

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Inna Tučková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Inna Tučková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PROBLEMATIKA LÉČEBNÉHO REŽIMU PO
PRODĚLANÉM INFARKTU MYOKARDU**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.

PLZEŇ 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Jandíkové, DiS. za ochotu při odborných konzultacích a mé rodině za trpělivost a podporu poskytnutou během studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Tučková Inna

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika léčebného režimu po prodělaném infarktu myokardu.

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.

Počet stran: číslované – 83, nečíslované – 28

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 46

Klíčová slova: Léčebný režim, infarkt myokardu, ateroskleróza, rizikové faktory, edukace.

Souhrn:

Teoretická část mé bakalářské práce se věnuje rozvoji, vzniku a léčbě akutního infarktu myokardu. Dále se zabývá vlivem rizikových faktorů na lidský organismus a konkrétními návody jak tyto rizikové faktory minimalizovat.

Praktická část přináší bližší pohled na problematiku dodržování režimových opatření po prodělaném akutním infarktu myokardu. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu se pokouší zjistit faktory, které sehrávají roli ve zdravé životosprávě u jednotlivých zkoumaných případů.

Annotation

Surname and name: Tučková Inna

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Adherence to course of treatment following an acute myocardial infarction.

Consultant: Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.

Number of pages: numbered - 83, unnumbered - 28

Number of appendices: 10

Number of used literature items: 46

Key words: Adherence, course of treatment, myocardial infarction, atherosclerosis, risk factors, education.

Summary:

Theoretical part of the thesis is about to the development, creation and management of acute myocardial infarction. It also deals with the influence of risk factors on the human body and specific instructions to minimize these risk factors.

Practical part brings closer look at the issue of compliance with lifestyle changes after acute myocardial infarction. Through qualitative research attempts to determine the factors that play a role in healthy living in the particular case.

Obsah

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Ateroskleróza a aterogeneze	13
1.1 Rozvoj aterosklerózy	14
2 Infarkt myokardu.....	16
2.1 Diagnostika akutního infarktu myokardu	17
2.2 Lokalizace infarktu myokardu	19
2.3 Léčebné postupy u akutního infarktu myokardu	19
2.3.1 Přednemocniční péče	20
2.3.2 Péče ve zdravotnickém zařízení	21
2.3.3 Dlouhodobé užívání léků po infarktu	25
3 Rizikové faktory infarktu myokardu	28
3.1 Hyperlipoproteinemie	28
3.2 Arteriální hypertenze	28
3.3 Nikotinismus	29
3.4 Diabetes mellitus	29
3.5 Obezita	29
3.6 Nadměrná konzumace alkoholu	31
3.7 Dlouhodobý nedostatek fyzické aktivity	32
3.8 Dlouhodobý stres.....	33
4 Režimová opatření po prodělaném akutním infarktu myokardu	35
4.1 Tělesná kondice.....	35
4.2 Strava	37
4.3 Nikotinismus	38
4.4 Odpočinek	40
5 Role sestry v edukaci pacienta.....	43
PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
6 Formulace problému	45
7 Cíl výzkumu.....	46
7.1 Cíle práce	46
7.2 Výzkumné otázky.....	46

8	Druh výzkumu a výběr metodiky	47
8.1	Výběr metody	47
8.2	Výběr případu	48
8.3	Způsob získávání informací.....	48
9	Analýza a interpretace případových studií.....	50
9.1	Časně po operaci.....	50
9.1.1	Pacienti po PCI.....	50
9.1.2	Pacienti po CABG	50
9.1.3	Závažnost nemoci.....	51
9.1.4	Oblast stresu.....	53
9.1.5	Hluboce zakořeněný model chování	55
9.1.6	Pacientův názor	59
9.1.7	Sociální opora	60
9.1.8	Aktivní účast pacienta	62
9.1.9	Motivace být zdravý	63
9.2	Čtvrt roku po operaci	64
9.2.1	Pacienti po PCI.....	64
9.2.2	Pacienti po CABG	64
9.2.3	Závažnost nemoci.....	64
9.2.4	Aktivní účast pacienta	66
9.2.5	Oblast stresu.....	71
9.2.6	Sociální podpora.....	72
10	DISKUSE.....	74
	ZÁVĚR.....	82
	Literatura a prameny.....	84
	Seznam zkratk	88
	Seznam tabulek	91
	Seznam obrázků	92
	Seznam příloh.....	93
	Přílohy.....	94

ÚVOD

Srdeční infarkt je nejfrekventovanějším a nejnebezpečnějším onemocněním oběhového systému. V současné době, díky moderním léčebným postupům, se většina pacientů po nekomplikovaném infarktu v krátké době zotaví a je propuštěna z nemocnice. Právě proto, že se u nekomplikovaného akutního myokardu doba hospitalizace snižuje, vede to u mnohých pacientů k mylné domněnce, že jejich zdravotní stav nebyl až tak závažný. I přesto, že by toto mělo být pro nemocného varovným signálem, opak bývá mnohdy pravdou a pacient se z této situace stejně nepoučí. Pro pacienta by tento signál měl znamenat, že se zamyslí nad svým životním stylem a změní jej. Mezi tyto změny patří zlepšení fyzické kondice, zanechání kouření, konzumování vyvážené stravy s dostatečným množstvím zeleniny a ovoce. Dále by měli pacienti znát a pečlivě sledovat, pomocí praktického lékaře, svoje hodnoty cholesterolu, glykémie, krevního tlaku a tělesné hmotnosti. Pokud byli zvyklí se pohybovat v neustálém stresu, měli by zpomalit životní tempo. V opačném případě se srdeční infarkt může objevit znovu, může mít také větší rozsah a být příčinou poruch funkce srdce, výskytu srdečních arytmií a projevu srdečního selhání.

V rámci dodržování léčebného režimu po IM je důraz kladen na edukační programy pacientů a osvětu obyvatel prostřednictvím médií a společenských sdružení. Přirozené je nekouřit, mít odpovídající tělesnou hmotnost a normální arteriální tlak. Je také důležité zvýšit odpovědnost pacienta za své zdraví. Partnerský model vztahu, lékař a pacient nebo sestra a pacient, je dobré stále vyvíjet, neboť jejich vzájemná spolupráce je nezbytná pro úspěšnou léčbu.

Bakalářskou práci na téma „Problematika léčebného režimu po prodělaném infarktu myokardu“ jsem si vybrala proto, abych poznala problematiku akutního koronárního syndromu blíže, a nejen z hlediska klinického. Důvodem mimo jiné je i fakt, že se toto srdeční onemocnění vyskytuje v mé rodině.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit faktory, které ovlivňují dodržování léčebného režimu po prodělaném infarktu myokardu. Domnívám se, že nalezením problematických oblastí, se kterými se potýkají pacienti v léčebném režimu, se právě my, sestry, můžeme na tyto potíže následně zaměřit a pacientovi napomoci v udržení optimálního životního stylu.

Realizováním výzkumu bych chtěla přispět ke zkvalitnění podpory pacientů v léčebném režimu a ke změně jejich životního stylu, který prodlouží délku života alepší jeho kvalitu po prodělaném infarktu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Ateroskleróza a aterogeneze

Ateroskleróza je dlouhodobý proces, který mění strukturu intimy a medii tepen, vyvolaný místní kumulací lipidů, sacharidů, krevních buněk, fibrózních tkání a vápníku. Aterogeneze začíná již v mládí a závisí na kombinaci genetických a jiných faktorů, kdy se objeví první známky cévního a orgánového postižení. Podle místa vzniku se ateroskleróza projeví v nejpokročilejším stádiu například poškozením srdce infarktem, krvácením do mozku, gangrénou končetin, vydutím aorty nebo prasknutím její stěny.

Oblasti náchylné k aterosklerotickému postižení jsou břišní aorta, odstup velkých tepen z aorty v jejich ústí. K zúžení tepen dochází často v karotidách, v koronárních tepnách, v bazilárních tepnách, v ledvinných, kyčelních a stehenních tepnách (Kolář, 2009).

Vývoj aterosklerózy probíhá v několika stupních. V prvním stupni lze vidět poprvé patologické známky aterosklerotického procesu v podobě lipidních proužků. Tvoří se pronikáním lipoproteinu s malým obsahem fibrózní tkáně do intimy tepny. Tyto proužky mají žlutou barvu a vznikají na intimě větších cév, hlavně aorty. Mikroskopicky lze pozorovat, že složení lipidních proužků obsahuje převážně makrofágy vyplněné kapičkami tuku. Tyto makrofágy se dostaly z krevního řečiště přes poškozený nebo změněný endotel do subendotelových vrstev. Lipoidní proužky vznikají již v dětství a s přibývajícím věkem některé mizí a jiné se přetvoří na fibrózní pláty. Lipoidní proužky nezmenšují průsvit cévy, a proto nevyvolávají žádné příznaky.

Druhým stupněm aterosklerotického procesu jsou nekomplikované fibrózní pláty. Vyskytují se mezi 30. až 40. rokem. Na intimě je vidět bělavá vyvýšenina, která více či méně zužuje průsvit tepny. Struktura fibrózního plátu je vytvořena z buněk hladkého svalstva, z vazivové tkáně, lipoproteinu a makrofagu. Větší velikosti fibrózních plátů v koronárních tepnách mohou zhoršit průtok postiženou tepnou, vést k ischemii srdeční svaloviny a k angiozním bolestem, které jsou projevem anginy pectoris (viz. příloha 7).

Posledním stupněm vývoje aterosklerózy je ateromatózní plát, také označovaný jako komplikovaný plát. Je měkčí konzistence než fibrózní plát. Někdy se v celém plátu nahromadí ateromová hmota, která je oddělena od lumina pouze tenkou krycí vrstvou. Tato krycí vrstva může snadno během náhlých změn průtoku krve při námaze nebo rozčilení apod. prasknout a na povrchu prasklého ateromového plátu se potom shlukují krevní destičky, z nichž se může vytvořit trombus. Takto prasklý plát se nazývá nestabilní, neboť může často zapříčinit vznik trombu, který uzavře tepnu v celém jejím průsvitu. Po cílené léčbě, ale i spontánně, se prasklina plátu může zacelit. Nestabilní plát je pak v klidovém stavu a může se postupně i zmenšit.

Ateromové hmoty se také klasifikují. Uvolňováním vápenatých solí do ateromu jako jemného poprašku, který se postupně formuje do kompaktního krystalového útvaru. Zvápenatění však neprobíhá jen na ateromové hmotě, nýbrž postihuje i hyalinizovanou tkáň sklerotického plátu. Cévy menšího průsvitu se mohou progredující kalcifikací přeměnit v tvrdé trubičky.

1.1 Rozvoj aterosklerózy

V progresivním procesu aterosklerózy hraje roli opakovaná mikrotraumatizace cévní stěny a hyperlipoproteinemie. Na poškození endotelu má vliv řada chemických látek, jako oxid uhelnatý a nikotin u kuřáků, některé bakteriální toxiny, viry a vysoký cholesterol v krvi. Hypertenze a turbulentní proudění krve poškozují výstelku mechanicky. V místě poškození cévní výstelky se soustřeďují leukocyty (především monocyty) a trombocyty. Navíc poškozené buňky endotelu, monocyty a trombocyty vytváří růstové působky, které spouští bujení a prorůstání buněk hladkého svalstva a pojivové tkáně z medie do intimy. Dochází k ukládání lipoproteinu v buňkách hladkého svalstva i v nově vzniklé vazivové tkáni, v monocyttech a v makrofázích. Do cévní stěny se ukládá velké množství lipoproteinu o nízké hustotě – LDL. Tyto lipoproteiny mění vlastnosti intimy, medie a adventicie, které tvoří stěnu cévy. Odtud pramení přirovnání, že celý proces aterogeneze je obdobný jako u bujení nádoru.

Progrese aterosklerózy může nastat při větším mechanickém poškození endotelu bez pozitivního nálezu hyperlipidemie a naopak, patologické aterosklerotické změny mohou nastat při vysoké koncentraci lipoproteinu, bez přítomnosti známek poškozeného

endotelu. Trvalé působení obou dvou faktorů zároveň akceleruje proces aterosklerozy, která se může klinicky manifestovat již v mládí (Kolář, 2009).

2 Infarkt myokardu

Infarkt myokardu je nekróza části srdeční svaloviny, která vzniká při přetrvávající ischemii myokardu. Dlouhou dobu probíhající ischemie myokardu má horší prognózu. Větší rozsah poškození srdeční tkáně vede k horší funkci levé komory srdeční, která přečerpává méně krve potřebné pro správné fungování celého lidského organismu. Nejčastější příčinou srdečního infarktu je porušený nestabilní aterosklerotický plát v koronární tepně, na který nasednou krevní destičky, a poté vznikne trombus. Intrakoronární trombus znemožňuje průtok okysličené krve bohaté na živiny do určené oblasti srdeční svaloviny. Tento průběh se objevuje u 95 % případů a hovoříme o IM prvního typu (viz. příloha 8).

K odumírání prvních buněk myokardu dochází po uplynutí 20 minut trvající ischemie. Obvykle k dokončení úplné nekrózy všech poškozených buněk je potřeba 2–4 hodin, eventuelně i více. Rozšíření nekrotického ložiska se odvíjí od přítomnosti kolaterálního cévního zásobení, citlivosti myocytů vůči ischemii, adaptaci myokardu, individuálním nároku na přísun kyslíku a živin, a jde-li o trvalý úplný uzávěr nebo přerušovanou ischemii myokardu (Vojáček a kol., 2013). Z toho je zřejmé, že obnovení koronárního průtoku by mělo být uskutečněné co nejdříve.

Prvním příznakem infarktu myokardu je bolest na hrudi. Pacienti po prodělaném infarktu myokardu ji často označují jako tupou, pálivou, svíravou. Bolest se může propagovat do zad, do krku, do dolní čelisti a horních končetin, častěji do levé. Zřídka se šíří do břicha. Jako infarktovou bolest ji můžeme pojmenovat tehdy, trvá-li více než 20 minut. Zpravidla přetrvává hodiny, neúčinkují na ni léky ze skupiny nitrátů, které naopak působí velmi dobře u anginy pectoris. Klidová bolest na hrudi, která se objeví poprvé a neustává, je velmi silná a nereagující na běžné léky proti bolesti, představuje závažný stav. Bývají také přítomné další příznaky, jako je dušnost, úzkost, nauzea, zvracení, opocení, hypertenze nebo hypotenze.

Asi u 10% pacientů je průběh srdečního infarktu asymptomatický. Proběhlý infarkt se pak zjistí náhodně, během lékařského vyšetření, z důvodu jiného onemocnění. Srdeční infarkt bez příznaků vzniká častěji u nemocných dlouhodobě se léčících s anginou pectoris, u diabetiků trpících centrální polyneuropatií a u hypertoniků.

2.1 Diagnostika akutního infarktu myokardu

Vyvinutá moderní diagnostická technologie je schopná odhalit už nekrózu 1,0 g myokardu. Pacienti ji pocítují pouze jako minimální potíže, nebo subjektivně žádné příznaky nezpozorují (Kameník a kol., 2001). Proto kromě základní diagnostiky IM, kterou stanovíme pomocí přítomné anamnézy ICHS, klinických symptomů (jako je diskomfort na hrudi), stanovení hladiny kardiomarkeru a EKG záznam ischemie, je nutné uvádět velikost a lokalizaci infarktového ložiska, časový interval od doby vzniku potíží a příčinu vedoucí k infarktu. Např. akutní infarkt přední stěny myokardu malého rozsahu po PCI.

Pro stanovení diagnózy infarktu myokardu je nutné splňovat několik kritérií. Základem je průkaz vzestupu nebo poklesu srdečních troponinů (cTn), minimálně s jednou hodnotou přesahující 99. percentil horního limitu normy a zároveň je přítomen alespoň jeden indikátor ischemie myokardu. Těmito indikátory jsou:

- symptomy ischemie,
- nové, nebo předpokládané nové významné změny úseku ST-vlny, nebo nově vzniklá blokáda levého Tawarova raménka,
- vývoj patologických kmitů Q v EKG záznamu,
- zobrazení nové ztráty viabilního myokardu či nové regionální poruchy hybnosti, srdeční stěny pomocí zvolených zobrazovacích metod.

Při nekróze srdeční svaloviny jsou uvolňovány enzymy z poškozených myocytů. Těmito myokardiálními bílkovinami jsou myoglobin, troponin T, troponin I, MB frakce kreatinkinázy. V současné době se preferuje nejcitlivější a nejspecifičtější biomarker troponin (I nebo T), jehož hladina stoupá během 3-6 hodin po vzniku infarktu myokardu. Tato zvýšená hodnota přetrvává 10 dní. Není-li z nějakého důvodu možné stanovit cTn, alternativní volbou je stanovení hmotnosti koncentrace MB frakce kreatinkinázy (CK-MB mass). Její hodnoty, stejné jako u troponinu, by měly přesahovat 99. percentil. Pro opačná pohlaví jsou používané rozdílné diagnostické hodnoty. U CK-MB mass jsou nutné alespoň dva laboratorní výsledky za sebou, svědčící pro odchylku od normální hodnoty. Myoglobin není přesným ukazatelem poškození myokardu, proto musíme současně s ním stanovit hladinu troponinu. Koncentrace myoglobinu v mezích normy je do 80 µg/l.

Při stenokardii je doporučováno udělat EKG záznam, a to do 10 minut od kontaktu s nemocným. EKG křivka může zaznamenat ischemii myokardu nebo již vyvinutou nekrózu myokardu. Klinický průběh infarktu myokardu lze rozdělit na infarkt myokardu s ST elevacemi (STEMI) a bez ST elevací (non-STEMI). Elevace úseků ST by měly být zaznamenány alespoň ve dvou sousedních svodech a měly by být u mužů ve věku < 40 let $\geq 0,25$ mV, u mužů ve věku > 40 let $0,2$ mV, u žen $\geq 0,15$ mV ve svodech V2-V3, u mužů i u žen $\geq 0,1$ mV ve všech svodech kromě V2 a V3. Později vysoké elevace ST úseku splývají s vlnou T a tento děj se označuje jako Pardeeho vlny. Za 6 hodin, občas druhý či třetí den nastává zmenšení ST elevací a inverzí vlny T v negativní a k postupnému vzniku patologického kmitu Q, který značí nekrózu myokardu. Deprese úseku ST ($> 0,1$ mV) nebo negativita vlny T na EKG obraze, mohou být projevem infarktu myokardu bez elevací ST. Uvedené abnormality mohou být nespecifické či prchavé, v EKG obraze často nezpozorované. Někdy je EKG nález normální, poté je nutné spojit průkaz zvýšených biomarkerů srdeční nekrózy se symptomy probíhající ischemie myokardu. Tím jsou pak splněna ustanovení daná pro diagnózu AIM bez elevace úseku ST.

Akutní infarkt myokardu, dle prvního EKG záznamu, se dělí do pěti kategorií (Vojáček, 2012, s. 119):

- STEMI – přítomnost nové nebo předpokládané nové elevace úseku ST,
- NSTEMI – nepřítomnost elevace úseku ST,
- Q-infarkt – přítomnost kmitu Q, případně jeho vývojové změny,
- Non-Q infarkt – nepřítomnost kmitu Q alespoň 12 hodin po koronární příhodě,
- nejistý infarkt – netypický EKG obraz.

Pro klinické rozhodování o léčbě AIM jsou důležitá další vyšetření. Zobrazovací metody koronarografie a echokardiografie jsou standardem. Využívají se i další metody k zobrazení perfuze, viability myocytů, tloušťky myokardu a jeho pohyblivosti, taktéž se sleduje kinetika paramagnetických či radiokontrastních látek. To vše umožňuje radionuklidová ventrikulografie, myokardialní perfuzní scintigrafie s využitím jednofotonové emisní výpočetní tomografie a magnetická rezonance. Výpočetní tomografie se používá v menší míře (Vojáček a kol., 2013). Tato doplňující vyšetření mohou včasné zobrazit komplikace AIM. Také mohou identifikovat i jinou příčinu obtíží než je infarkt myokardu (např. plicní embolie nebo disekující aneurysma aorty).

2.2 Lokalizace infarktu myokardu

Nejčastěji vyskytujícím se infarktem přední stěny myokardu je anteroseptální infarkt, kdy je nedokrvená přední plocha levé srdeční komory a přední polovina mezikomorové přepážky. Z hlediska počtu výskytů následují spodní a zadní infarkty. Zároveň bývá poškozena zadní polovina mezikomorové přepážky, proto je nazýváme posteroseptální infarkty. Vzácnějšími jsou infarkty boční stěny levé srdeční komory.

Infarktovou tepnou myokardu je ramus interventricularis anterior. V případě anteroseptálního infarktu, při uzávěru RIA v místě jejího odstupu a RC vznikne rozsáhlý IM přední a boční stěny. Neprůchodnost pravé věnčité tepny ACD nebo cirkumflexní větve zapříčiní vznik IM zadní stěny. Uzávěr nejčastěji pravé věnčité tepny v její dolní polovině vede ke vzniku spodního IM, a uzávěr této tepny v proximální třetině od jejího odstupu z aorty způsobí IM pravé komory.

Jestliže se nachází uzávěr v kmeni levé věnčité tepny, dochází obvykle ke zkolabování celého oběhu a k náhlé smrti (Špinar a kol., 2007, s. 56). Naproti tomu uzávěr pravé věnčité tepny nemá tak masivní dopad, jelikož její povodí je menšího rozsahu.

Přední infarkty myokardu jsou větší velikosti než spodní infarkty. Nekróza přední stěny srdeční může být zdrojem komplikací, jako jsou arytmie nebo akutní srdeční selhání. U spodního infarktu myokardu je výrazně příznivější prognóza přežití. Jsou zde přítomné častější síňokomorové blokády, které jsou důsledkem vagové reakce. Parasympatické reakce bývají přechodné a dobře reagují na léčbu. U bočních infarktů myokardu nekrotická tkáň nedosahuje velkých rozměrů, a proto nevznikají žádné převodní poruchy.

Infarkty myokardu můžeme dále dělit podle velikosti odumřelé srdeční tkáň na dva typy. *Netransmurální infarkt myokardu*, kdy nekróza prostupuje skrz část stěny srdečního svalu. Nekróza v oblasti endokardu se označuje jako subendokardiální infarkt. Nekróza v blízkosti zevní vrstvy srdeční stěny, subepikardiální infarkt. Nekróza, která neproniká k endokardu ani k epikardu je infarkt intramurální. *Transmurální infarkt myokardu* prostupuje celou tloušťku srdeční stěny. Vzniká, jestliže srdce nemá vytvořené cévní kolaterály, které by uzavřenou cévu mohly nahradit.

2.3 Léčebné postupy u akutního infarktu myokardu

Základním cílem léčby AIM je reperfuze v uzavřené a zúžené věnčité tepně v co nejkratším časovém úseku. Současně je potřeba překonat obtíže, jako jsou stenokardie nebo vznik komplikací. Nejčastěji dochází k arytmií a srdeční nedostatečnosti. Kritickým

obdobím, ve kterém můžeme provést léčebné úkony vedoucí ke zmenšení infarktového ložiska, je 6 až 12 hodin od prvních příznaků infarktu myokardu. Překročení této doby vede pouze k léčbě nastupujících komplikací (Veselka, 2011).

2.3.1 Přednemocniční péče

Přednemocniční terapie představuje postup, který zajistí co nejrychlejší transport pacienta s podezřením na AIM do kardiocentra s katetrizačním sálem. K tomu je potřebná včasná diagnóza AIM kvalifikovanými pracovníky záchrané služby a rychlé rozhodování o zdravotním zařízení, do kterého bude pacient převezen. Spádové nemocnice, které nejsou vybavené pro specializované odborné výkony, nemohou poskytnout adekvátní léčbu.

Během převozu do zařízení je nutné stabilizovat krevní oběh nemocného. Toho lze docílit pomocí následujících doporučení:

- *Zlepšit prokrvení a snížit metabolické nároky myokardu* - Takový účinek mají nitráty. Je podáváno 0,5 mg nitroglycerinu nebo 1,25 - 1,5 mg izosorbitdinitrátu sublingválně nebo sprejem. Kontraindikováno u nemocných s hypotenzí pod 100/60 mm Hg.
- *Účinně tlumit bolest* - Morfin je podáván v dávce 5 mg i.v. Je lepší však upřednostnit Fentanyl v dávce 0,2 mg i.v., má totiž menší výskyt nežádoucích účinků a netlumí tak výrazně dechové centrum. Fentanyl lze aplikovat u nemocných s chronickou poruchou ventilace.
- *Podávat atropin* - při hypotenzii s bradykardií, kdy příčinou je aktivace parasympatiků, v dávce 0,5- 1 mg i.v.
- *Zabránit rozvoji trombózy* - Je nepominutelné podat kyselinu acetylsalicylovou 500 mg p.o nebo nefracionovaný heparin v dávce 5000-10000 j. i.v.
- *Podávat β -blokátory* - při hypertenzi a tachykardii i.v. nebo p.o.
- *Zklidnit pacienta* - podat diazepam 5 mg.
- *Aplikovat furosemid* - u levostranného srdečního selhání v dávce 40 mg i.v.
- *Resuscitovat* - dojde-li k srdeční zástavě, zahájíme kardiopulmonální resuscitaci.

