností	37 100
z toho:			125 Prům. měs. mzda v Kč (dle platných předpisů o mzdě)	
85 praktičtí lékaři pro dospělé	318,36		126 Celkem	27 464
86 praktičtí lékaři pro děti a dorost	123,41		z toho:	
87 praktičtí zubní lékaři	381,23		127 lékaři a zubní lékaři	58 436
88 praktičtí ženští lékaři	78,30		128 všeobecné sestry a porodní asistentky	24 408
89 lékaři specialisté (vyjma SVLS)	334,91		129 ost.zdrav.prac. nelékaři s odb.způsobností	24 341
90 Společ. vyšetřovací a léčebné složky (SVLS)	179,80		130 Počet ambulantních ošetření (bez SVLS, ZZS a AR)	
91 Ostatní zdravotnická zařízení	107,25		131 Ošetření (vyšetření) v ambulantní péči	7 905 206
92 Evidenční počet zaměstnanců a zaměstnavatelé (PP)			132 na 1 obyvatele	12,4
93 Pracovníci celkem	12 263,19		133 Zdravotní stav	
v tom:			134 Hospitalizovaní v nem. na 100 000 obyv.	20 554
94 lékaři	1 969,48		135 Pracovní neschopnost	
95 zubní lékaři	404,10		136 poč. hlášených případů na 100 nem. poj.	34,3
96 farmaceuti	319,89		137 průměrné % pracovní neschopnosti	4,354
97 ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	7 889,94		138 Nově hlášená vybraná onemocnění	
v tom:			139 jiné infekce způsob. salmonelami (A02)	847
98 ZPBD	5 681,50		140 TBC celkem (A15-19)	22
z toho:			└ z toho: dýchacího ústrojí (A15-16)	19
99 všeobecné sestry a porodní asistentky	4 306,32		142 syfilis (A50-53)	55
100 ZPSZ	487,51		143 gonokoková infekce (A54)	41
101 ZPOD	1 523,00		144 virová encefalitida přen. klišťaty (A84)	126
102 jiní odborní pracovníci (JOP) a dentisté	197,93		145 infekční mononukleóza (B27)	152
103 pedagogičtí pracovníci	3,50		146 bakteriální meningitida (G00)	7
104 technicko-hospodářští pracovníci (THP)	700,03		147 Nově hlášené případy zhoub. novotvarů a novotvarů in situ (C00-97, D00-09) (r.2011)	5 360
105 dělníci a provozní pracovníci	976,25		z toho:	
106 Smluvní pracovníci (PP) ve zdravotnictví			148 ZN plic - muži (C33-34)	299
107 Pracovníci celkem	457,34		149 ZN prsu - ženy (C50)	379
v tom:			150 ZN kolorekta - muži (C18-21)	318
108 lékaři	234,31		151 ZN kolorekta - ženy (C18-21)	201
109 zubní lékaři	4,52		152 Počet živé naroz. dětí s vroz. vadou (r.2012)	298
110 farmaceuti	10,64		153 Počet dispenzar. onemocnění dětí a dorostu	59 056
111 ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	137,67		154 Počet dispenzarizovaných u PL pro dospělé pro:	
v tom:			155 hypertenzní nemoci (I10-15)	119 370
112 ZPBD	100,79		156 ischemické nemoci srdeční (I20-25)	45 583
z toho:			157 cévní nemoci mozku (I60-69)	14 134
113 všeobecné sestry a porodní asistentky	74,44		158 Počet léčených diabetiků k 31.12.	54 522
114 ZPSZ	6,77			
115 ZPOD	29,78			
116 jiní odborní pracovníci (JOP) a dentisté	0,33			
117 pedagogičtí pracovníci	-			
118 technicko-hospodářští pracovníci (THP)	23,81			
119 dělníci a provozní pracovníci	46,39			

Zdroj:

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 17

Příloha 7 Počet nemocných dispenzarizovaných pro nemoci oběhové soustavy u praktických lékařů pro rok 2013 v rámci Českých Budějovic

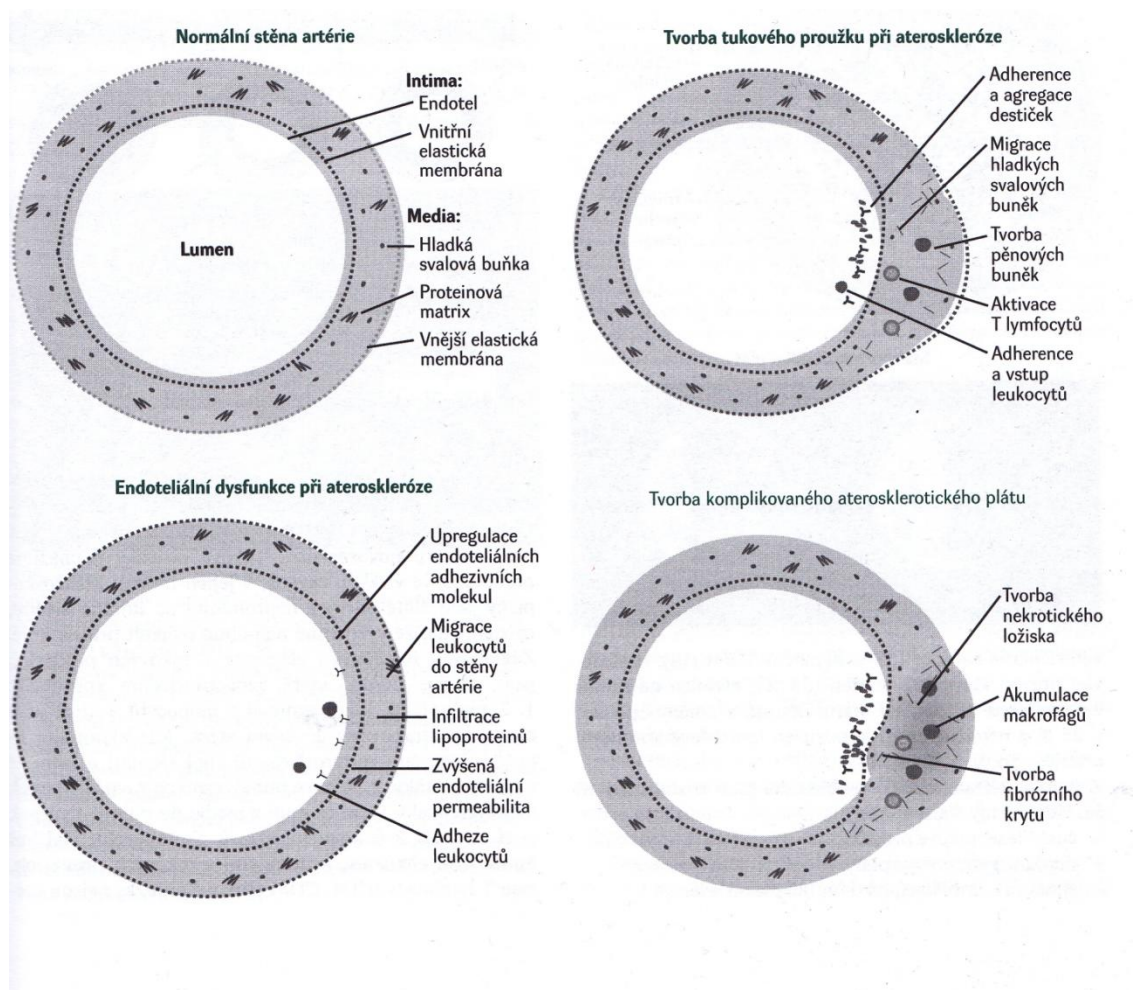
Zdravotnictví okresu České Budějovice

73 Lékaři, vč. zubních lékařů (PP) - pokračování		120 Prům. měs. plat v Kč (dle platných předpisů o platu)	
81	Ambulantní péče (vč. SVLS) celkem	691,32	121 Celkem
	v tom:		z toho:
82	ambulantní části nemocnic	198,75	122 lékaři a zubní lékaři
83	ambulantní části ost. lůžkových zařízení	0,10	123 všeobecné sestry a porodní asistentky
84	samostatná ambulantní zařízení celkem	492,47	124 ost.zdrav.prac. nelékaři s odb.způsobností
	z toho:		125 Prům. měs. mzda v Kč (dle platných předpisů o mzdě)
85	praktičtí lékaři pro dospělé	93,41	126 Celkem
86	praktičtí lékaři pro děti a dorost	35,00	z toho:
87	praktičtí zubní lékaři	128,35	127 lékaři a zubní lékaři
88	praktičtí ženští lékaři	24,33	128 všeobecné sestry a porodní asistentky
89	lékaři specialisté (vyjma SVLS)	127,86	129 ost.zdrav.prac. nelékaři s odb.způsobností
90	Společ. vyšetřovací a léčebné složky (SVLS)	80,22	130 Počet ambulantních ošetření (bez SVLS, ZZS a AR)
91	Ostatní zdravotnická zařízení	105,30	131 Ošetření (vyšetření) v ambulantní péči
92 Evidenční počet zaměstnanců a zaměstnavatelé (PP)			2 693 656
93	Pracovníci celkem	4 719,24	132 na 1 obyvatele
	v tom:		133 Zdravotní stav
94	lékaři	794,22	134 Hospitalizovaní v nem. na 100 000 obyv.
95	zubní lékaři	137,42	135 Pracovní neschopnost
96	farmaceuti	110,36	136 poč. hlášených případů na 100 nem. poj.
97	ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	3 229,04	137 průměrné % pracovní neschopnosti
	v tom:		138 Nově hlášená vybraná onemocnění
98	ZPBD	2 305,13	139 jiné infekce způsob. salmonelami (A02)
	z toho:		140 TBC celkem (A15-19)
99	všeobecné sestry a porodní asistentky	1 610,62	141 z toho: dýchacího ústrojí (A15-16)