Během převozu je nezbytné monitorovat základní životní funkce. Sleduje se EKG, krevní tlak, srdeční frekvence, dýchání a prokrvení tkání. Organizační uspořádání v přednemocniční péči se řídí doporučenými časovými limity. Dnes je doba určena k dojezdu sanity k nemocnému 20 minut, vyšetření a ošetření pacienta na místě 15 minut,

převoz do zařízení 15 minut. V kardiocentru doba mezi příjezdem pacienta do zařízení a otevřením koronární tepny (dveře – jehla) by neměla přesáhnout 20 minut.

2.3.2 Péče ve zdravotnickém zařízení

V České republice je základní léčbou AIM primární PCI, která zcela nahradila trombolytickou léčbu. Problémem trombolýzy byl výskyt mozkových krvácení a nedostatečná reperfúze koronární tepny. Některé případy vyžadují provést aortokoronární bypass v akutní fázi STEMI. Implantace aortokoronárního bypassu je nutná u pacientů s mechanickými komplikacemi infarktu myokardu. Jiným důvodem je anatomie koronárního řečiště nevhodná pro PCI a zároveň když míra zúžení srdeční tepny poskytuje čas k přípravě operace.

2.3.2.1 Perkutánní koronární intervence

Primární PCI je moderní metoda léčby akutního infarktu myokardu. Neodkladný zákrok, kterým se mechanicky zprůchodňuje absolutně uzavřená koronární tepna. V první řadě se vyšetří pomocí koronarografie stav koronárních tepen. Koronarografické vyšetření se provede přímo na katetrizačním sále, kde se zároveň uskuteční primární PCI. Samotný terapeutický zákrok spočívá v zavedení katetru cestou a.femoralis nebo a. radialis až do věnčité tepny srdce a pomocí tenkého vodiče je potřeba proniknout skrz uzávěr v tepně. Po tomto vodiči se do uzavřeného úseku tepny zavede balónek nebo přímo stent a postižené místo se roztáhne tlakem 10-20 atm. Při primární PCI podle guidelines by měl být proveden stenting, není žádoucí izolovaná metoda balónkovou angioplastikou (Widimský a kol., 2012). Koronární stenty u katetrizačních zákroků jsou bezesporu nejúčinnější technologií současnosti, která zabraňuje akutnímu recoilu (opětovné zúžení působením elastických struktur v cévní stěně) a restenóze věnčité tepny, ke které dochází většinou do půl roku od výkonu.

Se zavedením léčby infarktu myokardu v roce 1992 metodou primární PCI, klesla úmrtnost pacientů s akutním infarktem myokardu z 30% na 3-6%, doba hospitalizace se zkrátila ze 4 týdnů na 3-5 dní. PCI je tedy efektivnější, s malým nebo minimálním rizikem komplikací (Želízko a kol., 2012). Reperfuční terapie by měla být provedena co nejdříve od vzniku potíží a je doporučována u pacientů se symptomy trvajících méně než 12 hodin. Neexistuje shoda, zda má PCI léčebný účinek, pokud se symptomy objevily před více než

12 hodinami a současně chybí klinické nebo elektrokardiografické důkazy probíhající ischemie.

Primární PCI by měla být provedena do 90 minut od prvního kontaktu zdravotníků s pacientem. Pokud je první kontakt zdravotníků s pacientem v PCI centru, primární PCI by měla být uskutečněna za méně než 60 minut. Za předpokladu, že PCI nelze provést do 120 minut od prvního kontaktu se zdravotnickým personálem, preferuje se podání trombolýzy do 30 minut od prvního kontaktu se zdravotnickým týmem v přednemocniční péči. Trombolytická léčba u AIM se volí pouze při nedostupnosti nemocniční léčby, při kalamitách na cestách apod. Podává se retepláza (r-Pa) nebo tenektepláza (TNK-t-PA) ve formě bolusové injekce. Pokud se stane, že se nepodaří trombolýzou obnovit dostatečný průtok věnčitými tepnami, provede se již v nemocničním prostředí zachranná "rescue" PCI, která zabezpečí dlouhodobou průchodnost infarktové tepny v požadovaném rozsahu.

2.3.2.2 Příprava pacienta před intervenčním výkonem

Nedílnou součástí je psychologická příprava pacienta. Sestra by měla vysvětlit postup zákroku, co by mohl pociťovat a co je běžné během tohoto zákroku, dobu trvání zákroku a co bude následovat po zákroku. Všechny tyto informace slouží ke zmírnění pacientova strachu z neznámé situace. Pacient by měl být v den zákroku nalačno. Příjem tekutin se neomezuje. Příprava zahrnuje celkovou hygienu těla, úpravu míst potencialních cévních přístupů, obě třísla, eventuálně obě předloktí. Dále se podává farmakologická premedikace, dvě hodiny před výkonem 2 tablety Dithiadenu a 1 tableta Diazepam (10mg) p.o. nebo 5-10 mg Diazepam i.m. Sestra též zkontroluje, zda nemá pacient na těle šperky a zda má vyndanou zubní protézu. Všichni nemocní indikovaní k primární PCI by měli dostat kombinaci léků: kyseliny acetylsalicylovou, blokátor receptorů adenosindifosfatu a antikoagulanca. Kyselina acetylsalicylová by měla být podána perorálně v dávce 150-300mg. Není-li možné perorální podání aplikuje se 80-150mg i.v. Blokátory receptorů ADP jsou Prasugrel, jehož úvodní dávka představuje 60mg a Ticagrelor v dávce 180mg. Podání Prasugrelu je vyloučeno u pacientů předléčených Clopidogrelem, u pacientů po CMP nebo TIA v předešlém období a u pacientů nad 75 let. Jestliže Prasugrel a Ticagrelor nejsou dostupné, měl by být podán Clopidogrel v dávce 600 mg. Zástupci antikoagulační skupiny léků jsou nefrakcionovaný Heparin, Enoxaparin a Bivalirudin. Nemocným by měl být podán nefrakcionovaný Heparin v bolusové dávce 70-100U/kg a nižší dávka 50-60U/kg by měla být aplikována za předpokladu podání

inhibitoru GP IIb/IIIa. Pokud se použije enoxaparin (Clexane), jeho úvodní intravenózní dávka je 0,5 mg/kg i.v. s následnou subkutánní léčbou 1mg/kg s.c. Na základě odborných studií a klinických zkušeností s Enoxaparinem může být upřednostněn před nefrakcionovaným Heparinem. Výzkum prokázal, že je výhodnější léčba Bivalirudinem (Angiox) než nefrakcionovaným Heparinem v případě plánovaného podání i inhibitoru glykoproteinových receptorů IIb/IIIa. Bivalirudin se podává ve formě intravenózního bolusu v dávce 0,75 mg/kg i.v. s navazující infuzí 1,75 mg/kg/h po dobu až 4 hodin po skončení zákroku. Antikoagulační léčba druhý den po výkonu pokračuje formou subkutánních injekcí po 12 hodinách 2-3 dny, nebo po celou dobu hospitalizace (Kolbel a kol., 2011). Současné rutinní podávání inhibitoru GP IIb/IIIa v nynější době duální antiagregační léčby není doporučováno. Inhibitory GP IIb/IIIa přicházejí v úvahu při masivních trombózách, neadekvátní myokardiální perfuzi po PPCI a ostatních trombotických komplikacích. Bolus abciximabu se aplikuje v dávce 0,25 mg/kg i.v. a následuje infuze 0,125 ug/kg/min. Maximální podávané množství abciximabu je 10 ug/min. po dobu 12 hodin. Druhým inhibitorem GP IIb/IIIa je Eptifibatid, který se podává jako dvojitý bolus 180ug/kg i.v. v desetiminutových intervalech, následovaný infuzí 2,0 ug/kg/min. po dobu 18 hodin. Třetím představitelem této lékové skupiny je Tirofiban, jeho úvodní dávka je 25ug/kg i.v. po dobu 3 minut a udržovací 0,15ug/kg/min po dobu 18hodin.

2.3.2.3 Péče o pacienta po koronárním intervenčním výkonu

Po intervenčním výkonu je pacient hospitalizován na kardiologické jednotce intenzivní péče. Pokud se nevyskytnou žádné komplikace, zůstává zde 24 hodin a poté se překládá na standardní kardiologické oddělení. Na KJIP se monitorují základní životní funkce. Pomocí nalepených elektrod na hrudníku je pacient připojen k monitoru, který kontroluje EKG křivku. Po celou dobu se monitoruje TK pomocí opakovaně se nafukující manžety na paži pacienta. Saturaci hemoglobinu kyslíkem v arteriálním řečišti a tepovou frekvenci měří pulzní oxymetr umístěný na prstech končetin. Dále se sleduje místo vpichu a prokrvení končetin. U radiálního přístupu po výkonu je umístěn nad místem vpichu na 1-3 hodiny. kompresní pásek. U nekomplikovaného infarktu je nutný klid na lůžku 12-24 hodin a již během této doby může pacient samostatně provádět hygienu a jíst. Již druhý den po výkonu začíná pacient vstávat a chodit pod dohledem fyzioterapeuta. Musí se však vyvarovat větší zátěži horní končetiny, přes kterou byl prováděn výkon a 2 až 4 dny tuto končetinu šetřit.

U femorálního přístupu prvních 4-6 hodin musí pacient ležet na zádech, nesmí se otáčet na bok, ani pokrčovat končetinu, ve které je ponechán sheat. Jakmile se hodnoty APTT vrátí k normě, lze vytáhnout zavaděč z třísla. Následným krokem je 15 - 20 minutové manuální stlačení místa vpichu, poté se provede tlakový obvaz kritického místa a zatíží se sáčkem s pískem na dobu 8 hodin. Protože se musí dodržet 24 hodinový klidový režim na lůžku, sledujeme též, jestli se pacient vymočí. Je třeba nabídnout pacientovi podložní mísu nebo v případě, že není schopen se sám vymočit, ho zacévkovat na dočasnou dobu. Je také nutné pečovat o dostatečnou hydrataci pacienta před a po PCI, tím se minimalizuje riziko negativního působení kontrastní látky na funkci ledvin. Kontrolní krevní odběry ke zjištění hladiny kardiomarkeru se provádí zpravidla za 8 - 16 hodin po PCI. Po provedeném intervenčním výkonu pacient dochází na pravidelné kontroly ke svému ambulantnímu lékaři. Rovněž se pacient opakovaně poučí o nezbytnosti pravidelného užívání antiagregačních léků, bez jakékoli pauzy.

2.3.2.4 Aortokoronární bypass

Jedná se o implantaci aortokoronární spojky, která se našije jedním koncem k aortě a její druhý konec se napojí k věnčité tepně pod jejím zúženým místem. Tímto způsobem se obnoví průtok krve do ischemické části myokardu. Tento operační chirurgický výkon se označuje zkratkou CABG, která je odvozena od anglického názvu coronary artery bypass grafts. Přemostění stenózy věnčité tepny bypassem se vytvoří za použití žilních nebo tepenných štěpů. Nejčastěji se používají žilní štěpy z velké safény dolních končetin. Nevýhodou je kratší trvanlivost průchodnosti žilního bypassu. V nynější době je vhodné nabídnout pacientovi tepenný štěp. Kladem arteriálních bypassů je lepší prognóza pacientů ve smyslu snížení počtu operačních zákroků nutných z důvodu nefunkčnosti aortokoronární spojky (Gwozdziwicz, 2007). Přednostně se používá vnitřní prsní tepna (a. mammaria interna), která se odpreparuje z hrudní stěny. Její periferní konec se přišíje pod zúžené místo věnčité tepny, její odstup z podkličkové tepny se ponechá. Pokud je potřeba, je k dispozici také radiální tepna z předloktí horní končetiny.

Akutní chirurgická léčba v prvních dnech po vzniku AIM s sebou nese třikrát vyšší riziko smrtících komplikací než chirurgická léčba u nemocných s chronickou formou koronární nemoci. Urgentní chirurgický výkon musí podstoupit nemocní s velkým AIM, u nichž je důvod očekávat, že by nepřežili při jiném způsobu léčby nebo při odkladu výkonu. Bypassové operace jsou indikovány, když se při koronarografickém vyšetření

ukáže těžké postižení koronárních tepen (stenóza kmene levé věnčité tepny nebo závažné zúžení všech tří hlavních tepen), nebo když byla PCI nedostačujícím léčebným řešením, nebo u šokových stavů a závažných komplikací AIM, znemožňujících přečerpávací činnost srdce (perforace mezikomorové přepážky, ruptura srdeční stěny nebo papilárního svalu aj.)

Před překladem pacienta z JIP k operaci na kardiochirurgické oddělení je provedena specifická předoperační příprava tj. určení krevní skupiny, zajištění dostatečného množství transfuzních přípravků (krve a krevní destičky) pro nemocného a jeho napojení na intraaortální balónkovou kontrapulzaci. U diagnózy akutního infarktu myokardu se jedná o boj s časem, proto je žádoucí zprůchodnit koronární cévu pomocí PCI. Pokud jsou následně odhaleny ještě jiná mnohočetná cévní poškození, lze například měsíc po koronární intervenci naplánovat klasickou operaci, která je odstraní a ochrání pacienta na dalších 10 až 20 let.

2.3.3 Dlouhodobé užívání léků po infarktu

Léčba nemocných po infarktu myokardu se zaměřuje na snížení rizika vzniku reinfarktu, na zamezení rozvoje srdečního selhání a především na snížení úmrtnosti. Jestliže nemocný po infarktu trpí anginou pectoris, připojuje se i léčba jejich symptomů.

Nezákladnějšími léky jsou antiagregancia. Kyselina acetylsalicylová působí proti shlukování krevních destiček a tím zabraňuje vzniku trombu uvnitř tepny. Nejčastěji nemocní užívají 100mg ASA jednou denně, doživotně. Clopidogrel, který ovlivňuje funkci krevních destiček na jiném místě než ASA, je dnes doporučován všem nemocným po PCI s implantací kovového stentu. Pacient je tudíž zajištěn duální antiagregační léčbou. Clopidogrel (75 mg) se užívá 1 měsíc po implantaci obyčejného kovového stentu a 12 měsíců i déle po implantaci lékového stentu.

Dalším základním lékem jsou betablokátory. Tyto léky (např. metoprolol, atenolol) ovlivňují činnost srdce jako pumpy, snižují nároky srdečního svalu na kyslík cestou zpomalení srdeční frekvence, snížením srdeční kontrakce a poklesem systémového tlaku. Betablokátory rovněž zlepšují průtok krve kolaterálními cévami i subendokardiální oblasti, čímž se zlepší dodávka kyslíku k ischemickému ložisku. Byly doloženy důkazy, že terapie β -blokátory v akutní fázi AIM zmenšuje infarktové ložisko a vede k redukci úmrtnosti. Odborné studie potvrdily, že při léčbě β -blokátory vymizí dříve bolest a EKG známky ischemie a také se snižuje výskyt fibrilace komor. Avšak u komorových extrasystol či

komorové tachykardie se mívá účinkem. Léčba musí být dlouhodobá a v účinných dávkách. Na začátku léčby se podává nižší dávka, která se postupem času zvyšuje na co nejvyšší, kdy ještě nezpůsobuje nežádoucí projevy. Srdeční frekvence by neměla mít hodnoty pod 50/min a systolický tlak pod 100 mm Hg. Optimální léčby se dosáhne aplikováním β -blokátoru hlavně v prvních 6 hodinách od začátku infarktu. Kontraindikací je akutní infarkt myokardu s hypotenzí, srdečním selháním nebo bradykardiemi. Dalšími kontraindikacemi k podání β -blokátorů u nemocných po prodělaném AIM jsou šok, akutní edém plic, astma bronchiale a CHOPN.

Třetím lékem jsou ACE inhibitory. Inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin ACEI (např. perindopril, ramipril) potlačují renin-angiotenzinovou kaskádu soustavou určitých pochodů v těle, které brání přeměně neúčinného angiotenzinu I v účinný angiotenzin II, který působí na cévy vazokonstrikčně. Tento inhibující vliv ACEI navodí vazodilataci, a toho se právě využívá v léčbě hypertenze. Objeví-li se u nemocného intolerance ACEI ve formě kašle, lze je nahradit léky ze skupiny antagonistů angiotenzinu II (např. losartan, cozaar). Zvýšená aktivita renin-angiotenzinové kaskády je spojena se vznikem srdeční hypertrofie a nepříznivě působí na remodelaci levé komory po infarktu myokardu, kdy dochází ke ztrátě funkce nekrotické svaloviny a tato ztráta je nepřiměřeně kompenzována zvýšenou funkcí okolního myokardu a vyšším tlakem na konci diastoly. Tyto faktory podporují rozvoj hypertrofie myokardu a dilatace komory a její remodelace. Inhibitory ACE mají příznivý vliv na prognózu nemocného v akutním stavu infarktu myokardu. Nejvíce získávají z této léčby nemocní s dysfunkcí levé komory (EF < 40%) zapříčiněnou rozsáhlejším infarktem, nemocní s infarktem přední stěny a nemocní s opakovanými infarkty. Terapie inhibitory ACE by se měla zahájit co nejdříve po stabilizaci stavu pacienta v akutní fázi infarktu, od 1. až 3. dne onemocnění. Kontraindikací pro podávání inhibitoru ACE je hypotenze.

Čtvrtým lékem jsou statiny. Statiny kromě toho, že snižují hladinu cholesterolu (celkového i LDL-cholesterolu) v krvi, mají schopnost stabilizovat ateromové pláty, zlepšují vlastnosti endotelu cév a účinkují protisrážlivě. Efektivita statinu se uplatňuje i v akutním období infarktu myokardu, po absolutním uzávěru koronární tepny trombem při náhle vzniklé ruptuře nestabilního ateromového plátu. Velké studie prokázaly, že užívání statinu zlepšuje kvalitu a prodlužuje délku života u pacientů po infarktu myokardu. Vysoké dávky statinu zabraňují vzniku opětovných srdečních příhod. Výše zmíněná

zjištění o tomto léku platí i pro pacienty po AIM s normální koncentrací cholesterolu. Příkladem jsou léky atorvastatin, rosuvastatin. Vedlejší účinky vyšších dávek statinu se vyskytují ve 3% případů. Projevují se svalovou bolestí a slabostí a zvýšenou hladinou jaterních enzymů. Za takových okolností je nutné léčbu přerušit.

Další medikace jsou: dlouhodobé podávání antagonistu aldosteronu (eplerenon, spirolakton), které je předepsáno u nemocných po STEMI s ejekční frakcí $\leq 40\%$, srdečním selháním nebo s diabetes mellitus, u kterých nejsou přítomny hyperkalemie nebo renální insuficience (Vojáček, 2012, s. 145). Nitráty u nemocných po AIM se rutinně nepodávají. Indikací k léčbě nitráty po prodělaném AIM je přetrvávající angina pectoris. V době vzniku infarktu myokardu se nitráty aplikují u nemocných s angiozními bolestmi, s levostrannou srdeční insuficiencí a s hypertenzí.

3 Rizikové faktory infarktu myokardu

Rizikové faktory, které podněcují vznik kardiovaskulárních onemocnění, jsou známe již dlouhou dobu. Zdravotním rizikem pro jedince jsou hypercholesterolemie, hypertenze, obezita, diabetes mellitus, kouření, nadměrná konzumace alkoholu a dlouhodobý stres. Jedná se o tzv. ovlivnitelné rizikové faktory. Neovlivnitelné rizikové faktory jsou spojeny s pohlavím, věkem, s genetickou dispozicí a osobní anamnézou. Zlikvidovat kardiovaskulární onemocnění úplně nemůžeme, ale úpravou ovlivnitelných rizikových faktorů v životě jedince můžeme riziko vzniku onemocnění snížit až několikanásobně (Sovová, 2005).

Pokud je přítomno najednou více rizikových faktorů, jejich účinky se nesčítají, ale násobí. Jen jeden rizikový faktor zvětšuje riziko koronární příhody v průměru 2,5 krát, dva rizikové faktory 4-5 krát, tři rizikové faktory 8,5 krát. Z toho vyplývá, že kouření cigaret je nejnebezpečnější u hypertoniků, diabetiků, u osob s hyperlipoproteinémií nebo u osob, kteří mají výskyt kardiovaskulárního onemocnění v rodině.

3.1 Hyperlipoproteinemie

Jedná se zejména o zvýšenou hladinu LDL, jejíž příčinou je převaha cholesterolu a nasycených mastných kyselin v potravě, vrozená porucha metabolismu tuků nebo onemocnění jako jsou hypothyreóza či nefrotický syndrom. Jedinec s hladinou cholesterolu nad 6,5 mmol/l má 2,5 krát vyšší riziko vzniku aterosklerózy než jedinec s hodnotou pod 5mmol/l (Kolář, 2009).

3.2 Arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze se definuje jako opakovaná nebo trvalá hodnota krevního tlaku nad 140mm Hg systolického TK nebo 90mm Hg diastolického TK. Většina pacientů (85 – 95%) nejčastěji trpí primární (esenciální) hypertenzí, jejíž primární příčina není známa. Je ovšem známo, že na jejím vzniku se podílí celá řada vlivů. Jsou to genetické faktory, faktory životního stylu (sůl, stres, obezita) nebo porucha rovnováhy lokální vazomotorické regulace. Sekundární hypertenze je onemocnění, jehož příčinou je jiné základní onemocnění (např. onemocnění ledvin, hormonální poruchy). To je případ 5-15 % všech hypertenzních pacientů. Čím vyšší je stupeň arteriální hypertenze, tím více stoupá riziko

vzniku infarktu myokardu. Jednotlivé stupně arteriální hypertenze jsou popsány v tabulce viz. příloha č. 9.

3.3 Nikotinismus

U kuřáků je 3krát vyšší riziko vzniku koronární aterosklerózy. Nejenže oxid uhelnatý a nikotin působí toxicky na endotel cévy, ale také vyplavováním katecholaminu vyvolává vazokonstrikci, zvyšuje srážlivost krve a podporuje vznik trombu (Šafránková a kol., 2006). Kouření urychluje proces aterosklerózy, neboť podporuje průnik lipoproteinu do cévní stěny.

3.4 Diabetes mellitus

Lidé s diabetem mellitus jsou vysoce rizikovou skupinou. Výskyt infarktu myokardu je u nich 3krát vyšší než u lidí, kteří diabetem netrpí. Vyskytuje se čím dál tím více. V důsledku nedostatečného vylučování inzulinu nebo rezistence buněk na inzulin je metabolismus cukru poškozen, to se odráží i na metabolismu bílkovin a tuku v těle. Následkem toho dochází k aterosklerotickému poškození velkých, středních a drobných tepen a k tzv. mikroangiopatii.

3.5 Obezita

Obezita je závažným rizikovým faktorem, který přispívá k manifestaci, výše zmiňovaných rizikových faktorů, hypertenze a diabetu. *„BMI ovlivňuje ze 60% vznik diabetu 2. typu. Na patogenezi hypertenze se obezita a ischemické choroby srdeční podílí více než 20%. Zmnožení tukové tkáně je stěžejním patogenetickým momentem, ať už jako zdroj hormonu a prozánětlivých cytokinů, či jako významný faktor mechanické zátěže.“* (Heiner, 2011, s. 24). Nepochybně obezita podporuje vznik hyperlipoproteinémie, i když na druhou stranu i lidé štíhlí mohou trpět hyperlipoproteinémií. U obézních jedinců dochází ke zvýšení srdečního výdeje, protože srdce se snaží zásobit krví i zmnoženou tukovou tkáň. Významnější je břišní (viscerální) typ obezity než gluteo-femorální typ obezity, protože je provázen vyšším výskytem metabolických komplikací, jelikož tuk se hromadí v těsné blízkosti orgánů v dutině břišní. Charakteristickým pro břišní typ obezity je častá přítomnost inzulinorezistence a hyperinzulinémie, vysokého krevního tlaku a hyperlipoproteinémie, a proto je abdominální typ obezity podstatným vysokým rizikem metabolického syndromu. WHO prohlásila, že obezita je šestým nejzávažnějším rizikem

ohrožujícím lidské zdraví (Sovová a kol., 2005). Rozmach obezity je důsledkem dlouhodobé energetické nerovnováhy, kdy zvýšený energetický příjem překračuje energetické potřeby konkrétního jedince. Nejen energetický obsah potravy, ale i její složení je významným činitelem v dietě. Podíl a druh bílkovin (živočišné nebo rostlinné), tuky a cukry, nenasycené a nasycené mastné kyseliny, mono, di, polysacharidy, obsah vlákniny, mikronutrienty jako je třeba Ca, vitamíny atd. mají důležitý vliv na udržení energetické rovnováhy.

Výdej energie klesá z důvodu snižování fyzické práce v zaměstnání, při realizaci běžných denních potřeb, jako je cesta do zaměstnání různými dopravními prostředky, pohodlné nákupy, domácí práce nebo při trávení volného času, kdy se sedí u počítače nebo televize, nápadně se zvyšuje počet obyvatel se sedavým způsobem života. Význačným faktorem obezity je genetická predispozice polygenního charakteru, přičemž významný je šetřící gen v interakci s dalšími geny a zevním prostředím. Podíl dědičnosti na rozvoj obezity tvoří 25% až 40%.

Bazální (klidový) energetický výdej je další složkou ovlivňující vzestup tělesné hmotnosti. Je závislý na pohlaví, věku, tělesném povrchu a fyziologickém stavu organismu a odpovídá 60-75% celkového energetického výdeje. Další efekt na metabolismus organismu mají enzymy a hormony podílející se na oxidaci glukózy, mastných kyselin, proteinů, glukoneogenezi, lipogenezi, syntéze proteinů či na tvorbě tepla.

Pocit hladu je dalším činitelem podílejícím se na vzniku obezity. Je řízen obsahem živin v krvi, glukózy, volných mastných kyselin, triglyceridu, glycerolu, aminokyselin. Též na pocit hladu mají vliv centrální (v oblasti hypothalamu) a neuroendokrinní faktory (NPY, AGRP, MCH, inzulin, leptin, cholecystokinin a jiné). Nedostatek hormonu štítné žlázy (hypothyreóza) i nadbytek kortikoidu (Cushingův syndrom) mohou vést rovněž k obezitě.

Nezanedbatelnou oblastí je psychické rozpoložení a *sociálně-kulturní a ekonomická* situace jedince. U obézních osob je zjištěna zvýšená úroveň depresivního ladění. Mohou trpět bulímií (binge eating disorder), emocionálním přejídáním, syndromem nočního jedění, poruchou tělesného schématu. U osob se základním vzděláním je prevalence nadváhy a obezity vyšší než u osob s vysokoškolským vzděláním. Ve skupině jedinců, žijících v horších sociálně-ekonomických podmínkách, se obezita objevuje významně častěji (Hlúbik, 2009).

3.6 Nadměrná konzumace alkoholu

Konzumace alkoholu v České republice je vyšší než ve většině evropských států. Podle WHO činí spotřeba alkoholu v ČR, na osobu starší 15 let, 16,61 litru/rok (Popov, 2012). Zhruba 7,4% všech onemocnění a předčasných úmrtí v EU je zaviněno nadměrným užíváním alkoholu (Fišer a kol., 2009). Abusus alkoholu může poškozovat tělesné zdraví, aniž by ještě došlo k závislosti na alkoholu, které už má charakter psychologicko-psychiatrických potíží. Riskantní dávka pro muže je 60g a více čistého alkoholu denně (tj. 3 sklenky vína po 200ml nebo 3 püllitry 10° piva) a pro ženy 40g a více (tj. 2 sklenky vína nebo 2 püllitry 10° piva). Příčinou rozdílného množství je genetická odlišnost. Jednorázové (např. víkendové) přílišné pití alkoholu je spojené se zřetelným nárůstem rizika kardiovaskulární příhody více než pravidelné mírné pití alkoholu (10-20g alkoholu/denně). Studie WHO přinesla tvrzení, že pití malého množství alkoholu denně má kardioprotektivní účinek, avšak je třeba posoudit individuální rizika alkoholu, která mohou převážit nad jeho benefity.

Ze žaludku na lačno je 20% alkoholu vstřebáváno přímo přes gastrické vény do krve a za minutu se již alkohol dopraví do mozku. Ze střev se za 15 minut až za 1,5 hodiny alkohol absorbuje do portálního oběhu, nejrychleji v horní části tenkého střeva a putuje do jater (Šamánek a kol., 2009). K detoxikaci alkoholu slouží tři metabolické systémy: *enzym alkoholdehydrogenáza*, který jej oxiduje na toxický acetaldehyd, *systém MEOS* (vázaný na organely jaterních buněk) a *jaterní kataláza*.

Dlouhodobá konzumace alkoholu v nadměrném množství může být příčinou celé řady metabolických změn, hyperlipidemie, hyperurikemie, klesá zásoba glykogenu, zvyšuje se množství železa. U 95-100% nemocných s chronickým abuzem alkoholu se prokáže jaterní steatóza, u 10-35% alkoholická hepatitida, u 8-20% jaterní cirhóza a dochází k poškození i jiných orgánů (srdce, pankreas, mozek aj.). Většinou lze v laboratorních výsledcích nalézt zvýšenou aktivitu jaterních enzymů AST, GMT, ALP, dále makrocytózu, zvýšené IgA, hypokalemii, trombocytopenii. Nadměrné množství alkoholu zhoršuje vysoký krevní tlak a cukrovku, může vést k poruchám srdečního rytmu, k poruchám srážlivosti krve a k následnému krvácivému stavu. V důsledku zvýšené spotřeby energie na odbourávání alkoholu v těle dochází k hypoglykemii a též k dehydrataci organismu. Nebezpečná je i interakce alkoholu s některými léky, jako jsou zejména nesteroidní antirevmatika, beta-blokátory, antibiotika, antihistaminika,

psychofarmaka, antikoagulancia. U dlouhodobých pijáků se pozoruje porucha metabolismu lipidů. Dochází ke zvýšení triacylglycerolu a cholesterolu i jeho formy HDL. Negativní účinky alkoholu se projevují v rizikovém chování spojenými s úrazy (často s následnou smrtí nebo trvalými následky), s alkoholismem, negativním vlivem na průběh jaterního onemocnění a na výskyt onkologických onemocnění (nádory jícnu, hltanu, jater, prsu, tlustého střeva).

Dopad nepřiměřené konzumace alkoholu je u kardiaků stejný jako u zdravých jedinců, kteří alkohol nadužívají. U kardiaků se však rizika zesilují a přidávají se k nim další, k nimž jsou právě kardiaci náchylní (např. fibrilace síní vedoucí k cévní mozkové příhodě či embolickým komplikacím, přetížení levé srdeční komory a tím nadměrné "pumpování" srdce nebo "alkoholická" dilatační kardiomyopatie).

3.7 Dlouhodobý nedostatek fyzické aktivity

Sedavý způsob života přináší negativní jevy uvnitř zdravého organismu. Nastupuje deondice a atrofie kosterních svalů, ochabuje srdeční svalovina a snižuje se tvorba nových krevních vlásečnic zásobujících svalstvo. To se projeví zhoršenou tolerancí k zátěži, rychlým nástupem dušnosti a únavy (Chaloupka, 2004). Dlouhodobá hypokineze je rizikovým faktorem pro rozvoj mnoha chronických onemocnění, včetně kardiovaskulárních chorob, které jsou hlavní příčinou úmrtí v západní civilizaci. Nedostatek pohybu posouvá sympatovagovou rovnováhu směrem k sympatiku. To vede ke zvýšení odporu v cévách a ke zvýšení systolického a diastolického tlaku, u hypertoniků dochází ke zhoršení hodnot krevního tlaku.

Snížená tělesná aktivita má vliv na lipidový a sacharidový metabolismus. To zahrnuje pokles využívání tuku jako energetické složky, a naopak stoupá využívání sacharidu, tím klesá efektivita celého systému, který zabezpečuje utilizaci energetických rezerv. Souběžně se snižuje citlivost buněčných receptorů na inzulín, zvyšuje se hladina TAG a LDL, klesá hladina HDL a přibývá tukových zásob v adipocytech. Dochází ke zpomalení metabolismu. Nedostatek pohybové aktivity nepodporuje příznivé rozšíření cévního průsvitu. Dodávka kyslíku do srdce, svalů a jiných orgánů klesá. Snižuje se objem krve asi o 5-10% a také se zmenšuje objem plazmy. To vede k nedostatečnému žilnímu návratu do srdce, to musí více pracovat, zrychluje se tepová frekvence na úkor zkrácení diastolické fáze a nedostatečného prokrvení myokardu, zmenšuje se systolický objem krve. Krev je

vypuzena do velkého oběhu a zhoršuje se tak cirkulace celého organismu. Dochází k nedokonalé kontraktilitě srdce a jeho přetížení.

3.8 Dlouhodobý stres

Stres je adaptační mechanismus člověka, který se spustí, když je dotyčný vystaven určitým silám nebo tlakům. Vyvolávacím momentem je například zvýšená odpovědnost v práci, velké množství úkolů, které je potřeba splnit, časová tíseň, problémy v rodině, ztráta partnera, finanční potíže apod.

Australský endokrinolog Hans Selye popsal 3 fáze adaptačního syndromu. *Poplachová fáze* je první odpověď organismu na stres, dochází k aktivaci sympatického nervového systému a vyplavení látek s rychlou mobilizací (tj.katecholaminy- adrenalin, noradrenalin, dopamin) z dřeně nadledvin, což způsobí zvýšený srdeční výdej a zvýšený krevní tlak, vazodilataci v mozku a svalovině a naopak vazokonstrikci v kůži a splachniku (Gulášová a kol., 2013). Dojde ke zvýšené srážlivosti krve, dále k stimulaci jater a k odbourávání glykogenu, aby se zvýšila nabídka glukózy buňkám CNS, svalů a srdce, zvyšuje se resorpce glukózy ve střevech a zároveň probíhá inhibice sekrece inzulínu a stimulace lipolýzy. To vše se děje kvůli přípravě jedince na boj nebo útěk a k jeho přežití.

Rezistentní fáze je typická pro dlouhotrvající adaptaci. Organismus se vyrovnává s přetrvávajícím ohrožením. V důsledku zvýšené koncentrace adrenalinu se aktivuje hypotalamus, který spouští hypotalamo-pituitárně-adrenální osu a výsledkem je sekrece kortikoidů z kůry nadledvin. Kortisol a kortikosteron působí na glukogenezi, mají katabolický účinek na proteinový metabolismus a jsou odpovědné za retenci tekutin a zvýšení krevního tlaku, mají protizánětlivý efekt. Cílem této druhé fáze je zajistit přežití po co nejdelší dobu.

Fáze vyčerpání nastává, když organismus není schopen účinně reagovat, stres trvá a byla vyčerpána všechna energie adaptace. Nastává přílišná nerovnováha v důsledku zvýšení některých tělních pochodů. V této fázi se začínají projevovat poruchy nebo choroby spojené s dlouhodobým stresem.

Projevem stresu je tachykardie, hyperglykémie, mydriáza, vyšší krevní tlak, bolest a sevření za hrudní kostí, nechutenství nebo naopak přejídání se, svalové napětí v krční oblasti a v dolní části zad spojené s bolestí, úporné bolesti hlavy a v pozdější době nespavost, chronická únava, porucha pozornosti, pocity beznaděje apod. Tyto

neurochemické a neurofyziologické procesy v organismu mají vliv na kardiovaskulární systém. Z hlediska evoluce pomáhal stres lidem vyrovnat se s fyzickým ohrožením, ale v dnešní době, kdy se jedná spíše o psychosociální stres není energie, která je vyplavena na boj nebo útěk, využita a poškozuje organismus. Cukry a tuky, které se vyplavují do krve, se nespálí, a to vede k poruše metabolismu cukru a usazování tuku na stěnách cév. Tím se urychluje kornatění a zúžení cév. Stresová reakce vyžaduje výkonnost kardiovaskulárního aparátu a častokrát dojde k infarktu myokardu. Velký a dlouhodobý stres zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění až o 50%.

4 Režimová opatření po prodělaném akutním infarktu myokardu

U pacientů po infarktu myokardu je nutná změna rizikového chování, nezdravé stravovací zvyklosti, kouření, sedavý způsob života. Provedení této změny vyžaduje profesionální pomoc a silnou vůli pacienta. Nezanedbatelnou oblastí v lidském životě jsou vztahy s druhými. Udržování pozitivních rodinných, přátelských a pracovních vztahů má protektivní funkci ve stresových životních podmínkách.

4.1 Tělesná kondice

Nemocní po prodělaném infarktu, kteří jsou propuštěni z nemocnice, mají tři možnosti rehabilitačních programů. První možností *řízený trénink* (vždy na doporučení ošetřujícího kardiologa). Je nutné zahájit ho ambulantně do tří týdnů od propuštění z nemocnice. Cvičení se provádí ve skupinách 4-6 osob a trvá 45 až 60 minut 2-3x týdně po období 3 měsíců. Skupiny se rozdělují do třech kategorií podle závažnosti klinického nálezu, funkce levé komory a tolerance zátěže pacientem. Rehabilitační program probíhá v aerobním režimu, to znamená pod úrovní anaerobního prahu. Jestliže převládá anaerobní metabolismus (dojde k překročení anaerobního prahu) nadměrná tvorba laktátu v pracujících svalech způsobí metabolickou acidózu, která může vést k nežádoucím komplikacím. Proto každý jedinec po infarktu myokardu absolvuje zátěžové EKG nebo nejlépe spiroergometrii, což je zvyšování zátěže na bicyklovém ergometru do subjektivního maxima se současným vyhodnocováním respiračních plynů. V průběhu zátěže je sledován maximální příjem kyslíku (VO_2), výdej oxidu uhličitého (VCO_2), dále stupeň zátěže ve Watech, srdeční frekvence, krevní tlak a EKG. Vyhodnocují se maximální dosažené vrcholové hodnoty (peaky) a rovněž hodnoty na úrovni anaerobního prahu. Vrcholové hodnoty představují hranici maximální krátkodobé zátěže. Anaerobní práh se rozpozná dle změn ventilačně respiračních parametrů při postupném zatížení. Pro vytrvalostní trénink je významně důležité zjistit hodnoty zátěže a srdeční frekvence na úrovni anaerobního prahu, které ukazují bezpečnou hranici zatížení. Tyto hodnoty se při tréninku mohou blížit anaerobnímu prahu, ale nesmí jej překračovat. Tréninková jednotka se skládá ze zahřívací fáze, aerobní fáze, též posilovací a relaxační fáze, během níž je monitorována srdeční frekvence, krevní tlak, u rizikových pacientů EKG. Dále jsou sledovány subjektivní pocity intenzity fyzické zátěže pomocí Borgové stupnice

a subjektivní potíže, jako jsou stenokardie, dušnost, palpitace. Srdeční frekvence a krevní tlak se měří v klidovém stavu před samotným cvičením a po skončení tréninku. Užitečnou pomůckou k stanovení správné intenzity zátěže během tréninku je test „zpívat, mluvit, těžce dýchat“. Při nedostatečné zátěži je cvičící schopen zpívat, pokud je zátěž přiměřená je schopen pouze mluvit a při nadměrné zátěži lape po dechu. Netolerance zátěže je důvodem k zákazu fyzického tréninku. Kontraindikací jsou tyto diagnózy: nestabilní angina pectoris, manifestní srdeční selhání, disekující aneurysma aorty, těžká aortální stenóza, sinusová tachykardie $> 120/\text{min.}$, život ohrožující arytmie, systolický tlak > 200 mmHg a diastolický tlak > 115 mmHg, symptomatická hypotenze (Chaloupka a kol., 2005).

Druhou možností je *individuální domácí trénink*. Je východiskem pro pacienty, kteří nemohou nebo nechtějí absolvovat ambulantně řízený program nebo lázeňskou léčbu. I za těchto okolností je základním krokem provedení zátěžového testu, od kterého se odvíjí doporučená tréninková srdeční frekvence a tréninková zátěž. Pacient je edukován o způsobu, intenzitě a frekvenci cvičení. Ideální jsou vytrvalostní sporty, které zvyšují kondici srdečního orgánu. Prospěšnými aktivitami jsou chůze, plavání, jízda na rotopedu, běh. Individuální přístup pacienta, který bere ohledy na své potřeby, výrazně zvýší úspěšnost pohybového režimu. Pochopitelně se nedoporučuje věnovat se výkonnostním sportům a jakýmkoliv soutěžním disciplínám s emočními výkyvy, které jsou spojeny s rizikem komplikací. Vybraná pohybová aktivita by se měla provádět 45-60 minimálně 2x týdně, optimálně 3-5x týdně. Pacient by měl znát fyziologickou a patologickou reakci organismu na zátěž a vědět, kdy trénink přerušit. Při vykonávání fyzické aktivity je třeba brát v úvahu vliv počasí, které může umocňovat zátěž pacienta.

Ústavní lázeňská rehabilitační léčba je třetí možností, jak může probíhat rehabilitace. Pacient může být odeslán do lázní z nemocnice v prvním pooperačním týdnu, nebo se nástup do lázní uskutečňuje po ambulantně řízeném tréninku. Lázeňské zařízení slouží k vytvoření návyku správného životního stylu, odstranění existujících rizikových faktorů ICHS a potlačení stresových psychických vlivů. Předání pacienta ústavní rehabilitační léčbě se řídí indikačním seznamem. Organizace lázeňské léčby se sestává ze střídání různých druhů pohybové aktivity, balneologické a fyziatrické léčby, dietických opatření, protikuřácké intervence, psychoterapie a zdravotní výchovy. Do pohybové aktivity jsou zařazeny skupinový tělocvik 30 minut denně, aerobní trénink na bicyklových ergometrech 30 minut denně, chůze v terénu s kardiotachometrem 60 min. denně, „nordic-

walking“, rehabilitace v bazénu, včetně plavání. Vše probíhá za dozoru rehabilitačních pracovníků. Osoby s kardiovaskulárním onemocněním jsou léčeny v lázních Teplice nad Bečvou, Poděbradech, Konstantinových Lázních a Františkových Lázních.

4.2 Strava

Podle výživových doporučení je nutné dodržovat příznivý poměr jednotlivých živin, tuků, cukrů, bílkovin, vlákniny a zásadní je i množství a složení potravy. Je nutné nezapomínat na správný stravovací režim, který je rozložen do 5 denních dávek a pauza mezi jednotlivými jídly je 3 hodiny. Budeme-li se řídit těmito doporučeními, můžeme dosáhnout potřebného cíle, dobrého zdravotního stavu.

Celkový denní příjem bílkovin by se měl rovnat 15%, příjem tuků by měl odpovídat 25-30%, sacharidy by měly tvořit 55-60% energetické hodnoty stravy, vlákniny by se mělo zkonsumovat 30g/den. Množství cholesterolu v přijaté potravě nesmí překročit 300 mg/den. Ve stravě by měly převažovat rostlinné tuky, které obsahují nenasycené mastné kyseliny. Z celkového příjmu tuků za den připadá na nasycené mastné kyseliny pouze 7%. Racionální stravování by mělo vést u osob s nadváhou a obezitou k normálním hodnotám tělesné hmotnosti. U osob s přiměřenou tělesnou hmotností by se mělo zabránit nárůstu hmotnosti. Kategorie body mass indexu s minimem zdravotních rizik se pohybuje v rozmezí 18,5 - 24,9 kg/m².

Sacharidy zaujímají v našem jídelníčku největší část. Důležité jsou složené sacharidy, které jsou např. v celozrnném pečivu, rýži, těstovinách, bramborách, luštěninách. Jednoduché sacharidy jsou např. v ovoci, sladkých potravinách a mléčných výrobcích. Cukry v moučnicku, ve slazených nápojích a cukrovinkách jsou pouze okamžitým zdrojem energie a nemají žádné výživné látky a velmi rychle po nich nastoupí hlad a únava. Příjem sacharidů v této podobě by měl být pouze příležitostní.

Tuky jsou větším zdrojem energie než sacharidy. Mají dvojnásobnou energetickou hodnotu. Nesmyslným mýtem je, že při redukci váhy se nesmí přijímat žádný tuk. Tuky jsou ovšem nezbytné pro vstřebávání řady důležitých vitamínů A, D, E, K a mají kladný vliv na mnoho pochodů v lidském organismu. Z tohoto důvodu je nevynecháváme, ale vybíráme správný druh. Při přípravě jídel je nejvhodnější používání rostlinných olejů olivového, řepkového nebo slunečnicového. V konzumaci masa upřednostňujeme libové maso drůbeží, králičí, krůtí a rybí. Ryby a mořské plody obsahující omega-3 mastné kyseliny, které mají protektivní účinek na kardiovaskulární systém. Ryby by měly být

zařazeny 1-2x týdně. Spotřeba červeného masa by se měla omezit na 1-2x měsíčně. Maso bílé, libové, bez kůže se doporučuje jíst 3-4x týdně. Nevhodnými potravinami pro racionální výživu jsou živočišné tuky jako sádlo, tučná masa, uzeniny, vnitřnosti, husí, kachní maso, plnotučné mléčné výrobky. Velice prospěšné je konzumování ořechů a lněných semínek.

Denně bychom měli zkonzumovat 200g zeleniny a 200g ovoce, protože tyto potraviny jsou zdrojem vlákniny, iontů a vitamínů (Rosolová, 2013). Snižit je třeba množství soli v jídelníčku do 5g/den, týká se to obzvlášť hypertoniků. Tepelná úprava jídel spočívá ve vaření a dušení, jen tak se zamezí vytváření toxických produktů např. při smažení na tuku. Časté pečení a grilování též není vhodné. Člověk by měl přijmout přibližně 2 litry tekutin denně, rovnoměrně během dne ve formě obyčejné vody, bylinkových čajů, zeleninových a ovocných šťáv nebo ředěných džusů.

4.3 Nikotinismus

Syndrom závislosti na tabáku je zařazen do mezinárodní klasifikace seznamu nemocí pod kódem F17.2. WHO označuje kouření za drogovou závislost a je nutné k této závislosti přistupovat jako k chronické nemoci (Pešek a kol., 2008). Člověk závislý na nikotinu vykouří minimálně 10 cigaret denně a musí si zapálit první cigaretu do 60 minut od probuzení. Většinou se závislost projevuje jak na fyzické, tak i na psycho-sociální úrovni. Nedostatek nikotinu v těle se projevuje nervozitou, podrážděností, neschopností soustředění, nutkavou touhou si zakouřit, zvýšenou chutí k jídlu (hlavně sladkostí), bolestí hlavy, malátností, pocitem sucha v ústech nebo knedlíku v krku, nevolností. Psycho-sociální závislost na kouření je spojena s určitými rituály, jako jsou nabízení cigaret, zapalování, pozorování plamene zápalek či cigaretového dýmu. Tyto rituály u mnoha osob pomáhají dočasně snížit stres, úzkost nebo překonání osobních komunikačních bariér s kolegy, partnery, neznámými lidmi. Člověk takové naučené chování pevně fixuje a není lehké ho nahradit zdravějšími způsoby zvládnání situací.

Základem zanechání kouření je motivace. Používají se hodnotící testy, dotazníky ke zjištění míry motivace. Pokud kuřák nepocítuje potřebu přestat s kouřením, je na místě, aby zdravotnický pracovník vždy aktivně motivoval dotyčného, ale příliš na něj nenaléhal. Motivací pro pacienta mohou být vzniklé zdravotní problémy např. kardiovaskulární nebo plicní onemocnění, zdraví jeho bližních a jeho dětí, pozitivní změny, jako jsou zmizení

zápachu z úst, lepší vnímání chuti, lepší vlastní image, více finančních prostředků k dispozici.

Přerušit fyzickou a psychickou závislost napomáhá řada psychoterapeutických postupů, nejznámější je kognitivně-behaviorální technika. Farmakologická terapie nezabrání v kouření cigaret, ale slouží jen ke zmírnění abstinčních příznaků z odnětí drogy-nikotinu (Čupka a kol., 2005). Úkolem je naučit se prožívat den a zvládat situace, aniž by se musela zapálit cigareta, poznat nová náhradní řešení a využívat techniky vedoucí ke změně.

Při návalu chuti na cigaretu se používá program pěti bodů. Prvním bodem je pít pomalu vodu a držet ji v ústech pro uchování chuti. Druhým bodem je zhluboka dýchat a proventilovat plíce. Třetím bodem je konzumace něčeho co připomíná cigaretu v ústech např. tyčinky pendreku, na malé kousky ve tvaru tyčinek nakrájené ovoce nebo zelenina. Čtvrtým bodem je provádění nějaké činnosti, fyzické aktivity, aby se odvrátily myšlenky na kouření. Pátým bodem je opakování důrazného prohlášení své motivace, proč chceme přestat kouřit. Po pěti minutách chuť na cigaretu slábne. Všechny tyto body slouží jako náhradní manévry místo kouření cigaret, a jako rozptýlení. Rovněž je důležitá podpora okolí. Kuřák by se neměl bát o ni požádat druhé. Odměňovat by se měl za to, že zvládl nekouřit v těžké situaci, měl by se vyhýbat rizikovým situacím jako zakouřená hospoda, společnost kuřáků, pití alkoholu nebo kávy. Mohou též pomáhat předměty, které připomínají abstinenci jako např. fotografie místa, kam člověk pojedete na dovolenou za ušetřené peníze, fotografie dětí apod. Je potřeba využít něčeho jiného, všimnout si toho, co pomáhá zvládat bažení po droze. Osvědčuje se zařadit více tělesného pohybu, sportovat. Udrží se tím lépe váha, která může narůst při odvykání kouření v průměru o 4 kg. Samozřejmostí je odstranit všechny předměty z okolí, které by přispěly k návratu ke kouření (cigarety, popelník a zapalovač).