100	ZPSZ	188,54	142 syfilis (A50-53)
101	ZPOD	579,77	143 gonokoková infekce (A54)
102	jiní odborní pracovníci (JOP) a dentisté	155,60	144 virová encefalitida přen. klíšťaty (A84)
103	pedagogičtí pracovníci	0,50	145 infekční mononukleóza (B27)
104	technicko-hospodářští pracovníci (THP)	248,87	146 bakteriální meningitida (G00)
105	dělníci a provozní pracovníci	198,83	147 Nově hlášené případy zhoub. novotvarů a novotvarů in situ (C00-97, D00-09) (r.2011)
106 Smluvní pracovníci (PP) ve zdravotnictví			z toho:
107	Pracovníci celkem	173,04	148 ZN plic - muži (C33-34)
	v tom:		149 ZN prsu - ženy (C50)
108	lékaři	98,76	150 ZN kolorekta - muži (C18-21)
109	zubní lékaři	2,52	151 ZN kolorekta - ženy (C18-21)
110	farmaceuti	6,52	152 Počet živě naroz. dětí s vroz. vadou (r.2012)
111	ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	45,93	153 Počet dispenzar. onemocnění dětí a dorostu
	v tom:		154 Počet dispenzarizovaných u PL pro dospělé pro:
112	ZPBD	38,06	155 hypertenzní nemoci (I10-15)
	z toho:		33 429
113	všeobecné sestry a porodní asistentky	29,55	156 ischemické nemoci srdeční (I20-25)
114	ZPSZ	2,15	11 518
115	ZPOD	5,72	157 cévní nemoci mozku (I60-69)
116	jiní odborní pracovníci (JOP) a dentisté	-	4 756
117	pedagogičtí pracovníci	-	158 Počet léčených diabetiků k 31.12.
118	technicko-hospodářští pracovníci (THP)	8,71	16 134
119	dělníci a provozní pracovníci	10,60	

Zdroj:

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 19

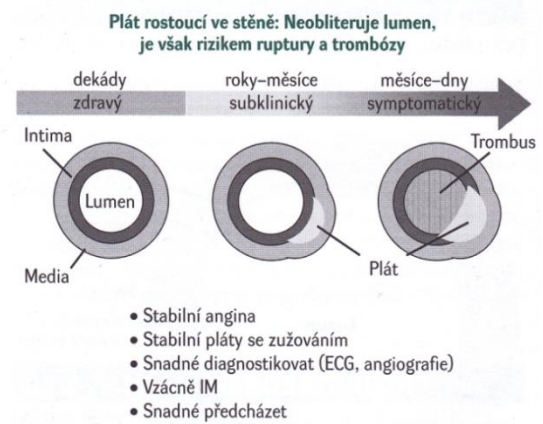
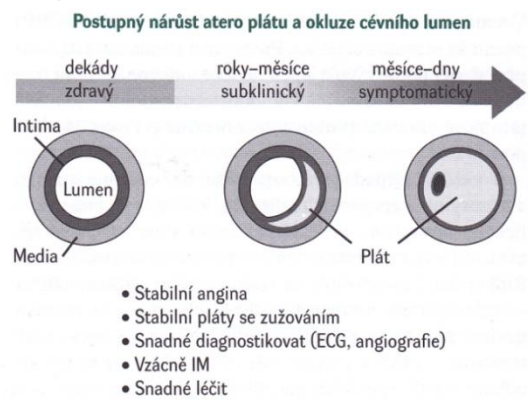
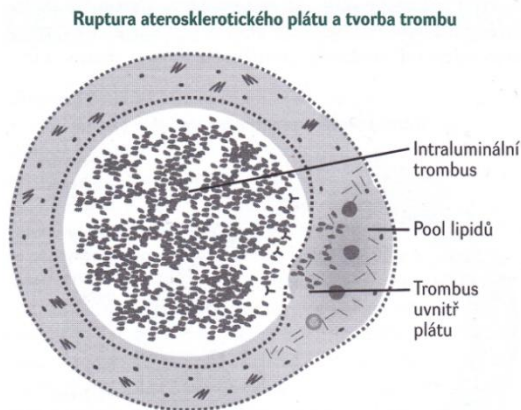
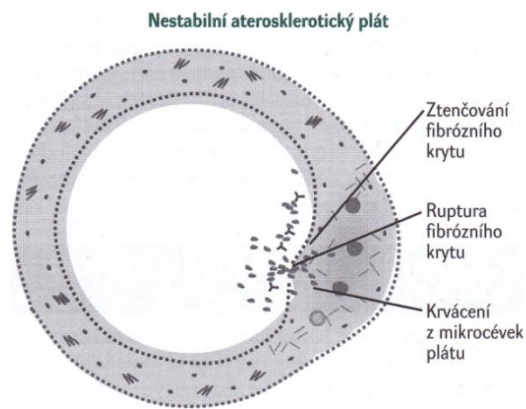
Příloha 8 Vývoj aterosklerózy