Pro vyšší úspěšnost léčby závislosti na nikotinu jsou behaviorální postupy doplněny farmakoterapií. Na trhu jsou k dispozici různé lékové formy *náhradní léčby nikotinem* a léky, které potlačují abstinční příznaky jinou cestou než náhradou čistého nikotinu. Dodání čistého nikotinu do těla v podobě NTN je vždy více bezpečnou volbou než kouření cigaret, obsahujících kromě nikotinu dalších 4000 chemických látek, z nichž je nemalé množství karcinogenní povahy (Česká asociace sester, 2010). NTN by měla trvat 8-12 týdnů, ale při neúspěchu v odvykání je možné i déle. Zásadní je dostatečné dávkování a neukončení léčby předčasně. Snižovat dávku nikotinu je nutné postupně po 2 měsících

užívání, definitivní konec léčby by měl nastat po uplynutí tří měsíců. Vždy je lepší se poradit s lékařem či jiným odborníkem na problematiku odvykání kouření. Možností NTN je inhalátor (10mg). Je výhodný pro kuřáky, kteří potřebují zaměstnat ruce. Vdechování vzduchu obohaceného nikotinem se provádí 20 minut. Během užívání orálních forem NTN se nesmí pít ani jíst kyselé (káva, džus), protože nikotin se vstřebává pouze v zásaditém prostředí. Další možností NTN jsou nikotinové náplasti (10, 15, 25 mg/16hodin nebo 14, 21mg/24 hodin). Nalepují se vždy ráno po probuzení na suchou, nemastnou a neochlupenou pokožku, místa aplikace se střídají, účinek nastupuje po 30 minutách, lze je namáčet. Náhradní léčba nikotinem ve formě žvýkačky (2 a 4mg) se může používat 8-10 krát za den. Tato léčba je poměrně efektivní a přirozená, protože pacient má pocit, že žvýká klasickou žvýkačku.

Dalším užívaným lékem je *antidepressivum* Bupropion SR. Začíná se užívat týden před plánovanou abstinencí. Kuřákům tento lék pomáhá snížit chuť na cigaretu a zmírňuje nikotinové abstinenční příznaky. Důvodem je zvyšování hladiny hormonu dopaminu v mozku, které bupropion způsobuje. Nejnovějším lékem je Vareniklin, který se váže na acetylcholin-nikotinové receptory v mozku a obsadí místo, na které se nikotin z cigarety již nenaváže.

Pacient se silnou závislostí na nikotinu, kterému se nedaří přestat kouřit, vyžaduje intenzivnější léčbu, kterou v současné době nabízejí centra pro závislé na tabáku. Novopečený nekuřák může získat kdykoliv podporu v léčbě prostřednictvím existující telefonické linky pro odvykání kouření. Abstinující člověk by měl být poučen a měl by si být vědom, že jen jedna zapálená cigareta ho s největší pravděpodobností vrátí zpět ke kouření.

4.4 Odpočinek

V životě potřebujeme optimální hladinu stresu, která působí na člověka povzbudivě, přináší tvůrčí energii a motivaci zdolávat i ty nejtěžší úkoly. Nedostatek podnětů vede naopak k nudě a v patologické podobě až k deprivaci (Večerová – Procházková a kol., 2008). V životě potřebujeme mít období klidu a aktivity v rovnováze. Jestliže se nerespektuje toto fyziologické uspořádání a nepřiměřeně se zatěžují psychické a fyzické síly dochází k vážnému poškození organismu. Často se stávají součástí našeho života spěch, vypětí, stres, důraz na výkonnost a neschopnost odpočívat. Je prokázáno, že když jsme v psychickém napětí, dochází i ke svalovému napětí celého těla. Různé způsoby

relaxace (např. fyzické aktivity, odpoutání pozornosti na jiný předmět, záměrné uvolnění celého těla, zastavení proudu myšlenek a jiné) snižují toto napětí. Každému člověku je příjemný jiný druh relaxace, proto je dobré vyzkoušet více forem a najít tu svoji. Pravidelná a kvalitní relaxace vede k regeneraci fyzické i psychické složky jedince, zabraňuje vyhoření a celkově přispívá k větší odolnosti proti působícím negativním vlivům. Relaxovat je možné i změnou činnosti. Kdo pracuje hlavou, bude pro něho vhodná aktivní relaxace (práce na zahrádce, fyzický pohyb, manuální práce). Samozřejmostí je, že tato činnost bude člověka i bavit. Ten kdo vykonává fyzicky náročnou práci, ocení jistě vířivou koupel, čtení pěkné knihy, zhlédnutí zajímavého filmu a jiné.

Dalšími metodami relaxace, které se mohou provádět bez přítomnosti odborníka je dechové cvičení, využití imaginace, soustředění pozornosti na smyslové vjemy. „*Dýchání* je jediná neurovegetativní funkce, kterou můžeme na rozdíl od jiných funkcí ovládat vůlí“ (Haluzíková a kol., 2010). Ke zklidnění celého neurovegetativního systému pomáhá navození pomalého a zároveň pravidelného rytmu dýchání. Všeobecně při různých aktivitách podporuje nádech aktivní pohyb, mobilizaci energie, koncentraci na určitý předmět. Výdech navozuje uvolnění, relaxaci. Při výdechu je snažší odvést pozornost od negativních představ, myšlenek, rušivých událostí či podnětů. Dechová cvičení lze uplatnit i v situaci únavy. Zbavit se únavy je možné prostřednictvím pomalého a dlouhého nádechu nebo nádechu složeného z přerušovaných úseků, či nádechu s postupně zvyšující se hloubkou a intenzitou. Výdech je potom krátký a energický. Pro rychlé dosažení relaxace v situaci stresu se využívá hluboké dýchání do břicha, které je třeba nacvičit. Během tohoto dýchání se soustřeďuje buď na vlastní dech, sleduje se vstup a výstup vzduchu nebo na břicho, jak se zvedá a klesá. Stačí provádět hluboké dýchání dvě až tři minuty a jeho účinky se dostaví. Různé druhy dýchání se využívají k odlišným účelům, mohou se provádět kdykoliv a kdekoliv. Je to snadný a dostupný prostředek relaxace.

Imaginace je relaxační technika spojující tělesné uvolnění s představami (Paulík, 2010). Při psychickém vypětí a nemožnosti odejít např. z kanceláře si představíme momenty, které jsme prožili a které byly krásné a plné pohody. Čím realističtější bude vyvolána představa tím úspěšnější bude relaxace. K relaxaci přispívá pozorování hezkých věcí kolem sebe jako např. květiny, obraz, přírodní scenérie, naslouchání krásné hudby a doteky člověka nebo zvířecího mazlíčka.

Pro potřeby hlubší relaxace se využívají nejčastěji *Schultzův autogenní trénink* nebo *Jacobsonova progresivní relaxace*. Tyto metody je třeba nejprve nacvičit pod odborným

vedením, a dále se pak mohou praktikovat samostatně. Typy lidí, kteří jsou neustále v časové tísní, by se měly naučit lépe využívat svůj čas a stanovit si žebříček priorit. V současné době k těmto účelům slouží nejefektivněji *Time management 4.generace*.

5 Role sestry v edukaci pacienta

Edukační činnost sester je důležitou součástí ošetrovatelské péče. Edukace zahrnuje, kromě jiného, podání informací o zásadách změny pacientova životního stylu tak, aby došlo ke snížení jeho kardiovaskulárního rizika. Jedná se o poučení o zdravém stravování, o pravidelném pohybovém režimu, o možnostech zanechání kouření a o omezení konzumace alkoholu. Účelem edukačního procesu je vedení pacienta k osvojení si odpovídajících dovedností a znalostí, které mu napomohou ke změně škodlivého chování. Důležité je, aby byla v edukaci zapojena i rodina pacienta. Sestra-edukátorka by měla mít takové vlastnosti, které dokážou pacienta vtáhnout více do léčebného režimu. Těmito vlastnostmi jsou: komunikativnost, trpělivost, empatie, vzdělanost v ošetrovatelství na dostatečné úrovni. Ze všeho nejdřív sestra vytvoří edukační plán, který musí obsahovat edukační téma, stanovený cíl ve specifické problémové oblasti, hlavní body plánu, správné edukační metody, časový harmonogram, pomůcky a hodnocení efektivity edukace. O edukačním plánu se vede záznam v dokumentaci, součástí kterého je i stručný popis reakcí pacienta na edukaci (Svěráková, 2012, s. 36).

Sestra by se měla vždy ujistit, že pacient pochopil sdělené informace a že je schopen provádět nacvičené dovednosti sám. Sestra klade pacientovi kontrolní otázky, například ohledně potravinové pyramidy, jaké potraviny by měl jíst a jak často. Ověřit dodržování léčebného režimu s odstupem času napomáhají objektivní ukazatele jako jsou laboratorní výsledky hladiny cholesterolu, glykémie, hodnota tělesné hmotnosti, hodnota krevního tlaku apod. Ocenění a pochvala pacienta při sebemenším pokroku povzbudí pacienta, aby pokračoval dále v započatých změnách. Edukovat pacienta není jen zodpovědností lékaře, ale především sestry. V kontaktu s ní se pacienti cítí jistější a nebojí se zeptat na věci, které je trápí. Navíc sestra tráví s pacienty mnohem více času a je tak zprostředkovatelem mezi lékařem a pacientem. Pacient, který obdržel informace od lékaře, je od sestry opakovaně vyslechně znovu. Jedině tak bude pacient schopen porozumět velkému množství nových informací souvisejících s jejich KV onemocněním.

Úkolem zdravotníka je umožnit pacientovi získání takových vědomostí, dovedností a návyků, které mu pomůžou obnovit zdraví, či udržet jej alespoň na přijatelné úrovni (Juřeníková, 2010, s. 8).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Formulace problému

Nemocní, kteří již prodělali infarkt myokardu, jsou ohroženi opakovanými výskyty KV příhod. Předějit dalším KV incidentům lze a to změnou pacientových životních návyků. Udržování zdravých životních návyků je celoživotní proces a není to vůbec snadné. Při dodržování léčebného režimu vystupují do popředí faktory, které zesilují nebo oslabují pacientovo odhodlání vytrvat v tomto způsobu života. Přizpůsobení životního stylu nemoci je velmi individuální, a proto se pokusím v praktické části bakalářské práce porozumět jednotlivým případům.

7 Cíl výzkumu

7.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit faktory, které ovlivňují dodržování léčebného režimu po prodělaném infarktu myokardu.

Cíl 2: Porovnat životní styl pacientů před infarktem myokardu a po prodělaném srdečním infarktu.

7.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

HO: Jaké faktory ovlivňují dodržování léčebného režimu po prodělaném infarktu myokardu?

Výzkumné podotázky:

Vp1: Přispívá závažnost nemoci k pevnějšímu rozhodnutí změnit životní styl?

Vp2: Napomáhá pacientovi podpora ze strany rodinných příslušníků k udržování dobré zdravotní kondice?

Vp3: Zhoršuje hluboce zakořeněný model životního stylu snahu pacienta dodržovat léčebný režim?

Vp4: Byli nemocní vystaveni stresu před vznikem infarktu a jak poté snížili stres ve svém životě?

Vp5: Ovlivňuje pacienta v léčebném režimu jejich motivace do života?

8 Druh výzkumu a výběr metodiky

8.1 Výběr metody

Pro bakalářskou práci jsem zvolila formu kvalitativního výzkumného šetření. Kvalitativní výzkum používá induktivní vědecké metody, hloubkově zkoumá jednotlivé případy, nezůstává jen na jejich povrchu, ale ke sběru dat používá nejrůznější typy rozhovorů a také využívá pozorování. Hlavním úkolem je porozumět myšlení určitých lidí, porozumět důvodům jejich chování, poznat jejich zkušenosti a způsob každodenního života. Zkoumání probíhá v přirozených podmínkách sociálního prostředí a vyžaduje delší časové období. Analýza dat probíhá současně se sběrem dat a po přezkoumání se mohou doplňovat nebo pozměňovat otázky a projekt výzkumu se může modifikovat. Výše zmíněné postupy umožňují kvalitativní výzkum charakterizovat jako pružný typ výzkumu. Zpráva o kvalitativním výzkumu zahrnuje místo zkoumání, rozsáhlé citace z rozhovorů a poznámky výzkumníka. Výsledky se nezobecňují, ale vždy se vztahují na individualní případ. Z výzkumu může vzejít nová teorie nebo zpochybnit stará a také se může vytvořit hypotéza.

Kvalitativní výzkum se provedl pomocí případové studie. V případové studii se jedná o podrobné studium jednoho nebo více případů, které se mohou porovnávat. Výběr případů, v tomto typu studie, je vždy cílený a volí se tak, aby došlo k odhalení souvislosti jevu u daného případu. Analýza dat u případové studie nemá určené specifické procedury. Záleží na výzkumníkovi, kterou analytickou metodu zvolí, jde o interpretativní práci. Pro analýzu dat byl využit postup kódování s následným vytvořením kategoriálního systému. Na tuto etapu navazovala interpretace výsledků jako celek a nakonec porovnávání období těsně po zákroku a čtvrt roku po zákroku.

Na začátku analýzy dat byl prepis rozhovoru. Poté následoval postup nazývaný segmentace, kterým se data rozdělily do analytických jednotek. Postup spočívá v pozorném pročitání textu řádku po řádce a ptáme se, zdá se jedná o segment, který má význam v souvislosti s výzkumným cílem. Významnou jednotkou může být slovo, věta, odstavec či celý dokument. Dalším krokem bylo kódování a vytváření kategoriálního systému. Kódování nám usnadňuje lépe popsat data. Kód je symbol přiřazený k úseku dat, který se dále třídí do kategorií. Pro lepší přehlednost dat se využily diagramy.

Prostřednictvím výše uvedených metod byly identifikovány zvláštnosti a pravidelnosti v datech, také byly nalézány spojitosti určitých jevů se zkoumanou problematikou.

8.2 Výběr případu

Do výzkumného vzorku byli vybráni pacienti, kteří prodělali infarkt myokardu. Šest respondentů-mužů souhlasilo s prvním rozhovorem časně po zákroku/operaci v prostorách FN Lochotín v Plzni. Výzkumný vzorek se skládal ze dvou skupin pacientů. První skupinu tvořili pacienti léčení perkutánní koronární intervencí. Druhá skupina pacientů byla léčena CABG. Před samotnými rozhovory s pacienty, byly všichni informováni o účelu tohoto kvalitativního šetření a byli ujištěni o zachování jejich anonymity v bakalářské práci. Od všech dotazovaných byl získán podepsaný informovaný souhlas, kde byli pacienti seznámeni s průběhem výzkumného šetření. Druhý rozhovor s respondenty se uskutečnil čtvrt roku po zákroku/operaci v jejich domovech. Jeden z respondentů odmítl druhý rozhovor a konečný výzkumný soubor tedy tvořilo pět respondentů.

8.3 Způsob získávání informací

Sběr dat byl realizován prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly na standardním kardiologickém oddělení a na kardiochirurgickém oddělení se souhlasem manažerky pro vzdělávání a výuku NEZP a následně i se souhlasem vrchních sester jednotlivých oddělení. Získávání podkladů pro kvalitativní šetření pomocí rozhovorů proběhlo v září 2013. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval otevřené otázky, které byly doplněny novými otázkami vznikajícími během rozhovoru a které směřovaly do hloubky problému. Do otázek byly zakomponovány škály intenzity bolesti a stupeň závažnosti zdravotního stavu.

První rozhovor s pacienty obsahoval osm možných problematických oblastí. První oblast se týkala pocitu vlastního ohrožení. Další byla oblast stresu. Třetí oblast se týkala dosavadního životního stylu. Čtvrtá oblast zohledňovala pacientův názor na vliv jejich chování na vznik srdečního onemocnění. Pátá oblast se dotýkala hluboce zakořeněných životních návyků. Šestou oblastí byla motivace být zdravý. Sedmou oblastí byla aktivní účast pacienta a osmou a poslední oblastí byla sociální podpora. Doba trvání rozhovoru byla přibližně 30 minut.

Druhý rozhovor s účastníky výzkumu se odehrál v lednu 2014 v domovech respondentů. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a pak přepsány do psané podoby.

9 Analýza a interpretace případových studií

9.1 Časně po operaci

9.1.1 Pacienti po PCI

První respondent (I1) je muž ve věku 58 let, který pracuje jako OSVČ ve stavebnictví. Měří 176 cm a váží 79 kg. U tohoto pacienta je léčena arteriální hypertenze. Byl hospitalizován pro diagnózu non-Q IM komplikovaný fibrilační zástavou oběhu. Rozhovor s ním probíhal na vyšetřovací místnosti zhruba 30 minut 18. den hospitalizace. Respondent (I2) odmítl druhý rozhovor, byl tedy vyřazen z kvalitativního výzkumu. Třetí respondent (I3) je muž ve věku 63 let. Měří 168 cm a váží 78kg. Je v důchodu, ale příležitostně pracuje pro několik stavebních firem, je OSVČ. Byl hospitalizován pro akutní non-Q IM bez komplikací, léčený pro arteriální hypertenzi. Rozhovor probíhal 3. den hospitalizace. Délka rozhovoru byla 33 minut.

9.1.2 Pacienti po CABG

Čtvrtý respondent (B1) je muž ve věku 63 let. Měří 167 cm a váží 120kg. Je v částečném invalidním důchodu. Přivydělává si práci strážníka. Byl hospitalizovaný pro přechozený infarkt a byl indikován k bypassu. Nastaly komplikace po bypassu, krvácení a tamponáda. Léčený pro diabetes mellitus. Rozhovor probíhal na pokoji pacienta 14.den hospitalizace a trval celkem 31 minut. Pátý respondent (B2) je muž ve věku 62 let. Měří 180 cm a váží 89 kg. Pracuje jako zámečnick. Byl hospitalizován k provedení trojitého bypassu. Rozhovor probíhal na pokoji pacienta u lůžka 8. den hospitalizace a trval hodinu. Šestý respondent (B3) je muž ve věku 65 let. Měří 173 cm a váží 82 kg. Je v důchodu a má svoji autoopravnu. Léčený je pro vysoký krevní tlak. Měl infarkt a byl u něj provedený čtyřnásobný bypass. Rozhovor se uskutečnil na pokoji pacienta 10. den hospitalizace a trval 46 minut.

Kompletní přehled pacientů po PCI a CABG je uveden v tabulce 1.

Tabulka 1 – Souhrn demografických údajů

Respondent	Věk	Rodinný stav	Diagnóza	Typ operace	Zaměstnání
I1	56	Ž	AIM	PCI	OSVČ
I3	63	Ž	AIM	PCI	OSVČ
B1	63	Ž	Proběhlý IM, ICHS	CABG	P, D
B2	62	Ž	Proběhlý IM, ICHS	CABG	P
B3	65	Ž	Proběhlý IM, ICHS	CABG	P, R

Zdroj: vlastní

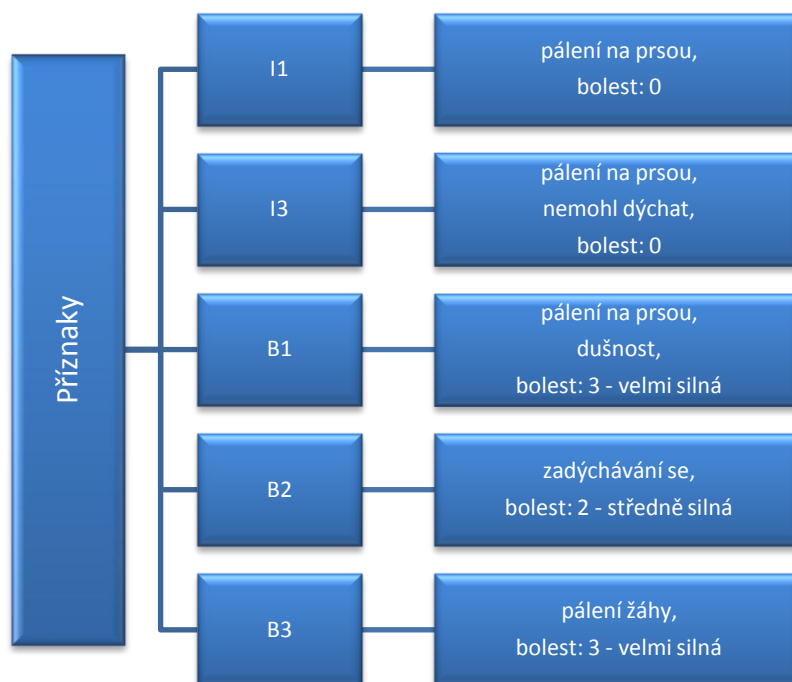
Legenda: Ž = ženatý, AIM = Akutní infarkt myokardu, ICHS = Ischemická choroba srdeční, PCI = Perkutánní koronární intervence, CABG = by-pass koronární tepny, P = placený zaměstnanec, D = invalidní důchodce, R = důchodce, OSVČ = osoba samostatně výdělečně činná.

9.1.3 Závažnost nemoci

Všichni 3 pacienti po PCI udávali, že neměli po zákroku žádné bolesti. Pacienti po CABG bolesti měli. Většinou tyto bolesti popisovali jako velmi silné. Pro zjištění intenzity bolesti byla použita číselná stupnice se šesti kategoriemi.

Velké bolesti měl respondent **B1**, uvedl: „*No, od začátku to se mnou bylo všelijaké, prý jsem šel do bezvědomí po operaci, měl jsem problémy se žaludkem po operaci, bolesti jsem měl moc velké.*“ Menší bolest uvedl respondent **B2**: „*No, bolesti, akorát při větším nadechnutí se nebo při odkašlávání, ale to je ta pooperační rána.*“ Respondent **B3** uvedl: „*Trpěl jsem jak zvíře. Dostáváte infúze, v tom jsou tlumící látky, tím se ta bolest zmírňuje. Hlavně po narkóze přišla bolest. Je to jako byste si narazila žebro, tupá bolest.*“

Obrázek 1 – Příznaky časně po zákroku

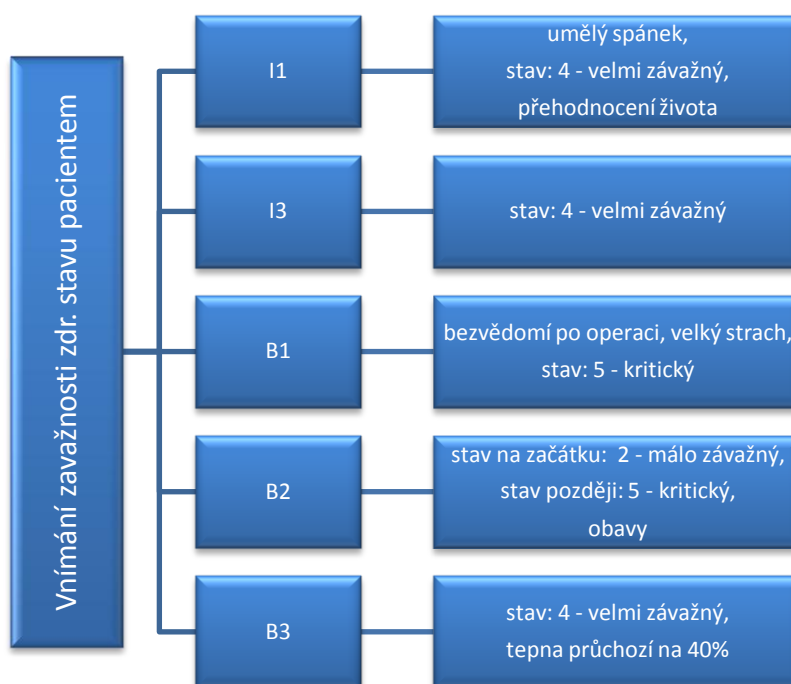


Zdroj: vlastní

Pacienti jak po PCI, tak po CABG vnímali svůj zdravotní stav buď jako velmi závažný nebo jako kritický stav, ohrožení na životě.

Na otázku „Domníváte se, že se jednalo o závažný zdravotní stav?“ respondent **I1** odpověděl: „ Já myslím, že asi jo, protože jsem byl v umělém spánku. Změnil se mi kompletně život. V práci, už nemůžu dělat výkon práce jako dřív“. **I3** uvedl: „Srdce je vždycky závažný stav, protože je to pumpa. Tato věc je kriticky závažná. U mě velmi závažná. Nemohl jsem dýchat. Mezitím manželka zavolala první pomoc a rovnou na ten sál, aby mi to udělali.“ **B1** se vyjádřil: „To určitě. Já bych řekl, že určitě stupeň 5 – kritický stav. Musel jsem si dýchat nitroglycerýn, protože jsem se hned udejal. Musel jsem celou dobu ležet na posteli. Měl jsem strach a velký. Hlavou Vám proběhne všechno možné. Táta umřel, nedávno také umřela sestra.“ **B2** sdělil: „To je těžké. Nejdříve jsem to vnímal jako málo závažný, potom jsem si ale uvědomil, že je to kritický stav.“ **B3** uvedl: „Já bych řekl velmi závažný stav, to mi říkal i primář. Tepna byla průchozí na 40%.“

Obrázek 2 – Vnímání závažnosti zdravotního stavu pacientem časně po zákroku



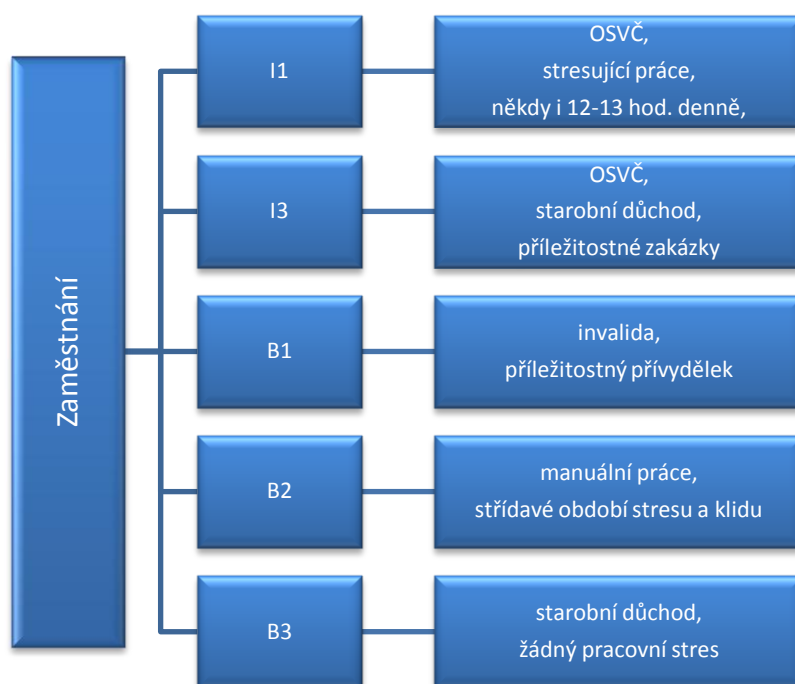
Zdroj: vlastní

9.1.4 Oblast stresu

Čtyři respondenti z pěti popisují, že měli stresující okolnosti. Jednalo se o pracovní stres, neschopnost odpočívat a také o stresovou situaci v rodině.

Respondent **I1** je osobou samostatně výdělečně činnou a sdělil: „Mám stresující práci, musel jsem dělat komplet nabídky musel jsem se o sebe postarat, abych měl nějaký ty peníze, abych měl hlavně práci. Někdy jsem dělal i 12-13 hodin denně.“ Z rozhovoru s **I3** vyplynulo, že před infarktem měl hodně práce. Uvedl: „ To jsem přehnal. Mám strojní dílnu a před infarktem se sešli všechny tři zakázky najednou. Práci už nehoním, ale když nějaká firma zavolá, tak pro ně dělám. Je to spíše nárazový.“ **B1** se vyjádřil, že se vždy rozruší kvůli svým dětem. Uvedl: „Na děti jsem moc velký pedant. Mám o ně starost, chci aby se měli dobře. S manželkou jsme o tom mluvili a říkali jsme, že s tímto budu muset přestat, že to nevyřeším za ně. “ Respondent **B2** tvrdil, že neumí odpočívat. Uvedl: „Odpočívám prací. Takové to, tohle ještě musím, tamto musím, toto jsem ještě nedodělal, no, neumím odpočívat“. **B3** uvedl: „V rodině jsou stresové situace. Teď nám teče do střechy do baráku, sehnat na to prachy, to jsou konflikty. Předtím jsme dělali novou koupelnu, obývací, stojí to moc peněz.“

Obrázek 3 – Zaměstnání



Zdroj: vlastní

Obrázek 4 – Soukromí

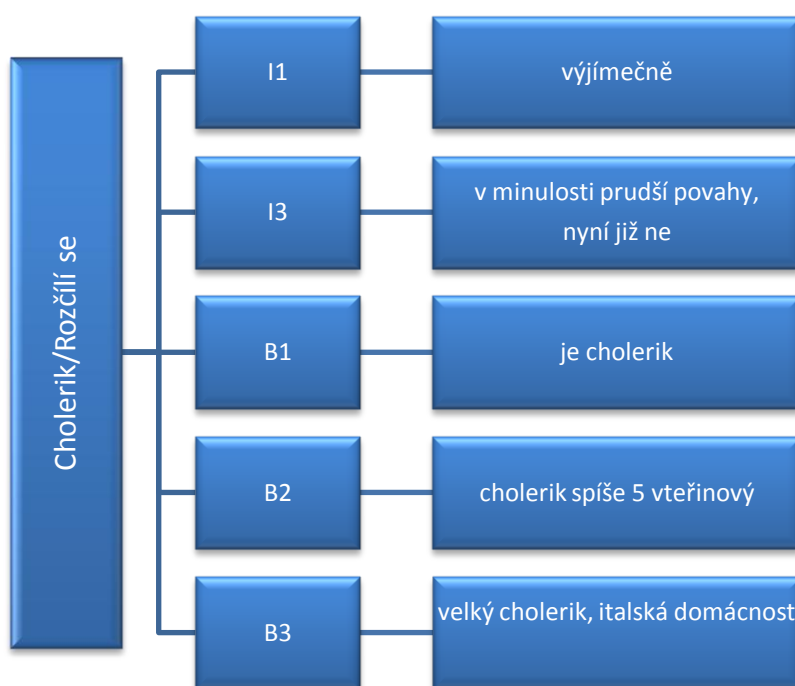


Zdroj: vlastní

Čtyři z pěti dotazovaných mají temperament cholerika. Jeden respondent se rozčílí jen občas.

Respondent **I1** uvedl: „*Výjimečně. Někdy jsem vybuchnul.*“ **I3** uvedl: „*Teď už ne. Býval jsem i prudší povahy to jo.*“ **B1** odpověděl: „*Jsem cholerik, to je pravda.*“ **B2** sdělil: „*Jsem cholerik spíše 5 vteřinový. Takový to, chvíli ano a pak už nic. Já to v sobě nikdy nedusím. Dokážeme se s chlapama pohádat a pak už to jde.*“ **B3** se rozčiluje často a uvedl: „*Cholerik jsem velký, žiju přímo italským životem.*“

Obrázek 5 – Cholерik



Zdroj: vlastní

9.1.5 Hluboce zakořeněný model chování

Tři respondenti uvedli, že jejich rodiče měli zahrádku a tudíž měli přístup k ovoci, zelenině. Jeden respondent dokonce sdělil, že měli vlastní kuřata a králíky. Ostatní tři respondenti odpověděli, že neměli vyváženou stravu v době jejich ranného mládí. Většina dotázaných se shoduje, že za dob jejich mládí se maso v jídelníčku objevovalo málo.

Respondent **I1** uvedl: „*Libové maso, zelenina, ovoce minimum, spíše nepravidelně. Jedli se hodně brambory, na Moravě se knedlíky moc nejl.*“ **I2** uvedl: „*Strava byla málo*

vyvážená. *Byly omáčky, knedlíky. Ovoce, zelenina tak 2x týdně.*“ **I3** sdělil, že v jeho ranném mládí byla strava vyvážená a že má hodně rád i do teď králíčí maso: *„Spíše bylo hodně toho ovoce, zeleniny, třešně, jablka, mohl jsem si utrhnout kedluben, mám rád i mrkev“* **B1** přiznává: *„Za totality ovoce nebylo dostupné. Jablka, hrušky čerstvé na stole nebyly, nemohl jsem si vzít, když bych na to dostal chuť. Nás bylo 9 dětí, co nám dali to jsme snědli, vyvážené to moc nebylo.“* **B2** popsal: *„Ryby byly, drůbež ani tak ne, nebylo to časté. Měli jsme zahrádku, salát, rajčata, jídla měli zeleninový základ.“* **B3** to vylíčil takto: *„Jídlo v období po válce bylo spíše tučné, lidi byly na to zvyklí. Maso tolik nebylo. Měli jsme zahrádku, ovoce, zelenina se natrhaly, uskladnily a přes zimu se to bralo.“*

Dva ze šesti respondentů nejí ryby. Čtyři dotázaní odpověděli, že jí ryby velmi málo. Co se týče ostatních druhů jídel dva respondenti přiznali, že se stravovali nezdravě, jedli typická česká jídla, ale ve svém jídelníčku měli zeleninu, ovoce. Dva účastníci kvalitativního rozhovoru se domnívají, že jedli vyváženě. Jen jeden účastník výzkumu byl diabetik, ale nedržel diabetickou dietu. Poslední respondent nepovažoval za důležité hlídat složení stravy, konzumoval jídlo bez rozmyslu.

I1 uvedl : *„Vyvážená strava - to víte, nepřemýšlel jsem, jedl jsem bůček, kachnu atd. Zeleninu, ovoce to jsem jedl denně, většinou se dělali saláty.“* **I2** vyjádřil svůj názor: *„Já si myslím, že jídlo bylo vyvážené. Manželka dělala až moc zeleniny, zeleninu jsme měli určitě obden, vařeno bylo. Ovoce bylo furt, mohl jsem si vzít, co jsem chtěl. Jím všechny druhy masa. Střídá se to, někdy salám, někdy sýr, někdy vejce k večeři.“* **I3** vysvětlil: *„Vyvážená strava - to nevím, to co mi chutná. Jím málo, nepřecpávám se. Zelenina – to jsem převít, zeleninu moc rád nemám, spíše jím takový ty přílohy jako zelí, kapusta, mrkev, ty specialní saláty, co se dělají, tak to moc nemusím, zeleninu nejvýš 2x týdně. To spíše jím ovoce někdy i několikrát za den, jinak tak 4x týdně.“* **B1** uvedl: *„Strava myslím byla celkem vyvážená. Dietu jsme neměli, i když jsem já i manželka cukrovkáři. Ovoce jsme měli až moc. Vezmu si např. mrkev, přidám si k ní mandarinky atd., a takto jíme zeleninu skoro každý den. Zeleninu jíme ve formě salátu. Zeleninu mám rád. Snažíme se omezovat vepřové, spíše jíme kuřecí, vaříme na řepkovém oleji. Většinou jíme rýži, brambory, knedlíky nemáme rádi. Manželka umí vařit dobře. Polévky jsou denodenně, bez jíšky, spíše kuřecí vývar.“* **B2**: *„Vyvážená strava moc nebyla. Bylo to takový mechanický. Spíše jsem snědl toto a pak tamto. Ovoce, zeleninu 3-4x týdně. Snažil jsem se jíst zeleninové saláty.“* **B3** odpověděl: *„Jako každý Čech, bůček, řízek, svičkovou, prostě nezdravý. Ono to stejně*

nepomáhá víte, když někdo jí zdravě. Rajskou, okurku k večeři. Ovoce, zelenina tak 3x týdně. Manželka dělá zeleninovou polévku a víte není to nejhorší. Mrkev moc nemusím. Jsem na štíru s rybami.“

Obrázek 6 – Dosavadní životní styl



Zdroj: vlastní

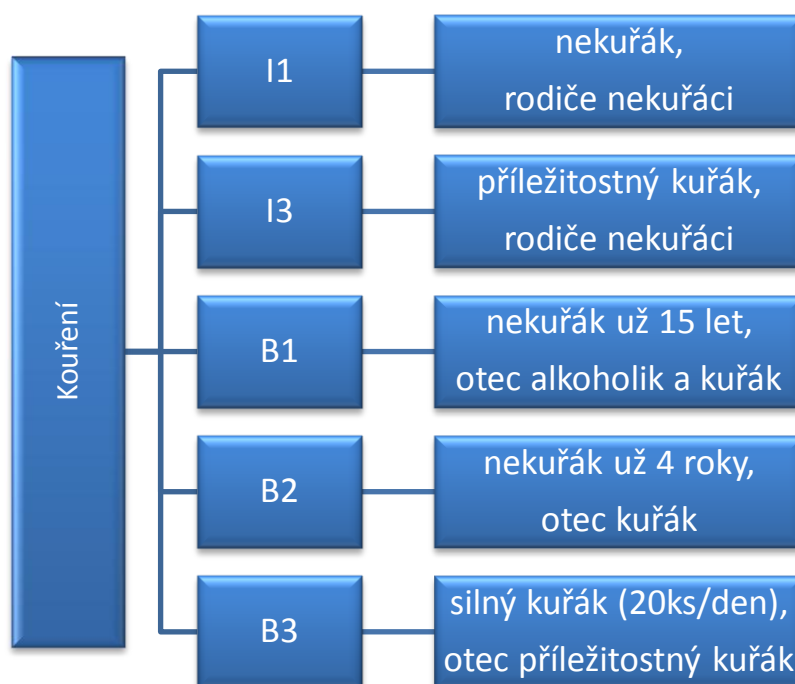
9.1.5.1 Kouření

Na poli zneužívání návykových látek se objevil jeden silný kuřák z pěti účastníků výzkumného šetření. Druhý respondent udával, že přestal kouřit před čtyřmi lety. Další z dotázaných uvedl, že je příležitostný kuřák. Zbylí dva respondenti nekouří.

I1: „V původní rodině nikdo nekouřil. Nekouřím.“

I3: „Nikdo z rodičů nekouřil. Já kouřil jen příležitostně, třeba na narozeninách a tak.“ **B1:** „Otec byl alkoholik, kouřil jako fabrika, i před dětmi. Kouřil jsem jako mladý jen pár let. Tchán mě ovlivnil, abych nekouřil, takže nekouřím vůbec už 15 let.“ **B2:** „Otec kouřil, dá se říci i před dětmi. Ano, kouřil jsem do roku 2009 3-4x denně.“ **B3:** „Táta kouřil příležitostně, když jsme šli třeba na ples. Jinak rodiče nekouřili. Kouřím 20 cigaret denně.“

Obrázek 7 – Kouření



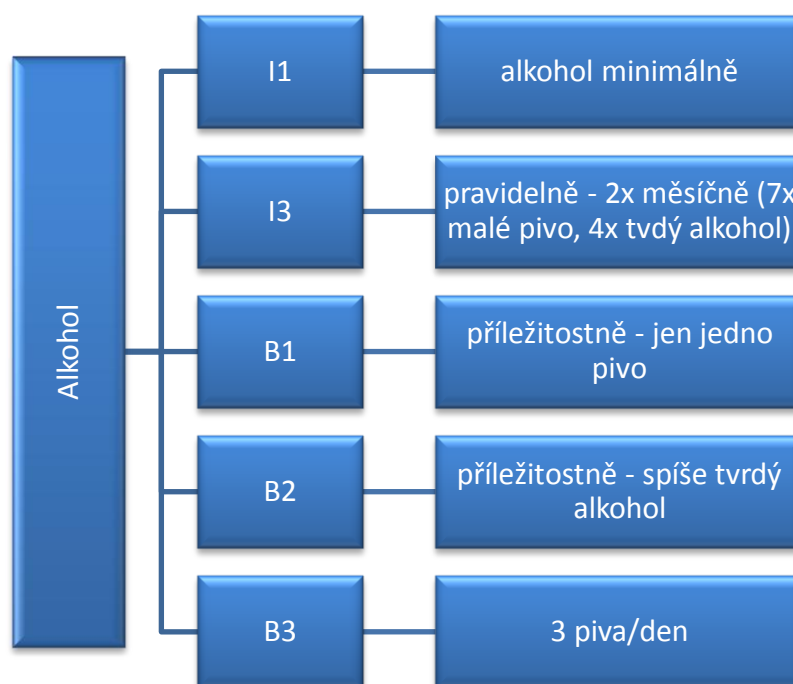
Zdroj: vlastní

9.1.5.2 Alkohol

Další návykovou látkou, která poškozují zdraví a může vyvolat závislost, je alkohol. Na otázku ohledně pití alkoholických nápojů odpověděl jeden respondent, že pije nápoje s nízkým obsahem alkoholu a to denně. Tři respondenti pijí alkohol jen příležitostně. Jeden respondent uvedl, že pije alkohol ve větším nárazovém množství dvakrát měsíčně.

Respondent **I1** uvedl: „Alkoholické nápoje jen minimálně.“ **I3**: „Pivo si dám příležitostně, 6-7 malých piv a 3-4 štamprdle tak 2x do měsíce, když hrajeme mariáš.“ **B1**: „Ano, když jsem dělal traktoristu, tak jsem vypil i 10 piv denně, pak jsem skončil jako traktorista a už nepiji, už je to 15 let. Dám si pivo příležitostně, když jsou narozeniny, dám si 1 pivo nebo v neděli k obědu.“ **B2**: „To se pije příležitostně, když je svátek, narozeniny. Pivo ani tak ne, spíše tvrdý, frůana. Pivo jsem si dal max. 1x za týden, v neděli po oběde.“ **B3**: „Pil jsem pivo. No dost, 3x denně.“

Obrázek 8 – Alkohol



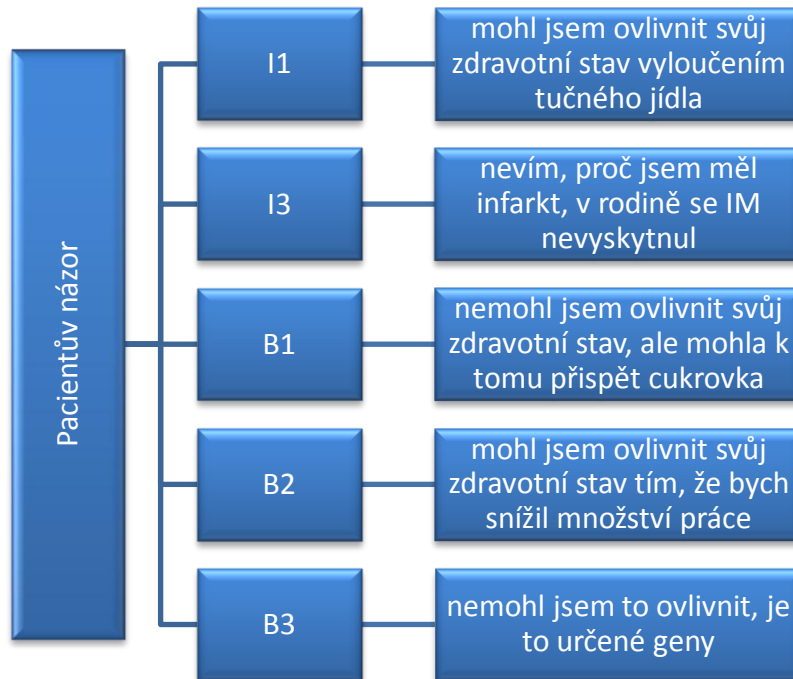
Zdroj: vlastní

9.1.6 Pacientův názor

Dva respondenti z pěti se domnívají, že se mohli vyhnout infarktu. Ostatní tři dotazovaní jsou toho názoru, že jejich životní styl neměl žádný vliv na vznik srdeční příhody.

I1: „Myslím si, že jsem mohl ovlivnit svůj zdravotní stav a předejít zákroku, kdybych dodržoval zdravý jídelníček a vyhýbal se tučným jídlům.“ **I3:** „Nevím, proč se mi to stalo. V rodině nikdo nikdy infarkt neměl. To je těžký. Myslím si, že jím vyváženě.“ **B1:** „Myslím si, že jsem tomu předejít nemohl. Tomu se člověk nevyhne. Doktor říkal, že k tomu přispěla cukrovka, kterou trpím. Měl jsem si víc hlídat hladinu glukózy.“ **B2:** „Myslím si, že jsem to s prací přeháněl. Kdybych tolik nepracoval, tak by k infarktu třeba nedošlo.“ **B3:** „Abych byl upřímný, myslím si, že jsem to nemohl ovlivnit. Můžete ovlivnit něco vzdychky, ale něco už máte zátěž z rodiny. Maminka měla ischemii srdeční a tatínek měl taky slabé srdce. To kdyby se jezdilo pro jídlo na Mars nebo pro vzduch z Venuše, tak to stejně neovlivníte. To už je daný.“

Obrázek 9 – Pacientův názor



Zdroj: vlastní

9.1.7 Sociální opora

Čtyři respondenti by chtěli změnit stravování a myslí si, že jim pomůže manželka nebo i dcery. Jeden respondent ve svých stravovacích návycích měnit nic nebude.

I1 uvedl: „Manželka bude vařit dobře. Změní komplet stravu.“ **I3** sdělil: „Já mám dobrý cholesterol, cukrovku nemám, akorát mám vysoký krevní tlak. Jídlo vylepšit nechci. Myslím si, že to nějak nepřeháním.“ **B1** odpověděl: „To věřím, že podpora bude. Pokud chce být i manželka zdravá, tak to bude nutné něco změnit.“ **B2**: „Manželka už vaří zdravě, ale mě to moc nechutná, teď mi to bude muset chutnat.“ **B3**: „Doma to holky zahájily, samý bambusový výhonek, samá brokolice. Manželka bude vařit zdravěji.“

Obrázek 10 – Sociální opora ve stravě



Zdroj: vlastní

Ne náhodou se u respondenta, který je silný kuřák, potvrzuje, že právě on konzumuje 2 až 3 piva denně. Respondent udával, že když se sedí v hospodě a povídá, tak se přímo nabízí zapálit si. Pití alkoholu též podporuje chuť na cigaretu. Dotazovaný příliš nevěří, že se mu může povést přestat kouřit.

B3 odpověděl: „Manželka kouří. To teda jako vůbec, že přestane kouřit, ona kouří celý život, je silná kuřačka. Asi trochu omezí kouření, těžko říct. Já do poradny nepůjdu, to nikomu nepomohlo a léky jsou drahý. Já vám to na 100% říct nemůžu, jestli už nebudu kouřit.“

Obrázek 11 – Sociální opora v kouření

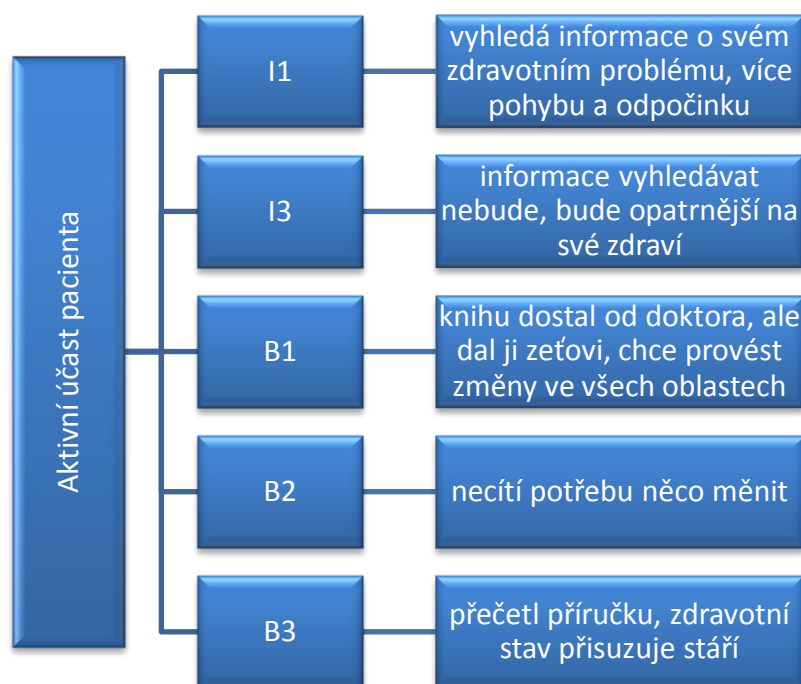


Zdroj: vlastní

9.1.8 Aktivní účast pacienta

Pouze jeden respondent bude aktivně vyhledávat informace o svém zdravotním problému a chce změnit podobu svého běžného týdne. Druhý respondent na dotaz změny reagoval vtipkováním a spíše to působilo, že vše zůstane beze změny. Třetí respondent chce brát větší ohledy na svoje zdraví a vše ostatní nechce měnit. Čtvrtý respondent si přeje toho hodně změnit, jak stravování, tak i pohybovou aktivitu. Patý respondent se obává nových věcí a moc se mu do nich nechce.