Zdroj

Češka, 2010, s. 61

Příloha 9 Aterosklerotický plát



Zdroj

Česka, 2010, s. 62

Příloha 10 Neovlivnitelné a ovlivnitelné rizikové faktory aterosklerózy

Tab. 2.1 Základní rizikové faktory aterosklerózy

modifikovatelné rizikové faktory	nemodifikovatelné rizikové faktory
hypercholesterolemie (LDL-cholesterol)	věk > 45 let muži > 55 let ženy
kouření	rodinná anamnéza předčasné ICHS**
hypertenze	mužské pohlaví
diabetes mellitus (inzulinorezistence, hyperinzulinemie)	
fyzická inaktivita	
obezita*	

*Obezita někdy nebývá považována za samostatný rizikový faktor, protože její vliv se může projevovat zprostředkovaně indukcí hypertenze, dyslipidemie a diabetes mellitus.

**Předčasná ICHS je definována jako výskyt ICHS u prvostupňových příbuzných (sourozenci, rodiče), u mužů < 55 let věku, u žen < 65 let věku.

Zdroj:

Souček, 2011, s. 34

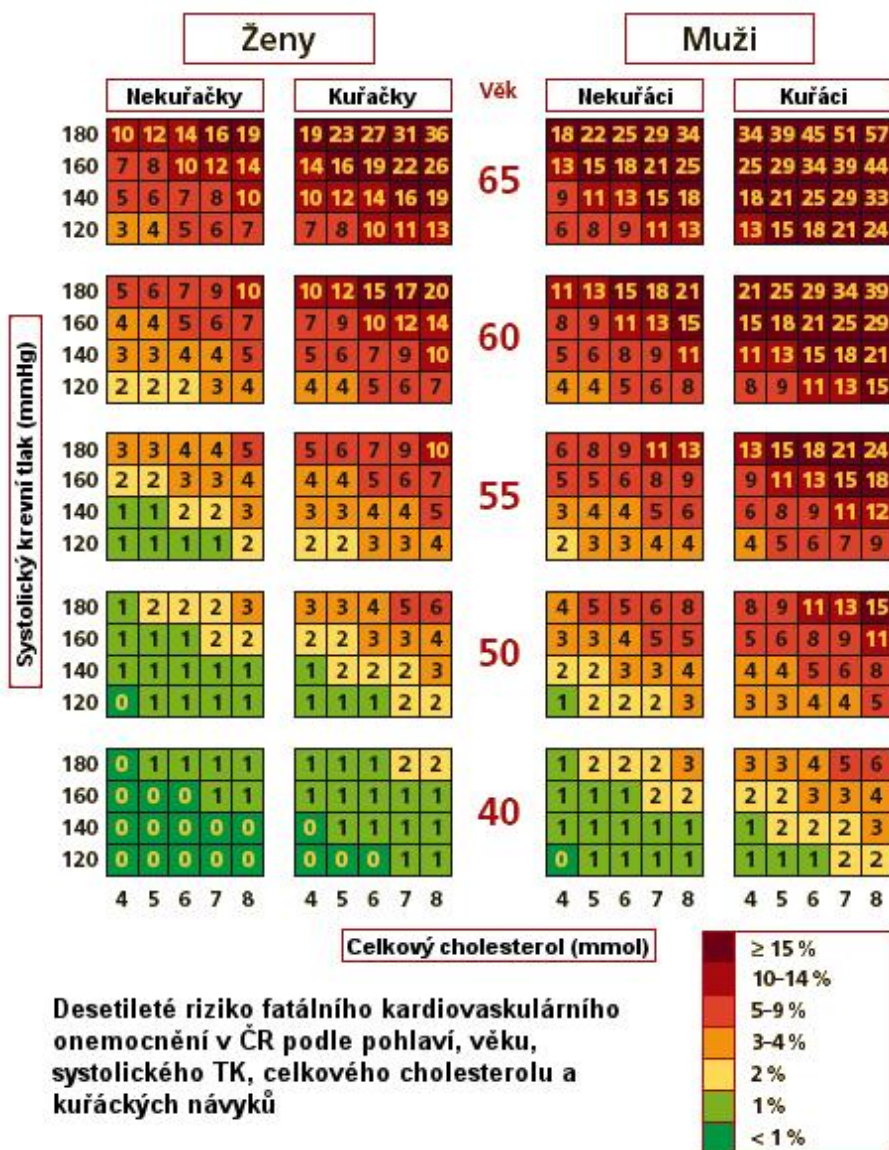
Příloha 11 Kategorizace krevního tlaku

kategorie	systolický tlak [mm Hg]	diastolický tlak [mm Hg]
optimální	< 120	< 80
normální	120–129	80–84
vysoký normální	130–139	85–89
hypertenze 1. stupně (mírná)	140–159	90–99
hypertenze 2. stupně (středně závažná)	160–179	100–109
hypertenze 3. stupně (závažná)	≥ 180	≥ 110
izolovaná systolická hypertenze	≥ 140	< 90

Zdroj:

Souček, 2011, s. 41

Příloha 12 Tabulka absolutního rizika jedince pro fatální kardiovaskulární příčiny



Zdroj:

Česká kardiologická společnost: www.kardio-cz.cz

Příloha 13 Klasifikace tělesné hmotnosti dle Body Mass Index

<i>Stupeň</i>	<i>BMI (kg/m²)</i>	<i>Riziko komplikací</i>
podváha	< 18,5	vysoké
normální hmotnost	18,5–24,9	průměrné
nadváha	25,0–29,9	mírně zvýšené
obezita 1. stupně	30,0–34,9	střední
obezita 2. stupně	34,9–39,9	vysoké
obezita 3. stupně	≥ 40	velmi vysoké

Zdroj:

Špinar, Vítovec, 2007, s. 43

Příloha 14 Tabulka cílových hodnot tuků v krvi v sekundární prevenci

	Cílové hodnoty
Celkový cholesterol	< 4,5 mmol/l
HDL cholesterol	< 2,5 mmol/l
LDL cholesterol	ženy: > 1,2 mmol/l
	muži: > 0,9 mmol/l
Triglyceridy	< 1,7 mmol/l

Zdroj:

Vlastní

Příloha 15 Glykemický index vybraných potravin

GLYKEMICKÝ INDEX		
VYSOKÝ	STŘEDNÍ	NÍZKÝ
jasminová rýže	makovec	grapefruit
bílá houska	zmrzlina	mléko
americká limonáda	tvářohové knedlíky	jablko
meloun	vanilkové sójové mléko	bílý jogurt
amarant	Bebe čokoládové	hrášek
kukuřičné lupínky	dýňová polévka	špenát
čokoládové cereálie	banán	jahody
datle	ovocný jogurt	cottage sýr
bramborová kaše	celozrnné pečivo	ratatouille

Zdroj:

<http://www.aktin.cz/clanek/1019-glykemicky-index>

Příloha 16 Fagerströmův test nikotinové závislosti

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

do 5 minut3 body
za 6 – 30 minut2 body
po 31- 60 minut1 bod
po 60 ti minutách0 bodů

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

ano 1 bod
ne 0 bodů

3. Kterou cigaretu byste nerad postrádal?

první ráno 1 bod
kteroukoliv jinou 0 bodů

4. Kolik cigaret denně kouříte?

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

5. Kouříte častěji během dopoledne?

ano1 bod
ne0 bodů

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

ano1 bod
ne0 bodů

Vyhodnocení:

Součet bodů

0-1 žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu

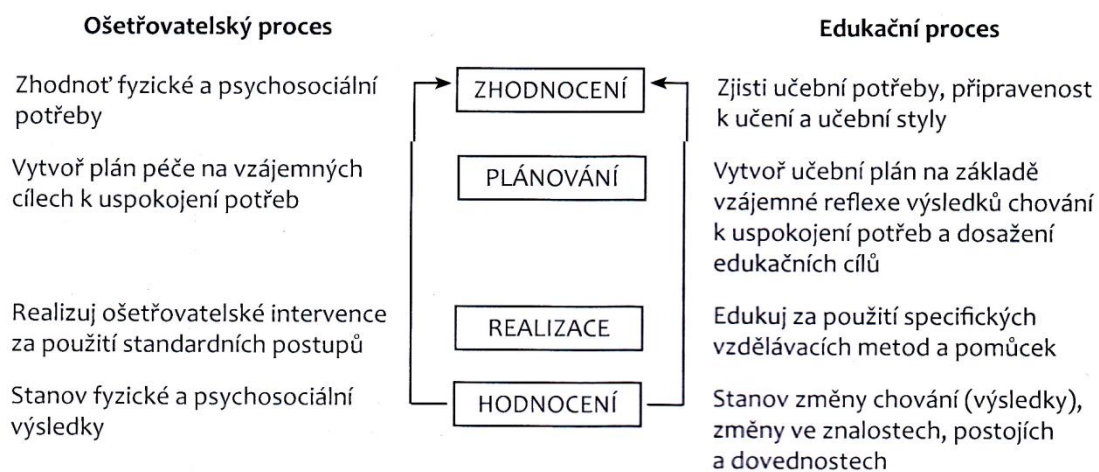
2-4 střední

5-10 silná závislost na nikotinu

Zdroj:

<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=4442>

Příloha 17 Fáze ošetřovatelského a edukačního procesu



Zdroj:

Bastable, 2008, s. 12

Příloha 18 Otázky k rozhovorům pro pacienty

1. Informační údaje (věk, pohlaví, onemocnění, délka onemocnění, kouření)
2. Co změnilo Vaše onemocnění v souvislosti s životním stylem?
3. Co Vám bylo od sestry doporučeno?
4. Myslíte si, že Vám sestra poskytla užitečné informace?
5. Jak byste zhodnotil/a přístup sestry v problematice, jak předcházet komplikacím Vašeho onemocnění?
6. Jak se Vám daří dodržovat doporučení?
7. Co Vám dělalo potíže ve změně v životním stylu? A naopak, co pro Vás bylo zvládnutelné?
8. Co Vás nejvíce motivuje k dodržování preventivních opatření?
9. Navštěvujete jiné odborné specialisty?(např. výživové poradce)
10. Je něco, co byste mohl/a vyzdvihnout či naopak negativně ohodnotit v přístupu sestry k prevenci Vašeho onemocnění? A jak byste ohodnotila sestru?

Zdroj: Vlastní

Příloha 19 Otázky k rozhovorům pro všeobecné sestry

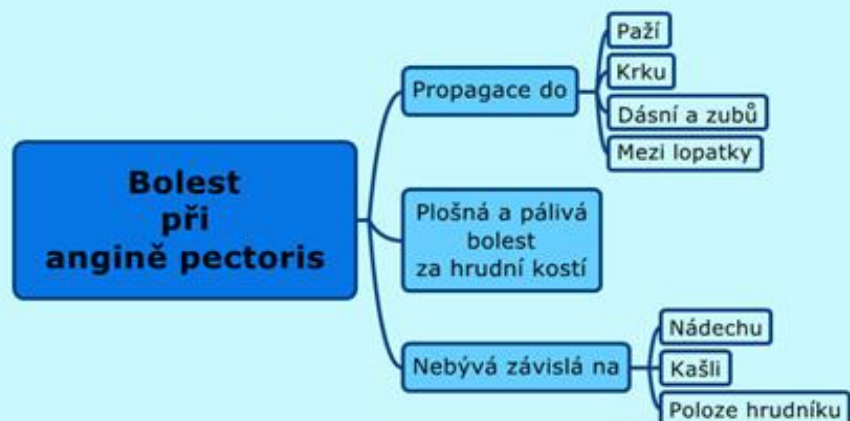
1. Informační údaje (věk, dosažené vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví, délka praxe u současného zaměstnavatele)
2. Jaký máte názor na sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění?
3. Jak pohlížíte na sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění v rámci Vaší ordinace?
4. Co využíváte k hodnocení kardiovaskulárních rizik Vašich pacientů?
5. Jaký rizikový faktor je dle Vašeho názoru nejdůležitější?
6. V čem vidíte Vaši úlohu v sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění?
7. Jaká úloha sestry je podle Vás nejdůležitější?
8. Jaké používáte pomůcky či výukové prostředky v sekundární prevenci?
9. Jakou metodu využíváte k edukaci Vašich pacientů v sekundární prevenci?
10. Jaké oblasti se věnujete v sekundární prevenci?
11. Co podle Vašeho názoru dělá pacientům největší problém s dodržováním preventivních opatření?
12. Dostává se Vám zpětné vazby o dodržování či nedodržování preventivních opatření?
13. Jak byste hodnotila úroveň poskytované preventivní péče?
14. Je něco co byste chtěla změnit, zlepšit, či dělat jinak?
15. Jakou oblast byste pozitivně hodnotila v preventivní péči?