Obrázek 12 – Aktivní účast pacienta

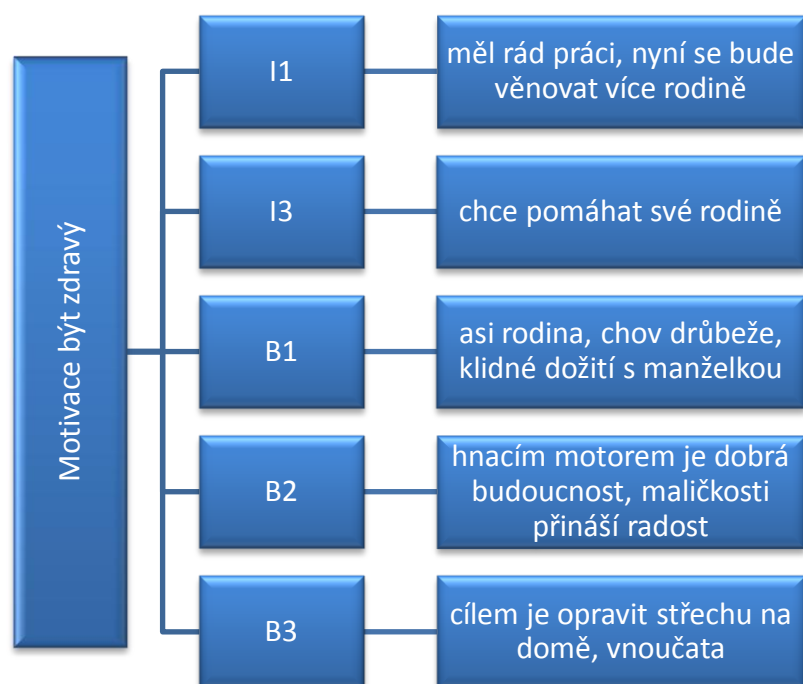


Zdroj: vlastní

9.1.9 Motivace být zdravý

I1 mluvil o tom, že ho bavila práce. Jako koníček má akvaristiku. Nyní si za cíl dává věnovat se více rodině. **I3** chce být ještě schopný a být tak užitečný pro svou rodinu a děti. Nadále bude trénovat žáčky ve fotbale. **B1** nejdříve nevěděl, rozmýšlel se, potom však odpověděl, že hnacím motorem je pro něj rodina. Rád se stará o domácí dobytek, který chovají. Přeje si také zdraví a klidné dožití s manželkou. Pro **B2** je motivací dobrá budoucnost. Dělají mu radost sebemenší maličkosti. Rád jezdí do práce na kole. Má rád hudbu a modelářinu. Cílem **B3** je spravit rozbitou střechu na baráku a také mu dělají radost vnoučata.

Obrázek 13 – Motivace být zdravý



Zdroj: vlastní

9.2 Čtvrt roku po operaci

9.2.1 Pacienti po PCI

První respondent I1 je v plném invalidním důchodu, muž v domácnosti. Druhému respondentovi I3 nakonec s odstupem 2 měsíců od PPCI dělali trojnásobný bypass. Měl pooperační komplikace, praskla mu jizva na hrudi.

9.2.2 Pacienti po CABG

Respondent B1 bez větších potíží, opět si chodí přivydělávat jako hlídač. Respondentovi B2 kromě bypassu zároveň provedli plastiku mitrální chlopně z důvodu akutní ischemické mitrální regurgitace v souvislosti s IM. Musel užívat po dobu 3 měsíců Warfarin. Srdce B3 pracuje po infarktu jen na poloviční výkon, i přesto si přivydělává jako hlídač.

9.2.3 Závažnost nemoci

U dvou respondentů (I1 a B2) byl, z důvodu onemocnění, uspišen odchod do důchodu. Další dva respondenti (B1 a B3) v částečném invalidním důchodu vylepšují svoji finanční situaci prací hlídačů. Poslední účastník výzkumu I3, který měl v důchodu čas od

času nějaké obchody s několika firmami, pozastavil svoje příležitostné podnikání, raději se teď drží zpátky.

I1: „Teď jsem v plném invalidním důchodu. Mám zakázáno zvedat těžké věci. Nemůžu prakticky dělat nic, co jsem dělával dřív. Podnikat už nemůžu, protože je to velká zátěž.“

I3: „Nakonec mi kromě stentu dělali za 2 měsíce trojnásobný bypass. Měl jsem také komplikace, prasklo mi to. Nesmím zvedat nic těžkého, musím se držet zpátky.“

B1: „Docela to jde, všechno. Už chodím i do práce.“

B2: „Nesměl jsem kořenovou zeleninu, hlávkové zelí, ředkvicky, rukolu. Ředí to krev a já bral Warfarin. Měl jsem také komplikace, výpotek u srdce. Prováděla se drenáž.“

B3: „Když jsem byl na kontrole, tak mi řekli, že mám to srdíčko slabý, že mě jde jen na poloviční výkon. Při obchůzkách v práci někdy musím zpomalit, někdy cítím tlak na hrudi.“

Obrázek 14 – Závažnost nemoci čtvrt roku po zákroku



Zdroj: vlastní

9.2.4 Aktivní účast pacienta

9.2.4.1 Stravování

Změnu ve složení svého jídelníčku provedl pouze jeden respondent. U dvou respondentů lze říci, že se stravují poměrně vyváženě a stejně jako před infarktem. Další respondent žádné změny neprovedl a nemá dostatečně vyváženou stravu. Poslední účastník výzkumu stravování nezměnil a má velké nedostatky ve způsobu stravování.

I1: „Stravování jsem změnil hodně. Odboural jsem tučná jídla. Dřív jsem měl rád buček, uzený. Ted' to nejím, veškerý salám jsem odboural. Když už tak šunku, která má 70% masa. Já si hrozně vybírám. Většinou jím sýry, který obsahují 30% tuku. Zeleninu mám denně. K obědu si děláme kuřecí, krůtí. Místo másla mám Ramu.“ **I3:** „Jím furt nějak tak stejně. Ryby moc nejím. Mě to nechutná. Já je do sebe nedostanu. Jedině si dám rybí salát. Okurku nemůžu, pálí mě žába. Dám si rajče. Jím denně ovoce. Nemám nejlepší žaludek, musím myslet na to jak to zkombinuju. Moc toho nesním. Cholesterol v normě.“ **B1:** „Nemůžu jíst co jsem jedl. Mám většinou drůbež. Ryby si dáváme tak 3-4x za měsíc, většinou smažené. Nejvíce kupujeme ryby naložene v oleji. Jednou za den si dám jednu tatrunku. Mám rád bílý jogurty. V nemocnici jsem zhubnul 10 kg, ale když jsem se vrátil domů, tak jsem všechno nabral zpátky. Mám vysoký cholesterol.“ **B2:** „Dám si jogurt ke svačině. Jím ovoce denně, hlavně hroznové víno. Nic speciálního se pro mě nevaří. Jím to co jsem jedl, akorát zakázané potraviny jím jen v omezené míře, to mi doktor řekl, že můžu. Když si dávají všichni doma špenát k obědu, já si ho nedám, ja ho nejím. Jinak připravujeme hodně jídlo na páře. Cholesterol mám v pořádku.“ **B3:** „Jím stejně jako dřív. Nějak se nepřejídám. Nějaký prohřešek udělám, dám si někdy vepřo-knedlo-zelo. Doktor mi nic neříkal o omezeních v jídle.“

Obrázek 15 – Stravování čtvrt roku po zákroku



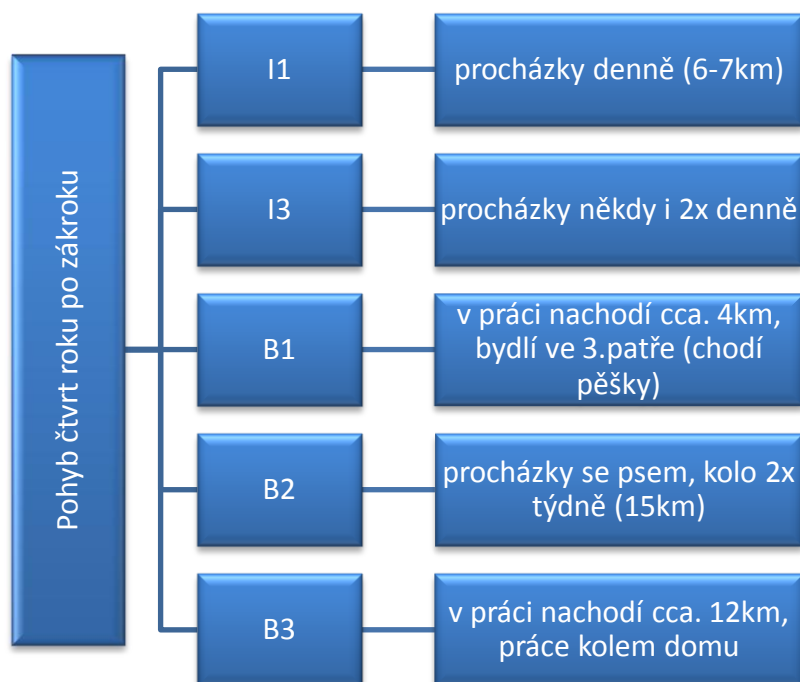
Zdroj: vlastní

9.2.4.2 Pohyb

Aktivnímu pohybu se věnují čtyři respondenti z pěti. **I1** a **I3** začali chodit na delší pravidelné procházky. **I3** by se rád vrátil s postupem času k rekreačnímu hraní nohejbalu. **B1** nezařadil pravidelné procházky, ani jiný aktivní pohyb a odůvodnil to časovým omezením spojeným se zaměstnáním, kde zatěžuje nohy chůzí. V místě jeho bydliště se nenachází ani bazén. **B2** sportoval i před operací - jezdí na kole, vždy když mu to dovolí počasí. **B3** se odkazuje na svoji práci, kde namáhá dostatečně nohy chůzí.

I1: „Chodím na procházky 6-7 km denně. Předtím na to nebyl čas.“ **I3:** „Akorát chodím více na procházky. Doktor mi to doporučil. Chodím každý den, někdy i 2x denně. Podle toho jak se cítím, záleží jak mi je, někdy mi bolí nohy. Tak 2 km.“ **B1:** „V práci nachodím hodně. Dělán strážníka. Tak kolem 4 km. Bydlím ve 3. patře a chodím pěšky, to je cvičení.“ **B2:** „Chodím na procházky s psíkem. Jezdím na kole pokud to počasí dovolí, tak 2x týdně, kolem 15 km.“ **B3:** „Chodím hlavně v práci. Mám obchůzky. Ten objekt je velký, takových 12 km nachodím. Kolem baráku je taky hodně cvičeního.“

Obrázek 16 – Pohyb čtvrt roku po zákroku



Zdroj: vlastní

9.2.4.3 Alkohol

Alkohol přestal pít, po prodělání infarktu, pouze jeden respondent. Dva respondenti konzumují alkohol jen příležitostně. Další respondent nepatrně snížil množství vypitého alkoholu za měsíc. Jeden respondent pije stejné množství alkoholu za den i po infarktu.

I1: „*Ted' už vůbec nepiju. Neříká mi to nic.*“ **I3:** „*Ted' jsem byl na fotbale, tak jsem si dal 3 piva. Do budoucna dám těch 5 piv. Becherovka není tvrdý alkohol, to je 27 stupňů. A dvě malé to vůbec nevedí, jsou tam bylinky.*“ **B1:** „*Piju jen příležitostně, jinak ne.*“ **B2:** „*Někdy si dám pivo, jednou za týden. Štamprdlí si dám jen jednu na Silvestra.*“ **B3:** „*Jsem plzeňák, odkojený na pivě. Dám si dvě až tři piva za den.*“

Obrázek 17 – Alkohol čtvrt roku po zákroku



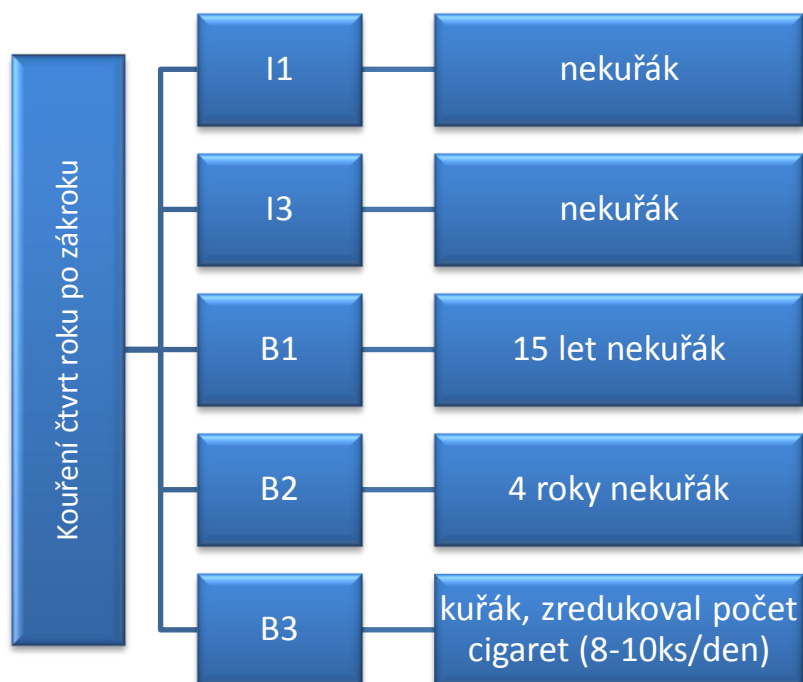
Zdroj: vlastní

9.2.4.4 Kouření

Dva respondenti jsou nekuřáci. Další dva účastníci výzkumu jsou již delší dobu nekuřáci. Jeden respondent, který kouřil 20 cigaret za den, snížil po infarktu množství vykouřených cigaret.

I1, I3 jsou nekuřáci. **B1, B2** jsou již delší dobu nekuřáci. **B3** odpověděl: „*Nekouřil jsem 3 měsíce po operaci. Teď kouřím 8-10 cigaret za den.*”

Obrázek 18 – Kouření čtvrt roku po zákroku



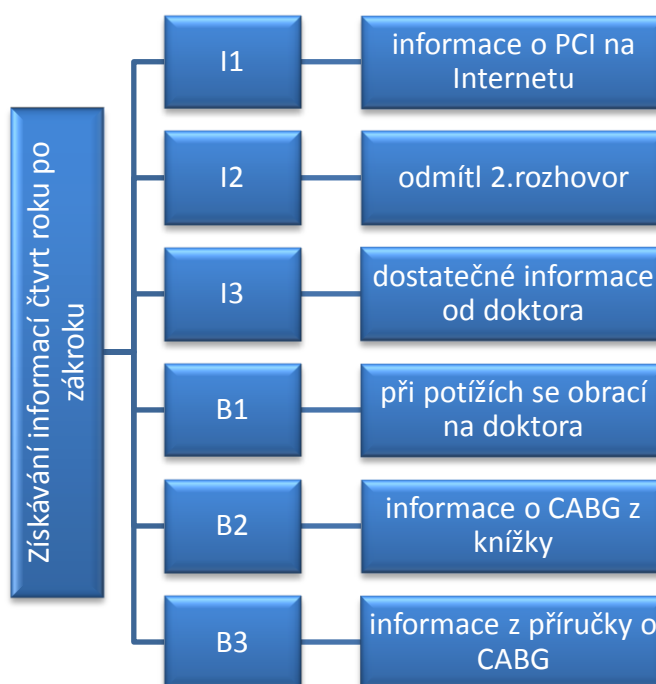
Zdroj: vlastní

9.2.4.5 Získávání informací

Dva respondenti vyhledali informace vlastní aktivitou. Další dva účastníci výzkumu spoléhají na lékaře, který jim informace předá. Jeden respondent obdržel informace z příručky v nemocnici.

I1: „Na internetu jsem vyhledal jak se provádí stent.“ **I3:** „Doktor mi řekl, co můžu nebo nemůžu do budoucna. Informace mám, mám jich dost. Co jsem nevěděl, tak jsem se zeptal doktora. Doktor má zkušenosti, než to hledat na nějakém Internetě.“ **B1:** „Mám pana doktora, když mám potíže, tak jdu za ním.“ **B2:** „Mám chytré knížky s obrázky. Vím, jak vypadá operace, kterou jsem podstoupil.“ **B3:** „Informace jsem dostal v nemocnici. Byla tam příručka popisující všechno o bypassu.“

Obrázek 19 – Získávání informací čtvrt roku po zákroku



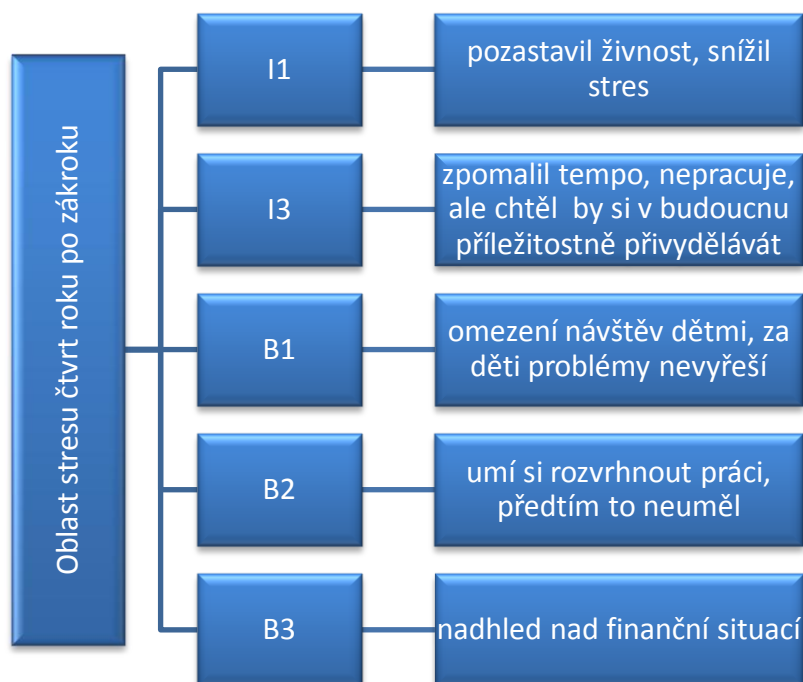
Zdroj: vlastní

9.2.5 Oblast stresu

Tři respondenti přestali pracovat, tím se zredukovalo množství jejich aktivit a objevila se příležitost jak být více v klidu. Ostatní dva účastníci výzkumu pracují, z finančních důvodů, nadále a změna proběhla v získání náhledu nad situacemi, které byly pro dotazované v minulosti stresující.

I1: „Stres jsem snížil hodně. Už nepodnikám, nejsem ve stresu. Musel jsem pozastavit živnost, chtěl jsem znovu podnikat, ale nešlo to.“ **I3:** „Zpomalil jsem. Ted' jsem přestal dělat vůbec. Ale do budoucna bych chtěl zase pracovat pro firmy, pokud budou ještě mít zájem.“ **B1:** „Snažím se, aby nás děti nerozčilovaly. Ted' nemáme moc návštěvy, vnoučata dělají cirkusy. Už jsme na to přišli, co a jak má být. Nerozčiluju se vůbec.“ **B2:** „Ted'ko dopoledne nic nedělám, připravím si práci na odpoledne a dělám něco odpoledne. Už to umím rozložit. Předtím jsem to neuměl. Přišel jsem z práce a zase jsem dělal doma.“ **B3:** „Asi jsem se trochu uklidnil co se týče těch starostí. Člověk změnil na to názor, že to jde i trochu jinak.“

Obrázek 20 – Oblast stresu čtvrt roku po zákroku



Zdroj: vlastní

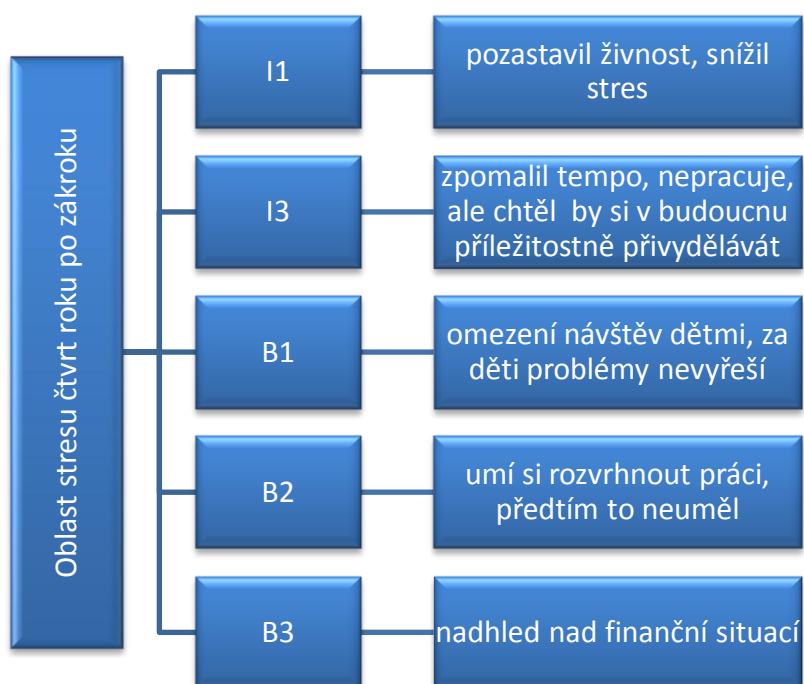
9.2.6 Sociální podpora

Jen jeden respondent má velkou podporu rodiny ve zdravějším stravování a podporu v aktivním odpočinku v době, kdy rodinní příslušníci nejsou zaneprázdnění pracovními povinnostmi. U dvou respondentů připravují jídlo manželky relativně vyváženě a stejným způsobem jako před infarktem myokardu a aktivní pohyb je u nich provozován samostatně, bez ženské účasti. Dva poslední respondenti nemají od manželek žádnou podporu ani ve zdravějším stravování, ani v aktivním pohybu, ostatně ani v zanechání kouření.

I1: „Manželka vaří zdravěji. Nikomu z rodiny zdravější strava nedělá problémy. Mě to taky nedělá problém. Např. jíme i pohanku. Na procházky s manželkou chodím o víkendu.“ **I2** odmítl poskytnout rozhovor čtvrt roku po operaci **I3:** „Manželka o mém zdravotním problému taky něco přečetla. My se vždy domluvíme, co si dáme k jídlu. Ted jsme měli poslední 3 dny fazole, lečo, květák. Od doktorky nemám žádná omezení. Můžu jíst všechno. Na procházky chodím většinou sám. Manželka má problémy s nohama, jde na operaci kotníku, takže nemůže moc chodit.“ **B1:** „Manželka musí jíst to co já, oba máme cukrovku. Hlídáme, abychom nejedli moc tuky. Na procházky chodíme spolu někdy, podle toho jak

mám práci. Cvičit, necvičím.“ **B2:** „Žena s dcerou pořád hledají nějaké zdravé recepty. Dělá žampiony, rýži na páře, zeleninová jídla. Jdou mi na ruku. Spolu nesportujeme. Jezdím na kole sám.“ **B3:** „Heleďte, je to furt stejný. Já mám rád guláš, to je moje specialita, to vařím já. No, jinak si uděláme zapečené brambory, rizoto s kuřecím masem....Manželka i dcera kouří pořád, neomezili to. Manželka je třeba nemocná, tak si zapálí stejně.“

Obrázek 21 – Sociální podpora čtvrt roku po zákroku



Zdroj: vlastní

10 DISKUSE

Dodržování léčebného režimu znamená řídit se zásadami zdravého životního stylu, zařadit do svého života aktivní pohyb, racionální stravu, snížit stres, nekouřit, omezit pití alkoholu na minimum. Tato opatření zabraňují opětovnému propuknutí či zhoršování nemoci a chrání naše zdraví, mluvíme tedy o sekundární prevenci.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit faktory, které se podílí na dodržování režimových opatření po prodělaném akutním infarktu myokardu a porovnat životní styl před IM a po IM. K hlavní výzkumné otázce byly stanoveny ještě další dílčí výzkumné podotázky (viz. kap. 6.2). K jejich zodpovězení posloužily polostrukturované rozhovory s 5 účastníky šetření.