Zdroj: Vlastní

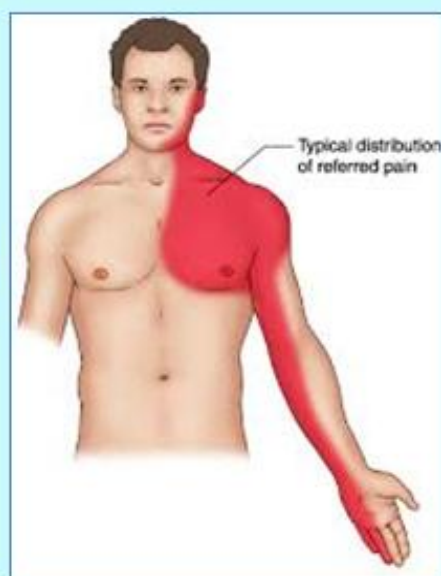
Rady a doporučení pro nemocné s podezřením na anginu pectoris

1. **Angina pectoris je bolest na hrudníku srdečního původu, jejíž příčinou je obvykle významné zúžení věnčitých tepen.**
2. Je dvojího druhu. Jednak **stabilní** angina pectoris a **nestabilní** angina pectoris. Vždy se jedná o závažný stav, především u nestabilní anginy pectoris.
3. Vzhledem k tomu, že bolest **na hrudníku je častým příznakem nejrůznějších nemocí**, jsou důležité charakteristiky bolesti na hrudi při angině pectoris.

Tyto charakteristiky jsou následující: plošná, pálivá bolest za hrudní kostí s propagací do paží (obvykle levé), dále propagace může být do krku, dásní, zubů a mezi lopatky. Nebývá závislá na nádechu, kašli či poloze hrudníku. Bolest může být spojena s dušností, úzkostí, nevolí, zvracení. Trvá obvykle v minutách až desítkách minut. U stabilní anginy pectoris je bolest obvykle námahová, u nestabilní je klidová, obvykle alespoň částečně reaguje na podání nitroglycerínu.



Typická propagace bolestí při angině pectoris:



4. Nestabilní angina pectoris se může vyvinout do akutního infarktu myokardu a může to být první potíže v životě.

5. **Angina pectoris je vždy závažný stav, v případě nestabilní anginy pectoris život ohrožující.**

Její příznaky by neměl nemocný nikdy podceňovat a vždy by měl tento stav konzultovat s lékařem při déletrvajícím náhle vzniklé bolesti na hrudi.

6. V léčbě rozhoduje čas a jediné správná léčba může zabránit vzniku srdečního infarktu.
7. Při léčbě akutního infarktu myokardu, který může angině pectoris předcházet, rozhodují minuty. Po 6 hodinovém trvání je léčba obvykle bezvýznamná.

„Bolest na hrudníku by měla znamenat nepodceňování a konzultaci s lékařem.“

Použité informační prameny

Disability Guidelines [online]. 1991-2015. [cit. 2015-04-16].

Dostupné z WWW: <http://www.mdguidelines.com/angina-pectoris>

ROSOLOVÁ, Hana. *Preventivní kardiologie: v kostce*. 1. vyd.

Praha: Axonite, 2013. 248 s. ISBN 978-80-904899-5-0

Desatero rad a doporučení pro pacienty s vysokým krevním tlakem

1. Vysoký krevní tlak neboli hypertenze je nejčastější kardiovaskulární problém, kterým trpí 30% populace. Jedná se tedy o velmi časté onemocnění.
2. Z počátku probíhá v naprosté většině bez příznaků



MUSÍ SE TEDY AKTIVNĚ VYHLEDÁVAT!!!

3. **Zjištění hypertenze je jednoduché**- jedná se o změření krevního tlaku.
4. Měření tlaku krve musí být součástí prvního kontaktu každého lékaře s pacientem. Nejčastější kontakt pacienta s lékařem je v primární péči.

Měření tlaku krve je tedy nutností **především pro praktické lékaře.**
5. V praxi to znamená, že každý lékař primárního kontaktu musí svému pacientovi změřit tlak krve a to **podle doporučených postupů.**

6. **Praktický postup při měření tlaku krve:**

- Před měřením tlaku krve alespoň 10 minut vsedě odpočívejte.
- Zaujměte polohu vsedě s opřenými zády a podepřenou paží, která by měla být v úrovni srdce, obě nohy nechte volně položené, nezkřížené na zemi. Měření krevního tlaku lze provést na obou horních končetinách. Avšak se doporučuje určit, ve které paži se naměří vyšší krevní tlak, tato paže by se pak měla používat.
- Vyhrňte si rukáv, dejte si na paži manžetu tonometru tak, aby okraj manžety končil cca 2 centimetry nad loketní jamkou. Hadička vedoucí od manžety leží uprostřed ohnutého lokte.
- Během měření se nehýbejte a nemluvte.



Obr. 1 Měření krevního tlaku pažním tlakoměrem

7. Ideální je, aby každý pacient užívající léky na vysoký krevní tlak měl možnost **domácího změření tlaku** a znal jeho normální a zvýšené hodnoty.

Kategorie	Systolický tlak	Diastolický tlak
Optimální	< 120	< 80
Normální	120- 129	80-84
Vysoký normální	130-139	85-89
Mírná hypertenze	140-159	90-99
Středně závažná hypertenze	160-179	100-109
Závažná hypertenze	≥ 180	≥ 110
Izolovaná systolická hypertenze	≥ 140	< 90

Tab. 1 Klasifikace krevního tlaku

Pravidelné měření krevního tlaku ve vašem domácím prostředí se zaznamenáváním si hodnot pomáhá Vašemu ošetřujícímu lékaři zjistit, jaké hodnoty krevního tlaku máte v domácím prostředí, tedy jak dobře jste léčeni. Hodnoty krevního tlaku závisí nejen na psychickém a fyzickém stavu, ale také na množství vypitých tekutin a na změnách počasí. Proto jsou důležité průměrné hodnoty Vašeho krevního tlaku.

Nikdy si neměňte sami léčbu, každou změnu léčby by měl stanovit Váš ošetřující lékař!!!

8. Nemocný by měl být informován o příznacích, které způsobuje dlouhodobě neléčený vysoký krevní tlak. Jsou to příznaky pozdní a znamenají většinou pokročilé postižení a orgánové poškození plynoucí z neléčené hypertenze.

Obvykle to bývají tyto příznaky:



9. Vzhledem k tomu, že **vysoký krevní tlak neboli** je léčba nemocnými často podceňována a nedodržována. Vedle úpravy a dodržování životosprávy je v naprosté většině případů potřebná léčba léky.

Léčba je dlouhodobá, prakticky celoživotní. V průběhu nemoci je potřebná úprava léčby.

Úprava životosprávy:



Jak zjistíte, jaká hmotnost je pro Vás optimální?

Vypočtete si Body Mass Index = BMI:

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost}}{\text{výška} * \text{výška}}$$

poz. hmotnost v kilogramech, výška v metrech

Získanou hodnotu porovnejte s tabulkou.

Stupeň	BMI	Riziko komplikací
podváha	< 18,5	vysoké
normální hmotnost	18,5-24,9	průměrné
nadváha	25,0-29,9	mírně zvýšené
obezita 1. Stupně	30,0-34,9	střední
obezita 2. Stupně	35-39,9	vysoké
obezita 3. Stupně	≥ 40	velmi vysoké

Tab. 2 Klasifikace tělesné hmotnosti dle BMI

Farmakoterapie:

Je zcela nezbytné pravidelné užívání léků, což velká část nemocných nedodrží. Změnu či úpravu dávek léků provádí ošetřující lékař.

10. Důležitá je důvěra a kontakt nemocného a ošetřujícího lékaře.

„Vysoký krevní tlak nebolí, proto je důležité vyhledávání nemocných, tedy prevence v podobě častého měření tlaku krve.“

Použité informační prameny

Disability Guidelines [online]. 1991-2015. [cit. 2015-04-16].

Dostupné z WWW: <http://www.mdguidelines.com/angina-pectoris>

Česká společnost pro hypertenzi [online]. 2015. [cit. 2015-04-16].

Dostupné z WWW: <http://www.hypertension.cz/pro-pacienty-1404042140.html>

ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd.

Praha: Grada Publishing, 2007. 225s. ISBN 978-80-247-1822-4.

HARTMANN [online]. 2015. [cit. 2015-04-16].

Dostupné z WWW: [http:// cz.hartmann.info/26425.php](http://cz.hartmann.info/26425.php)

BMI Kalkulačka [online]. 2015. [cit. 2015-04-16].

Dostupné z WWW: <http://www.bmi-kalkulačka.cz/bmi-index>

Příloha 22 Přepisy rozhovorů s jednotlivými respondenty

Přepisy rozhovorů jsou umístěny na kompaktním disku, který je přiložen k této práci.