Ačkoli všichni dotazovaní, jak po PCI tak po CABG, vyjádřili svůj názor, že proděláné srdečního infarktu je velmi závažný zdravotní stav. Většina respondentů změnila svoje návyky jen částečně a jen v určitých oblastech životosprávy. Vzhledem k tomu, že jejich zdravotní stav byl velmi závažný je překvapující fakt, že změny v jejich návycích nebyly tak markantní a nebyl rozdíl jestli byly po PCI nebo CABG. Dva respondenti měli po operaci nepříjemné komplikace a ani jeden z nich nebyl ochoten najít cestu k potravinám, které jsou zdraví prospěšné. Oba argumentovali tím, že mají hodnoty cholesterolu v pořádku. Respondent, který podstoupil bypass i navzdory tomu, že je diabetik, jí běžně sladkou oplatku jednou denně a domnívá se, že to není moc. Pouze jednoho respondenta vystrašilo to, co se stalo natolik, že dokázal změnit svoje obvyklé stravování. Více detailů je popsáno v tabulce 2.

Tabulka 2 – Srovnání stravování před a po infarktu

Respondent	Stravování před infarktem	Stravování po infarktu
I1	Bůček, kachna, ryby málo.	Změna stravování, odboural tučná jídla. Šunka 70% masa, sýry 30%. Zelenina denně. <i>Cholesterol v normě.</i>
I3	Malé porce jídla, přílohy zelí, kapusta, mrkev.	Strava jako před infarktem. <i>Cholesterol v normě.</i>
B1	S manželkou jsme diabetici, jíme vyváženě, ale dietu nedržíme.	Jednou za den si dám jen jednu tatranku. V nemocnici jsem zhubnul 10 kg, ale když jsem se vrátil domů, tak jsem všechno nabral zpátky. Mám <i>vyšoký cholesterol.</i>
B2	Jedl jsem spíše mechanicky, nepřemýšlel jsem o tom. Zelenina, ovoce 3-4x týdně. Snažil jsem se jíst zeleninové saláty.	Často příprava jídla na paře, ryby jednou za 2 měsíce. <i>Cholesterol v normě.</i>
B3	Bůček, řízek, svičková.	Je to takový stejný jako dřív. Nějak se nepřejídám. Nějaký prohrěšek udělám. Někdy si dám vepřo-knedlo-zelo.

Zdroj: vlastní

Nejvýraznější sekundárně preventivní dietní studií je Lyon Diet Heart Study. Tato studie porovnávala účinek racionální stravy „západního typu“ s účinky stravy „středomořského typu“. Středomořská strava obsahovala vyšší podíl olivového oleje, vlákniny a nižší příjem cholesterolu. Ukázalo se, že středomořský jídelníček bohatý na kyselinu alfa-linoleovou a olejovou snížil v sekundární prevenci kardiovaskulární mortalitu a počet nefatálních akutních IM o 72% (Vojáček, 2012, s. 36). Z toho vyplývá, že u onemocnění srdce a cév je nejvhodnější volbou právě středomořská strava (viz. Příloha 10).

Souhlasím s názorem, že česká odborná literatura nevěnuje zvýšenou pozornost tématu dodržování compliance, a bere se jaksí za samozřejmé, že pacient bude všechna doporučení svědomitě dodržovat. Doporučení odborných společností jsou velmi dobře dostupná všem, nejen v odborných centrech, ale i v ordinacích praktických lékařů. Je však také jisté, že dodržování režimových opatření v běžné klinické praxi je nízké a málo kontrolováno zdravotnickým personálem. Z šetření vyplývá, že edukace pacientů je stále

na nízké úrovni, jelikož dotazovaní odpovídali, že obdrželi brožuru o detailech samotného zákroku a o režimových opatřeních se dozvěděli při propuštění do domácí péče v několika větách od lékaře.

„V podpoře osvojení zásad zdravé životosprávy jsou účinné metody kognitivně-behaviorální terapie. Multimodální behaviorální intervence jsou zvláště doporučovány u jedinců s velmi vysokým rizikem a u jedinců s manifestním KVO; zahrnují dosažení zdravé životosprávy kognitivně-behaviorálními změnami včetně nutrice, fyzické aktivity, relaxačního tréninku, snížení tělesné hmotnosti a zanechání kouření u rezistentních kuřáků. Pomáhají pacientovi vyrovnat se s chorobou a zvyšují jeho adherenci k předepsané medikaci, úsilí změnit své chování a následně i prognózu“ (Cífková a kol., 2012).

Podpora ve zdravém životním stylu, hlavně ve stravování, „leží na bedrech“ manželek respondentů. Často nakupují a připravují jídlo a proto velkou měrou ovlivňují způsob stravování dotázaných. Ve většině případů ženy reagují na novou situaci, změnu zdravotního stavu svého muže, zavedením zdravějších způsobů stravování. Z odpovědi respondentů vyplynulo, že jsou málo podporovány svými ženami v pohybové aktivitě. Důvody byly různé. Např. žena jednoho respondenta, který je rekreační cyklista, na kole nejedí, dále to bylo onemocnění pohybového aparátu nebo nedostatek společných chvil pro volný čas.

Bártlová (2005) ve své knize definuje zdraví takto: *„Jde o jev, který se vztahuje nikoliv na samostatně existující individuum, nýbrž na individuum neoddělitelně spjaté se sociálním prostředím. Zdraví není kategorií výlučně medicínskou, ale široce humánní. Zdraví lidí je podmíněno tím, do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu najdou u všech ostatních i v celé společnosti.“*

V programu Zdraví pro všechny v 21. století definuje Světová zdravotnická organizace zdraví následovně: *„Zdraví je výsledkem biologických daností jednotlivce a činnosti většiny resortů a částí společnosti, ale i obyvatelstva jako celku. Úlohu hraje rozhodnutí a chování jednotlivce i skupin či správních orgánů. To, jaké rozhodnutí lidé udělají a kterou z možností při rozhodování zvolí, je ovládané vnějšími faktory. Mezi ně patří fyzické prostředí, socioekonomická situace, životní podmínky, biologické a genetické vybavení i různé politické a kulturní charakteristiky. Samozřejmě do procesu výběru z alternativ při rozhodování vstupuje také subjektivní uvědomění si: že jsem v situaci rozhodování; že jsem schopný a ochotný se rozhodovat a že jedním z důležitých kritérií je*

přítom zdraví.“(Knezovič a kol., 2010). Z výše uvedeného je jasné, že ke změně životosprávy je nutné dobré sociální zázemí.

Se zdravým životním stylem souvisí aktivní účast samotného respondenta. Dotazovaní často odpovídali, že v oblasti informací spoléhají na lékaře. Jeden respondent si opatřil domů odbornou knihu a další respondent vyhledal informace na Internetu. Z mého pohledu se zajímá o literaturu s tematikou životního stylu po prodělaném infarktu myokardu malé množství pacientů.

V oblasti pohybových aktivit pacienti často jmenují procházky. Je to nenáročný způsob jak začít provozovat nějaký sport nebo alespoň minimální tělesnou aktivitu. Zdá se, že respondentům tento druh pohybu vyhovuje a mají ho v oblibě. Dodržování pohybového režimu většině dotázaných nečiní větší potíže.

V konzumaci alkoholických nápojů před a po prodělaném infarktu velké rozdíly nebyly. Ti co pili alkohol minimálně, tak ho po prodělání infarktu pijí jen příležitostně nebo nepijí vůbec. Ti co byli zvyklí si dopřát alkohol častěji neomezili alkohol nějak znatelně s odůvodněním, že to není tak velké množství, které by škodilo zdraví. Odnaučit se nesprávné návyky je náročné, neboť jsou při každodenních aktivitách tak samozřejmé a automatické. Tyto nezdravé návyky velmi často zhoršují zdraví. Bez vlastního zájmu něco změnit a bez odborné pomoci lidé často prohrávají nad svými zlovyky.

Myslím si, že z velké části se návyky stravování, aktivního odpočinku a péče o sebe vytvářejí v rodinném prostředí, ve kterém jsme vyrůstali. Například, když jsem porovnávala stravování v období ranného mládí a stravování v nedávné době, tak se u některých respondentů značně shodovalo. Více ukazuje tabulka 3 níže.

Tabulka 3 – Stravování v ranném mládí versus dosavadní životní styl

Respondent	Ranné mládí	Dosavadní životní styl
I1	Libové maso, zelenina, ovoce bylo minimálně.	Bůček, kachna, ryby málo.
I3	Kuřata, králíci, hodně ovoce i zeleniny.	Malé porce jídla, přílohy zelí, kapusta, mrkev.
B1	Nás bylo 9 dětí, co nám dali, to jsme snědli.	S manželkou jsme diabetici, jíme vyváženě, ale dietu nedržíme. Obezita 3. stupně.
B2	Ryby byly, drůbež ani ne, jídla měly spíše zeleninový základ.	Jedl jsem spíše mechanicky, nepřemýšlel jsem o tom. Zelenina, ovoce 3-4x týdně. Snažil jsem se jíst zeleninové saláty.
B3	Jídlo bylo tučné, byly jsme na to zvyklí.	Bůček, řízek, svičková.

Zdroj: vlastní

Tento názor je shodný s tvrzením Krcha (2001), který ve své knize říká, že pozitivní vztah k výživným jídlům bude mít dítě tehdy, když ho seznámíme se širokou škálou dobrých a zdravých pokrmů a pomůžeme mu vypěstovat si stravovací návyky, které ho budou provázet celý život. Také Šimová (2013) ve svém článku uvádí, že prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, tzn. rodinné prostředí, hraje významnou roli ve formování stravovacích návyků. Mnoho vzorů chování si děti vytvářejí už v prvních letech života a přebírají je od svých rodičů. Tyto a jiné zvyky přetrvávají i v dalších obdobích života.

Dva účastníci výzkumu po prodělaném infarktu odešli do penze. Další dva si v důchodu přivydělávají. Jeden doufá, že bude moci v důchodu znovu dělat pro firmy příležitostné zakázky. Celkově se pro respondenty nabízí možnost klidného života, ale všichni z účastněných jsou raději, když mohou být aktivní a v kontaktu s lidmi i mimo domov. V této etapě, které se říká také „podzim života“, se jim bude dařit lépe vyhnout silným stresům a věnovat se tak více aktivnímu odpočinku. Tento zjištěný výsledek koresponduje s doporučením sekundární prevence zmírnit stres po infarktu. Též se potvrzuje i fakt, že lidé se špatnou socioekonomickou situací jsou více ohroženi psychosociálním stresem neboť dva respondenti nevyužili možnost následné lázeňské péče z důvodu nutnosti doplácet na tento druh léčby a jako jediní z účastníků výzkumu pracují z finančních důvodů i nadále.

Štejfá (2007) uvádí, že ovlivňování psychosociálních faktorů je výzvou pro prevenci. Protektivně působí tělesná aktivita a pohyb, které příznivě modifikují prožívání akutních i chronických psychosociálních stresových stavů. Widimsky (1999) se zmiňuje, že negativní účinek psychosociálního stresu (v zaměstnání, sociální izolace) na ICHS je potencován nízkým socioekonomickým stavem. Rosolová a kol. (2013) popisuje, že kompenzace stresu představuje proces, kterým bychom měli potlačit nepříjemné pocity vzniklé na základě stresu (napětí, únava, smutná nálada) nejlépe činnostmi, které v nás vyvolávají radost, tedy libé pocity. K těmto činnostem většinou náleží kulturní nebo sportovní zážitky, spánek aj.

Pacient **I1** se chtěl více věnovat rodině, nyní je muž v domácnosti. **I3** chtěl být ještě schopný pomáhat své rodině, teď k posílení svého zdraví odpočívá a chodí hodně na procházky. **B1** si přál klidné dožití s manželkou, nyní se snaží nerozčilovat a neřešit problémy za jiné, současně je však pasivní ve využívání možností zdravých způsobů života. **B2** dělají radost sebemenší maličkosti, dnes je v důchodu a pracuje kolem zahrádky. **B3** si přál opravit střechu, chodí do práce, aby si vydělal peníze na opravu baráku. Ano, odlišná motivace respondentů ovlivňuje to, jak se budou chovat v léčebném režimu po prodělaném infarktu myokardu. Některé motivace napomohly pacientům změnit své chování, které odpovídá doporučením léčebného režimu. A jiné motivace zase vzdalují pacienty od žádoucího chování, které je od nich očekáváno vzhledem k jejich onemocnění.

Ke zvýšení compliance a motivace pacienta lze využít motivačních rozhovorů. Pomocí dobře zvolených otázek lékařem nebo nelékařským zdravotnickým personálem v dostatečné časové dotaci, napomáháme pacientovi identifikovat jeho hlavní problém a nasměrovat ho ke krokům, které vedou ke změně. Význam má nejen obsah řečeného, ale nezanedbatelná je i forma, jakou informace podáváme, ta totiž rozhoduje, jestli poskytneme pacientovi podporu nebo pacient odchází s negativními pocity a rozpaky v tom, jestli mají smysl návštěvy u lékaře. Klíčová je důvěra pacienta k personálu a pravidelné docházky na konzultace. Otázkou však zůstává, kde na tyto rozhovory vzít čas, jehož se zpravidla nedostává. Řešením jsou odborné tréninky lékařů a nelékařského zdravotnického personálu, pomocí nichž se docílí, že rozhovor bude efektivní a nezabere více než šest minut (Crollnic a kol., 2005).

U dvou respondentů bylo překážkami ve změně chování, že pochází z nižší sociální vrstvy a z toho vyplývá jejich mentalita a postoje ke zdraví. Jeden respondent v minulosti opakovaně selhal v zanechávání kouření, ale zároveň odmítá navštívit odbornou poradnu

s přesvědčením, že nikotinové náhražky stojí moc peněz a že to stejně nepomáhá. A tak nevěří, že s kouřením někdy přestane. V těchto podmínkách byla i pochopitelná absence podpory ze strany rodinných příslušníků. Ostatní tři respondenti změnili své chování po KV příhodě v určitých oblastech. Změnu po všech stránkách provedl respondent, který prožíval svoje onemocnění velmi vážně. Jeden dotazovaný se zmínil, že kdyby byl mladší tak by toho pro své zdraví udělal daleko víc. Velmi pozitivní je zjištění, že měli podporu v rodině. Rovněž byli ochotni něco pro své zdraví udělat narozdíl od předešlých dvou respondentů, kteří si odmítli připustit nějaký významný vliv jejich chování na zdraví. Jeden z těchto respondentů na otázku: „*Máte strach, že se srdeční příhoda bude opakovat?*“ odpověděl: „*Stát se může všechno.*“

Provádění změn v životním stylu člověka je velmi bolestným procesem, zvláště u dospělé populace, která má zafixované dlouholeté dietní a pohybové návyky a u některých jedinců je komplikovaná i závislost na tabáku. Psychologický přístup k vysoce rizikovým jedincům jako je trpělivost, přátelská komunikace, posilování pacientové motivace ke změně je prvním předpokladem k ovlivnění jejich životního stylu. Stále je však jednodušší a levnější osvěta celé populace o zdravém životním stylu a prosazování prevence KVO v celé společnosti. Populační model prevence by měl být prováděn systematicky, pravidelně, a stále by měl být veden odbornou institucí, v České republice Státním zdravotním ústavem. Zvýšenou pozornost je nutné věnovat rodinám s malými dětmi a mladým lidem, kteří rozhodují o způsobu životního stylu další lidské generace (Rosolová a kol., 2013).

Dodržování léčebného režimu je mnohdy pacienty vnímáno jako neproveditelné, protože se jeví jako úplně odlišné od dosavadního života. Proto je důležité mít dobré podmínky pro režimová opatření jako je podpora nejbližších, dostatek finančních prostředků, dostatek času. Stěžejním je ochota pacienta něco zlepšit a chtít něco pro sebe udělat. Na druhé straně vsak stojí navyklé způsoby chování, které pro pacienty znamenají malé vynakládání energie při každodenních činnostech. A proto je těžké návyky změnit, když před onemocněním mnoho let fungovaly dobře.

Dodržování režimových opatření vyžaduje nejen opakovanou edukaci a motivaci, které potřebují dostatek času, ale i návod, jak změny provést. Dosažení kýženého cíle, kterým je zdravý způsob života, vyžaduje nejdříve realizaci malých změn. Například naučit se jíst více zeleniny nebo více pít především čistou vodu. Je třeba stále podporovat dotyčnou

osobu, což spočívá např. v pochvale a zpětné vazbě lékaře a nelékařského personálu (Rosolová a kol., 2013).

Závažnost nemoci u převažující části respondentů měla malý vliv na změnu životního stylu. Spíše hodnotím, že na změnu životního stylu má vliv temperament, postoje a charakter jednotlivce. Viditelný vliv, jak negativní tak pozitivní, měla podpora rodiny účastníků výzkumu. Zakořeněné návyky životního stylu všech dotázaných má vliv na to, že je udržují ve starých vzorcích chování a nedávají jim šanci začít jinak a žít zdravěji. O chování respondentů v léčebném režimu rozhoduje také jejich hlavní motivace v životě.

Výzkumné šetření též přineslo zjištění, že spolupráce se sociálně slabými skupinami je špatná a nepřináší žádné pozitivní výsledky v léčbě.

ZÁVĚR

Předmětem mé práce bylo prozkoumat problematiku léčebného režimu po prodělaném infarktu myokardu. K pochopení této problematiky jsem si položila několik otázek, na které jsem hledala odpovědi. Prvním cílem bylo zjistit faktory, které ovlivňují dodržování léčebného režimu. Druhým cílem bylo porovnat životní styl pacientů před infarktem myokardu a po prodělaném srdečním infarktu.

První výzkumná otázka se zabývala zjištěním zda závažnost nemoci přispívá k pevnějšímu rozhodnutí změnit životní styl. Díky rozhovorům s respondenty výzkumu se zjistilo, že všichni pacienti považovali svůj zdravotní stav za závažný, avšak jen někteří byli schopni provést určité změny. Z toho jsem došla k závěru, že větší váhu v tomto směru bude mít pravděpodobně temperament, postoje a charakter jednotlivce. Druhá výzkumná otázka se zabývala úlohou rodinných příslušníků v podpoře respondenta udržovat dobrou zdravotní kondici. Z informací, které poskytli dotazovaní, vyplynulo, že sociální podpora hraje velkou roli v dodržování režimových opatření. Osoby, které podporovala rodina, dodržovali doporučení týkající se sekundární prevence úplně nebo částečně, naproti tomu osoby, kteří neměli žádnou podporu, nedodržovali doporučení vůbec. Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na hluboce zakořeněný model životního stylu a jeho vlivu na dodržování léčebného režimu. Tato otázka obsahovala dvě klíčová témata, získané návyky v období ranného mládí a životní styl před vznikem infarktu myokardu. V odpovědích respondentů nacházíme značné shody ve stravovacích návycích v ranném mládí a v období před infarktem. Z toho odvozují, že návyky vytvořené v rodinném prostředí, ve kterém dozráváme v dospělého člověka, si neseme s sebou celý život. Zlozvyky brání lidem v cestě ke zdravějšímu životnímu stylu, tím že je pevně drží v jejich obvyklém škodlivém chování. Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala přítomností stresu v životech respondentů před vznikem infarktu myokardu a zmírněním stresu v dalším období života. Většina respondentů zažívala stres před kardiovaskulární příhodou. Zdroj stresu se nalézal v pracovním nebo rodinném prostředí. Čtvrt roku od kardiovaskulárního incidentu převážná část dotazovaných snížila stres ve svých životech. Zároveň však respondenti poznamenávali, že si na to potřebují zvyknout. Často se vyjadřovali takto: „*Hlava by chtěla vykonávat vše jako předtím, ale tělo už nemůže.*“ Je nutné, aby se mysl srovnala s tělesným zdravím, a aby byly obě v souladu. Dva účastníci pokračují ve stejném životním rytmu jako před KV příhodou. Oba pouze získali nadhled nad stresujícími činiteli a situace

řeší s větším klidem. Pátá výzkumná otázka se zabírala motivací a jejím vlivem na dodržování léčebného režimu. Každý z respondentů měl jiný druh motivace. Hlavní důvody u dotazovaných, proč být zdravý, byly: moci se věnovat své rodině, být schopný pomáhat rodině a podporovat děti, dožít život v klidu a nebýt nikomu na obtíž, drobné radosti a dobrá budoucnost, potřeba zrekonstruovat dům. Na základě rozhovoru s účastníky výzkumu vyplynulo, že časem motivace slábne a lidé na ni zapomínají. Proto také většina respondentů není důsledná v dodržování léčebného režimu a porušuje doporučení sekundární prevence. Avšak úspěšné dodržování léčebných postupů nepochybně souvisí se silnou motivací člověka, jenž se ho to týká, a také se schopností si motivaci udržet.

U dvou respondentů ke změně chování vůbec nedošlo. Jejich socioekonomické postavení ovlivňuje jejich chování natolik, že směřuje spíše k zhoršování zdraví a také návyky jejich rodinných příslušníků nenapomáhají zdravému životnímu stylu. Ostatní respondenti změnili své chování částečně a jeden ho změnil úplně. Tito respondenti měli dobrou podporu v rodině.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že velký vliv na dodržování léčebného režimu mají některé zdravé návyky, vytvořené v období ranného mládí, jako například pravidelné a vyvážené stravování nebo zájmy ve volných chvílích, jako je jízda na kole apod. Významný vliv na zdravý způsob života má sociální podpora nemocných. Dalším vlivem je to, do jaké míry jedinec prožívá svou nemoc, a ne pouhý názor na ni, který může být převzatý z okolí. Účelem bakalářské práce bylo přispět k osvětlení příčin nedodržování léčebného režimu pacienty po infarktu. Na závěr bych shrnula, že je třeba zvýšit intenzitu edukace zdravého životního stylu a provádět důslednou kontrolu pacientů v dodržování zásad sekundární prevence. Myslím si, že v tomhle ohledu jsou velké nedostatky.

Dodržování léčebného režimu, respektive jeho nedodržování představuje závažný socioekonomický problém. Někdy převažuje názor, že změna životního stylu je záležitostí pacienta. Jenže tomu tak není. Předešlé výzkumy ukazují, že je to také interpersonální problém. Ke změně chování je nutná pomoc odborníků za podmínky, že pacient se změnou souhlasí. Nemocní totiž stále spoléhají na někoho jiného při svém uzdravování a zapomínají, že jejich aktivní zapojení do léčebného procesu je nezbytností.

Myslím si, že cíle mé bakalářské práce byly splněny.

Literatura a prameny

KOLÁŘ, J. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009c, xxv, 480 s. ISBN 978-807-2626-045.

VOJÁČEK, J. *Klinická kardiologie*. 2. vyd. Nucleus HK, 2012. ISBN 978-80-87009-89-5.

KAMENÍK, L. a kol. *Akutní infarkt myokardu - co je nového?*. [Http://zdravi.e15.cz:priloha-lekarske-listy](http://zdravi.e15.cz:priloha-lekarske-listy) [online]. 2001, č. 39 [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/akutni-infarkt-myokardu-co-je-noveho-139212>

VOJÁČEK, J. *Akutní kardiologie do kapsy: přehled současných diagnostických a léčebných postupů v akutní kardiologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 126 s. ISBN 978-802-0424-792.

KÖLBEL, F. *Praktická kardiologie*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1962-0.

HRADEC, J. a kol. *Ischemická choroba srdeční: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře : novelizace 2009*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2009. ISBN 978-808-6998-367.

ŠPINAR, J. a kol. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 255 s. ISBN 978-802-4718-224.

VESELKA, J. *Ischemická choroba srdeční: základní informace pro pacienty*. Vyd. 1. Brno: Facta Medica, 2009, 43 s. ISBN 978-80-904260-4-7.

SOVOVÁ, E. a kol. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky: vyšetření; rizikové faktory; srdeční onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 117 s. ISBN 80-247-1166-4.

VOJÁČEK, J. a kol. *Third universal definition of myocardial infarction. Cor et Vasa*. 2013, vol. 55, issue 3, s. 228-235. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010865012001518>

WIDIMSKÝ, P. a kol. *Summary of the 2012 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevations. Cor et vasa*. 2012, vol. 54, issue 5, s. 273-289

Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010865012000999>

ŽELÍZKO, M. a kol. *Primární PCI v léčbě infarktu myokardu - 20 let zkušeností v IKEM*. [Http://www.tribune.cz](http://www.tribune.cz): *clanek* [online]. 2012, č. 5 [cit. 2013-12-9]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/26170>

GWOZDZIEWICZ, M. *Arteriální revaskularizace myokardu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 122 s. ISBN 978-802-4717-722.

ŠAFRÁNKOVÁ, A. a kol. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 280, [4] s. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.

POPOV, P. *Nemá váš pacient problémy s alkoholem?*. [Http://www.tribune.cz](http://www.tribune.cz): *clanek* [online]. 2012, č. 17 [cit. 2014-01-15]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/27738-nema-vas-pacient-problemy-s-alkoholem>

FIŠER, B. a kol. *Dostupnost a spotřeba alkoholu ve vztahu ke zdraví*. Praha: Enigma, 2009. ISBN 978-808-6365-053.

MAYER, O. *Alkohol a kardiovaskulární riziko*. Editorial. 2008, roč. 54, č. 4, s. 410-414. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=v1_08_04_05.pdf

NEŠPOR, K. *Jaké je "zdravé" množství alkoholu?*. *Interní medicína*. 2008, roč. 10, č. 4, s. 200. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/04/13.pdf>

CHALOUPKA, V. *Rehabilitace nemocných po infarktu myokardu*. [Http://www.solen.cz](http://www.solen.cz): *medicína pro praxi* [online]. 2004, č. 2 [cit. 2014-1-25]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2004/02/03.pdf>

ROSOLOVÁ, H. *Preventivní kardiologie: v kostce*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ, 2013, 248 s. Asclepius. ISBN 978-80-904899-5-0.

HEINER, V. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, xxvi, 422 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4732-527.

HLÚBIK, P. *Obezita: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře : [novelizace 2009]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, c2009, 12 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-31-2.

SUCHARDA, P. *Abdominální obezita. Kardiologická revue*. 2008, roč. 10, č. 4, s. 165-167. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?id=kr_08_04_07.pdf

ČUPKA, J. a kol. *Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. ISBN 80-903573-7-7.

ČAS/PP/2010/0001. *Pracovní postup: Léčba závislosti na tabáku*. Praha: Česká asociace sester – Prezidium, 2010. Dostupné z: <http://www.slzt.cz/dokumenty/DoporCAS.pdf>

PEŠEK, R. a kol. *Kouření, aneb, závislost na tabáku: rizika, projevy, motivace, léčba : informační poradenská příručka*. 1. vyd. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum, 2008, 42 s. ISBN 978-80-254-3580-9.

VONDRUŠKA, V. a kol. *Fyzická aktivita*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997, 35 s. Poradny zdravého životního stylu. ISBN 80-707-1043-8.

MASARYKOVA UNIVERZITA. *Patofyziologie tělesné zátěže*. [online] [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.fsps.muni.cz/impact/patofyziologie-telesne-zateze/nektere-projevy-nedostatecne-pohybove-aktivity-a-desadaptace/>

CHALOUPKA, V. a kol. Česká Kardiologická společnost. *Nemocniční, posthospitalizační a lázeňská rehabilitace u nemocných s ICHS* [online]. 2005 [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=107>

PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4729-596.

GULÁŠOVÁ, I. a kol. Prevence krizových situací - stres. *Http://zdravi.e15.cz: Sestra* [online]. 2013, č. 6 [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prevence-krizovych-situaci-stres-470796>

KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.

ADÁMKOVÁ, V. *Realita dodržování stravovacích doporučení v praxi - strava jako prevence civilizačních chorob*. *Interní medicína*. 2011, roč. 13, č. 11, s. 427-430. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/11/03.pdf>

VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. a kol. *Stres, Eustres a distres*. *Interní medicína*. 2008, roč. 10, č. 4. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>

FAKULTA SPORTOVNÍCH STUDIÍ MU. *Oslabení kardiovaskulárního systému*. Brno, 2006. Dostupné z: <http://fsps.muny.cz/data/bp023/kardio.pdf>

F/2. *Infarkt myokardu: Standard fyzioterapie doporučený UNIFY ČR*. Praha: UNIFY ČR, 2008. Dostupné z: http://www.unify-cr.cz/download/fblr/f2-standard-infarkt_myokardu.pdf

HALUZÍKOVÁ, J. a kol. *Zvládání stresu a prevence jeho následků*. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2010, č. 4 [cit. 1.2.2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zvladani-stresu-a-prevence-jeho-nasledku-450941>

KNEZOVÍČ, R. a kol. *Vliv rodinného prostředí na zdravý životní styl a compliance*. *Http://zdravi.e15.cz: Sestra*. 2010, roč. 2010, č. 12. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vliv-rodinneho-prostredi-na-zdravy-zivotni-styl-a-compliance-456626>

KRCH, F. a kol. *SOS nadváha*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2001, 236 s. ISBN 80-717-8521-0.

ŠIMOVÁ, Z. a kol. *Faktory formující stravovací návyky předškoláků*. *Http://zdravi.e15.cz: Sestra*. 2013, č. 12. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/faktory-formujici-stravovaci-navyky-predskolaku-473281>

ŠTEJFA, M. *Kardiologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1385-4.

WIDIMSKÝ, J. *Sekundární prevence po infarktu myokardu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1999, 117 s. ISBN 80-725-4058-0.

CÍFKOVÁ, R. a kol. *Nová evropská doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění* *Http://www.tribune.cz*. 2012, č. 4. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/28459-nova-evropska-doporuceni-pro-prevenci-kardiovaskularnich-onemocneni>

CROLLNIC, S. a kol. *Motivační rozhovor s pacientem o změně rizikového chování*. *Http://zdravi.e15.cz*. 2005, č. 5. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/motivacni-rozhovor-s-pacientem-o-zmene-rizikoveho-chovani-272924>

MEDICAL TRIBUNE CZ. *Jak účinně zvýšit compliance pacienta*. *Http://www.tribune.cz*. 2011, č. 11. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/22544-jak-ucinne-zvysit-compliance-pacienta>

ŠAMÁNEK, M. a kol. *Dvě tváře alkoholu - odvracená tvář*. *Http://www.tribune.cz: kapitoly z kardiologie* [online]. 2009, roč. 2009, č. 1 [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14365-dve-tvare-alkoholu-odvracena-tvar>

Seznam zkratek

ACD	arteria coronaria dextra
ACE	angiotenzin konvertující enzym
ACEI	inhibitor angiotenzin konvertujícího enzymu
ADP	adenosindifosfát
AGRP	agouti related protein
AIM	akutní infarkt myokardu
ALP	alkalická fosfatáza
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ASA	kyselina acetylsalicylová
AST	aspartátaminotransferáza
BMI	body mass index
CABG	bypass koronární tepny
CMP	cevní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
EKG	elektrokardiografie
EU	Evropská unie
GMT	gama-glutamyltransferáza
HDL	high density lipoprotein
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
KJIP	kardiologická jednotka intenzivní péče
KV	kardiovaskulární
KVO	kardiovaskulární onemocnění
LDL	low density lipoprotein
MCH	melanin koncentrující hormon
NELZP	nelékařský zdravotnický pracovník
NPY	neuropeptid Y
NTEMI	nepřítomnost elevace úseku ST
NTN	náhradní terapie nikotinem
PCI	perkutanní koronární intervence

PPCI	primární perkutanní koronární intervence
RC	ramus circumflexus
RIA	ramus interventrikularis anterior
STEMI	infarkt myokardu s elevací ST segmentu
TAG	triacylglycerol
TIA	tranzitorní ischemická ataka
TK	krevní tlak
WHO	světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Souhrn demografických údajů	51
Tabulka 2 – Srovnání stravování před a po infarktu.....	75
Tabulka 3 – Stravování v raném mládí versus dosavadní životní styl.....	78

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Příznaky časně po zákroku.....	52
Obrázek 2 – Vnímání závažnosti zdravotního stavu pacientem časně po zákroku.....	53
Obrázek 3 – Zaměstnání	54
Obrázek 4 – Soukromí.....	54
Obrázek 5 – Cholerik.....	55
Obrázek 6 – Dosavadní životní styl	57
Obrázek 7 – Kouření	58
Obrázek 8 – Alkohol	59
Obrázek 9 – Pacientův názor	60
Obrázek 10 – Sociální opora ve stravě	61
Obrázek 11 – Sociální opora v kouření	62
Obrázek 12 – Aktivní účast pacienta.....	63
Obrázek 13 – Motivace být zdravý	64
Obrázek 14 – Závažnost nemoci čtvrt roku po zákroku.....	65
Obrázek 15 – Stravování čtvrt roku po zákroku	67
Obrázek 16 – Pohyb čtvrt roku po zákroku	68
Obrázek 17 – Alkohol čtvrt roku po zákroku	69
Obrázek 18 – Kouření čtvrt roku po zákroku	70
Obrázek 19 – Získávání informací čtvrt roku po zákroku.....	71
Obrázek 20 – Oblast stresu čtvrt roku po zákroku.....	72
Obrázek 21 – Sociální podpora čtvrt roku po zákroku.....	73

Seznam příloh

- Příloha 1 Povolení informací ve FN Plzeň – cizí pacienti
- Příloha 2 Povolení sběru informací ve FN Plzeň – cizí pacienti KCH
- Příloha 3 Výzkumné otázky - rozhovor časně po zákroku
- Příloha 4 Výzkumné otázky - rozhovor čtvrt roku od prodělaného akutního infarktu myokardu
- Příloha 5 Rozhovor časně po operaci
- Příloha 6 Rozhovor čtvrt roku od prodělaného akutního infarktu myokardu
- Příloha 7 Ateroskleróza
- Příloha 8 Infarkt myokardu
- Příloha 9 Klasifikace arteriální hypertenze
- Příloha 10 Středomořská potravinová pyramida

Přílohy

Příloha 1 Povolení informací ve FN Plzeň – cizí pacienti

Vážená paní

Inna Tučková

Studentka, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povolují Vaše výzkumné šetření na Kardiologickém oddělení FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Problematika dodržování léčebného režimu po prodělaném akutním infarktu myokardu*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky pro umožnění sběru informací tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských – výzkumných / dotazníkových šetření):

- Vrchní sestra Kardiologického oddělení souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše výzkumné šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..
- **Pacienty / respondenty můžete oslovovat pouze v doprovodu NELZP příslušného ZOK – nesmíte se tedy pohybovat mezi pacienty / respondenty samostatně, pokud v době sběru dat nevykonáváte školou schválená praktika či nejste zaměstnancem příslušného ZOK FN.**
- Pokud budou ve Vaší práci uvedeny údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, musí být anonymizovány.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice / organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocítoval jako újmu. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

13. 8. 2013

Příloha 2 Povolení sběru informací ve FN Plzeň – cizí pacienti KCH

Vážená paní

Inna Tučková

*Studentka, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství
a porodní asistence*

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povolují Vaše výzkumné šetření na Kardiochirurgickém oddělení FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Problematika dodržování léčebného režimu po prodělaném akutním infarktu myokardu*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky pro umožnění sběru informací tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských – výzkumných / dotazníkových šetření):

- Vrchní sestra Kardiochirurgického oddělení souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše výzkumné šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..
- **Pacienty / respondenty můžete oslovovat pouze v doprovodu NELZP příslušného ZOK – nesmíte se tedy pohybovat mezi pacienty / respondenty samostatně, pokud v době sběru dat nevykonáváte školou schválená praktika či nejste zaměstnancem příslušného ZOK FN.**
- Pokud budou ve Vaší práci uvedeny údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, musí být anonymizovány.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice / organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocítoval jako újmu. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

3. 9. 2013

Příloha 3 Výzkumné otázky - rozhovor časně po zákroku

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké faktory ovlivňují dodržování léčebného režimu po prodělaném infarktu myokardu?

Díličí výzkumné otázky:

1. Přispívá závažnost nemoci k pevnějšímu rozhodnutí změnit životní styl?
2. Napomáhá pacientovi podpora ze strany rodinných příslušníků k udržování dobré zdravotní kondice?
3. Zhoršuje (ztěžuje) hluboce zakořeněný špatný model životního stylu snahu pacienta dodržovat léčebný režim?
4. Podléhají pacienti škodlivému chování, když jsou ve stresu?
5. Ovlivňuje pacienta v léčebném režimu jejich motivace do života?
6. Podporuje lázeňská péče pacienty po IM k trvalejšímu upevňování zdravých návyků?

Strukturovaný rozhovor

Pocit vlastního ohrožení / Závažnost nemoci

1. Jak se cítíte po zákroku/operaci?
 - Jste v něčem omezovaný?
 - Chůze
 - pohyblivost na lůžku
 - WC, hygiena
 - dietní opatření
 - Máte bolesti?
 - Ohodnoďte intenzitu bolesti na stupnici 1-5.
 - 0 - žádná bolest
 - 1 - mírná bolest
 - 2 - středně silná bolest
 - 3 - velmi silná bolest

- 4 - krutá bolest
- 5 - nesnesitelná bolest
- Jaký druh bolesti jste pociťoval?
 - pulzující bolest
 - šlehající, vystřelující bolest
 - píchavá, šroubující bolest
 - řezavá, kousavá, zžírající bolest
 - škrťící bolest, působící stisk, sešněrování, sevření apod.
 - trhavá, roztrhávající bolest
 - pálivá, žhavá bolest
 - tupá bolest
 - mdlá, bezvýrazná bolest
 - jiné aspekty bolesti - štípavá bolest apod.
- Co Vám momentálně nejvíce schází?
 - Nechybí Vám rodina?
 - Máte chuť zapálit si cigaretu?
 - Dal byste si nějaké dobré jídlo?
 - Máte nedostatek pohyb?

2. Víte, co se Vám přihodilo?

- Dostal jste od lékaře informace o svém zdravotním stavu?
- Co jste dělal, když se Vám to stalo?
- Domníváte se, že se jednalo o závažný zdravotní stav? Pokud ano, z čeho tak usuzujete?
 - Za jak závažný byste tento stav označil na stupnici 1-5:
 - 0 – není závažný
 - 1 – velmi málo závažný
 - 2 – málo závažný
 - 3 – závažný
 - 4 – velmi závažný
 - 5 – kritický stav (ohrožení na životě)

3. Máte obavy o své zdraví?

- Co jste cítil, když se objevily příznaky infarktu myokardu?
 - Měl jste strach, že zemřete?
4. Obáváte se toho, že by se srdeční infarkt mohl opakovat znovu? Pokud ano, proč?
- Měl jste na toto téma rozhovor s lékařem?
 - Měla o Vás rodina starosti a promluvili jste si o tom?
 - Vnímáte rizika sám?

Oblast stresu

1. Myslíte si, že žijete poklidným životem?
- Máte stresující práci?
 - Objevily se v posledních měsících nějaké nepříjemné události, které jste musel řešit?
 - Máte hodně úkolů, které potřebujete stihnout splnit?
 - Jste cholerik, často vybuchnete/rozčílíte se?
 - Máte konfliktní vztah s druhým člověkem, který Vás tíží?
2. Umíte odpočívat?
- Jezdíte na dovolenou v zimě/v létě?
 - Jak trávíte víkendy?

Dosavadní životní styl

1. Jaký jste vedl život před zákrokem?
- Jedl jste vyváženou stravu? Z čeho se skládal Váš jídelníček?
 - Věnoval jste se pravidelně pohybové aktivitě? Pokud ano, kolikrát týdně?
 - Kouřil jste cigarety? Pokud ano, kolik cigaret denně?
 - Pil jste alkoholické nápoje? Pokud ano, jak často? Jaké množství?

Pacientův názor

1. Když se podíváte zpět, myslíte si, že jste mohl ovlivnit svůj zdravotní stav a předejít zákroku? Pokud ano, jak? Pokud ne, proč si to myslíte?

Hluboce zakořeněné životní návyky

1. Jaké bylo nejčastější složení vašeho jídelníčku v ranném mládí?
 - V ranném mládí, když jste vyrůstal ve své původní rodině, byly ovoce, zelenina, libové maso (drůbež), ryby přirozenou součástí vašeho stravování? Jak často jste jedl výše uvedené potraviny?
2. Jakým způsobem jste trávili volný čas ve vaší rodině, kde jste vyrůstal?
 - Rodinné výlety
 - Procházky
 - Cyklistika
 - Pobyty u vody
3. Kouřil, požíval alkohol někdo z rodiny? Pokud ano, bylo to před dětmi?

Motivace být zdravý

1. Co je vaším hnacím motorem v životě?
 - Co Vám přináší radost?
 - Jaké máte koníčky?
 - Jaký máte cíl, který byste si přál splnit?
 - Práce
 - Rodina

Aktivní účast pacienta

1. Máte potřebu změnit svůj životní styl poté co jste prodělal srdeční infarkt? Pokud ano, jak a co pro to uděláte? Pokud ne, uveďte prosím váš důvod? Proč?
 - Vyhledáte informace o srdečním infarktu?
 - Pokusíte se zavést do svého života zdravější návyky?
 - zdravou výživu
 - více pohybu
 - popřípadě režim nicnedělání, pokud pracujete hodně

Sociální opora

1. Mohla bych se Vás zeptat na váš rodinný stav?
 - Jste svobodný?
 - Bydlíte sám?
 - Jste v kontaktu s dětmi?

2. Budete mít dostatečnou oporu v rodině/partnerovi co se týče vašeho rozhodnutí změnit životní styl?
 - Podpora ve zdravém stravování (manželka bude vařit zdravější jídla).
 - Podpora v aktivním odpočinku (výlety s dětmi, s vnoučaty, s manželkou/přítečkou).
 - Partnerka přestane kouřit.

Příloha 4 Výzkumné otázky - rozhovor čtvrt roku od prodělaného akutního infarktu myokardu

Závažnost nemoci

1. Jak se Vám daří od doby, kdy Vás propustili z nemocnice?
 - Co momentálně v této době děláte?
 - Chodíte do práce nebo jste v důchodu?
 - Trávíte čas s vnoučaty?
 - Máte koníčky?

2. Před čtvrt rokem jste prodělal infarkt myokardu. Jak vnímáte toto období?
 - Jak byste hodnotil bolest, kterou jste měl v době IM? Ohodnoďte intenzitu bolesti na stupnici 1-5:
 - 0 - žádná bolest
 - 1 - mírná bolest
 - 2 - středně silná bolest
 - 3 - velmi silná bolest
 - 4 - krutá bolest
 - 5 - nesnesitelná bolest

3. Od té doby, kdy jste měl srdeční infarkt, pociťujete nějaká omezení? Pokud ano, v jaké oblasti?

Aktivní účast pacienta

1. Změnil jste způsob života od té doby?
 - Chodíte na pravidelné kontroly krevního tlaku, cholesterolu, krevního cukru, neboť jsou rizikovými faktory infarktu myokardu?
 - Daří se Vám udržovat jejich dobré hodnoty?
 - Vaše tělesná váha odpovídá normálním hodnotám BMI?
 - Vaříte zdravěji? Případně navštěvujete restauraci se zdravou výživou?

- Věnujete se aktivnímu pohybu?
 - Kolo
 - Procházky
 - Plavání
 - Kouříte?
 - Pijete alkoholické nápoje?
 - Zpomalil jste své životní tempo, aby jste snížil stres ve svém životě?
2. Je pro Vás těžké dodržovat nový životní styl? Pokud ano, co je pro Vás nejtěžší?
- Jaké další překážky se objevovaly při změně životního stylu?
 - Co se Vám nepodařilo změnit ve svém životním stylu? A proč se to nepodařilo?
 - Na čem si myslíte, že byste měl ještě zapracovat?
3. Vyhledal jste informace týkající se srdečních potíží, které jste před čtvrt rokem měl? Pokud ano, odkud jste čerpal informace a co Vás nejvíce zaujalo?
- V literatuře
 - V časopisech
 - V informačních letácích
 - Na internetu
4. Stalo se Vám, že jste přemýšlel o tom, že přestanete se zdravějším způsobem života? Pokud ano, v jaké situaci to bylo?
- Přizpůsobení se druhým lidem – společenské stolování
 - Špatná nálada
 - Nadměrný stres
 - Konflikt s druhým člověkem
 - Zvýšené vypětí v práci

Sociální opora

1. Jak se přizpůsobila vaše rodina nutnosti změnit Váš životní styl?

- Vaří Vám žena zdravější pokrmy? Uveďte jeden, dva pokrmy?
 - Omezují se ve vaší domácí kuchyni živočišné tuky?
- Trávíte svůj společný čas aktivně?
 - Procházky
 - Cyklistika
 - Plavání
- Partnerka přestala kouřit

2. Vidíte se často se svými dětmi a vnoučaty?

Oblast stresu

1. Zmírnil jste ve svém životě stres od doby před srdečním infarktem?
 - Naučil jste se lepší sebekontrolu? Už se tolik nerozčilujete kvůli maličkostem?
 - Zmenšil jste počet úkolů jen na ty nejnnutnější?
 - Ubral jste pracovní tempo?
 - Případně používáte nějaké jiné způsoby jak zmírnit stres ve svém životě?
 - Změnily se nějak vztahy s vašimi nejbližšími od doby co jste prodělal IM?
 - Musel jste řešit nějaké nepříjemné události?
 - Prožíváte nyní klidnější období než před akutním infarktem myokardu?

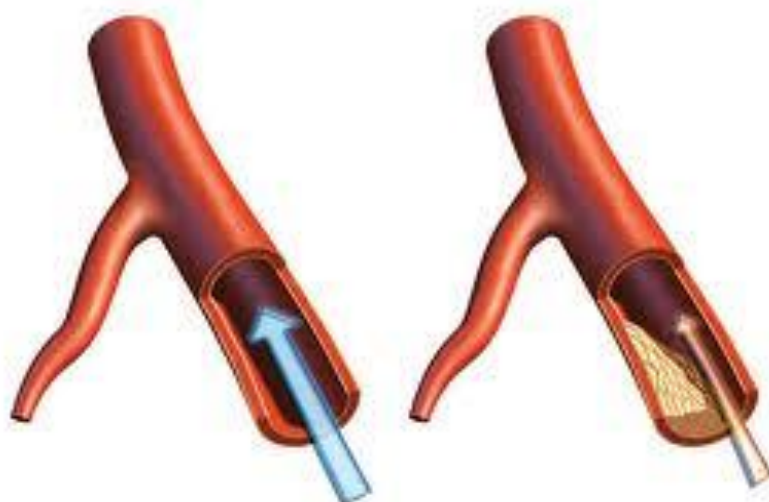
Příloha 5 Rozhovor časně po operaci

***Poznámka:** Polostrukturované rozhovory v audio formátu byly přepsány do textu bakalářské práce a pak následně smazány.*

Příloha 6 Rozhovor čtvrt roku od prodělaného akutního infarktu myokardu

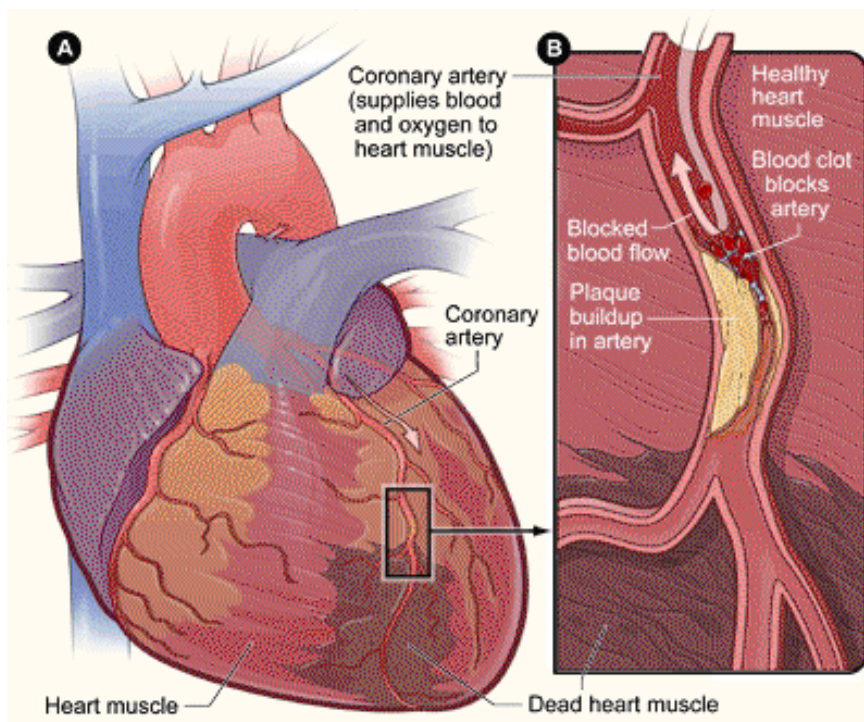
***Poznámka:** Polostrukturované rozhovory v audio formátu byly přepsány do textu bakalářské práce a pak následně smazány.*

Příloha 7 Ateroskleróza



Zdroj: <http://www.ireceptar.cz/zdravi/infarkt-myokardu-priznaky-prvni-pomoc-lecba-dusledky/>

Příloha 8 Infarkt myokardu



Zdroj: <http://www.gate2biotech.cz/vyzkumnici-premenuji-vazivove-tkane-primo-v-srdecnich-bunkach/>

Příloha 9 Klasifikace arteriální hypertenze

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: <http://www.tribune.cz/clanek/29608-diagnosticke-a-lecebne-postupy-u-arterialni-hypertenze-verze>

Příloha 10 Středomořská potravinová pyramida



Zdroj: <http://fityou.cz/stredomorska-dieta-recept-na-dlouhy-zivot/>