

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Petra Jarkulischová

**Dodržování správné životosprávy u pacientů s ischemickou chorobou  
srdeční a po aortokoronárním bypassu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Martin Kolek, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 2011

Děkuji MUDr. Martinu Kolkovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a užitečné rady při jejím zpracovávání. Dále děkuji sestřám kardiologických ambulancí a Mgr. Monice Gebauerové za ochotu a pomoc při realizaci a vyhodnocování průzkumného šetření.

## OBSAH

ÚVOD .....	6
1 ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ .....	7
1.1 Ateroskleróza .....	7
1.2 Epidemiologie ICCHS .....	8
1.3 Rozdělení ICCHS .....	8
1.3.1 Akutní formy ICCHS .....	8
1.3.2 Chronické formy ICCHS .....	8
1.4 Léčba ICCHS .....	8
1.4.1 Léčba anginy pectoris .....	8
1.4.2 Léčba medikamenty .....	9
1.4.3 Perkutánní koronární intervence .....	10
1.4.4 Kardiochirurgická léčba .....	10
2 AORTOKORONÁRNÍ BYPASS .....	10
2.1 Předoperační příprava .....	10
2.1.1 Psychická příprava .....	11
2.1.2 Hygienická příprava .....	11
2.1.3 Speciální příprava .....	11
2.2 Anestezie .....	12
2.3 Typy operací .....	12
2.4 Pooperační komplikace .....	13
2.5 Pooperační péče .....	14
3 RIZIKOVÉ FAKTORY ATEROSKLERÓZY A ICCHS .....	15
3.1 Neovlivnitelné faktory .....	15
3.2 Ovlivnitelné faktory .....	15
3.2.1 Hyperlipoproteinémie .....	16
3.2.1.1 Dietní opatření .....	18
3.2.2 Kouření .....	18
3.2.2.1 Náhradní nikotinová léčba .....	19
3.2.3 Arteriální hypertenze .....	19

3.2.3.1 Léčba arteriální hypertenze .....	19
3.2.4 Diabetes mellitus .....	20
3.2.5 Nedostatek fyzické aktivity .....	21
3.2.6 Nadváha a obezita .....	21
3.2.7 Psychosociální stres (PSS).....	22
4 VÝZKUMNÁ ČÁST .....	23
4.1 Cíle práce a očekávané výsledky .....	23
4.2 Metodika práce a metoda výzkumu .....	25
4.2.1 Charakteristika zkoumaného souboru .....	25
4.2.2 Konstrukce a struktura dotazníku .....	25
4.2.3 Zpracování dat .....	25
4.2.4 Základní charakteristiky souboru .....	26
4.3 Výsledky práce .....	28
DISKUZE .....	47
ZÁVĚR .....	53
ANOTACE .....	55
LITERATURA A PRAMENY .....	57
SEZNEM ZKRATEK .....	60
SEZNAM TABULEK .....	62
SEZNAM GRAFŮ .....	64
PŘÍLOHA .....	65

## ÚVOD

Kardiovaskulární onemocnění, hlavně ischemická choroba srdeční (ICHS) patří k nejzávažnějším civilizačním chorobám. Výskyt ICHS v populaci neustále narůstá a stále častěji se vyskytuje i u mladších pacientů. Přes veškeré pokroky v kardiologii a kardiochirurgii je ICHS stále nejčastější příčinou morbidity a mortality v řadě vyspělých zemích. Příčinou tohoto onemocnění je nejčastěji aterosklerotické postižení věnčitých srdečních tepen, etiopatogeneticky podmíněné řadou rizikových faktorů, jejichž působení lze alespoň z části eliminovat dodržováním zdravého životního stylu.

Téma jsem si zvolila z profesních důvodů. Na svém pracovišti se denně setkávám s pacienty, kteří jsou nuceni podstoupit chirurgickou revaskularizaci myokardu. Aortokoronární bypass (CABG) je velmi náročný několikahodinový zákrok, který představuje pro pacienta obrovskou zátěž nejen fyzickou, ale i psychickou. Na rozdíl od jiných způsobů léčby ICHS jsou pacienti během i po operaci vystaveni daleko většímu riziku, od kterého se odvíjí i délka hospitalizace a následné rekonvalescence.

Cílem práce bylo zjistit, zda je provedení chirurgické revaskulizace myokardu pro pacienty větší motivací k dodržování zásad zdravého životního stylu než u pacientů, kteří se léčí pouze farmakologicky, nebo podstoupili perkutánní koronární intervenci (PCI). Dalším cílem bylo zjistit, zda je dodržování zásad správné životosprávy ovlivněno pohlavím a vzděláním pacientů.

# 1 ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ

Ischemická choroba srdeční je onemocnění, při kterém dochází k nedokrvení srdečního svalu. Nejčastější příčinou je zúžení nebo uzávěr věnčitých tepen na podkladě aterosklerózy.

## 1.1 Ateroskleróza

Ateroskleróza je onemocnění, které vzniká kombinací patologických změn v intimě a medii tepen. Na vzniku aterosklerózy se podílí řada rizikových faktorů jako je např. hyperlipidémie, hypertenze, kouření a diabetes mellitus. Prvními patologickými známkami aterosklerózy jsou lipidní proužky, mají bělavě žlutou barvu a postihují intimu větších cév, především aortu. Pokročilejším projevem aterosklerotického procesu jsou fibrózní pláty. Fibrózní pláty mají bělavou barvu a mohou omezovat průtok postiženou tepnou a způsobit tak ischemii myokardu. Dalším vývojovým stupněm aterosklerózy je ateromatózní plát, jehož krycí vrstva může snadno prasknout. Dochází ke shlukování krevních destiček a vzniku trombu, který se podílí spolu s plátem na uzávěru tepny. Posledním projevem morfologického obrazu aterosklerózy je kalcifikace. ( Kolář, J.,2003, str. 109)

Aterosklerotické pláty můžeme rozdělit na stabilní a nestabilní. Stabilní aterosklerotické pláty jsou zpočátku malé, ploché, rostou spíše do oblasti média tepen než do lumina, a proto neovlivňují prokrvení. Když zúžení tepny dosáhne 50 %, začnou omezovat průtok krve. Bývají však po řadu let stále a nemocného neohrožují akutním infarktem (pokud nedojde ke kritickému zúžení tepny). Projevují se stabilní anginou pectoris (AP). Nestabilní pláty mají vysoký obsah lipidů a tenký kryt, proto jsou náchylnější k ruptuře. K nestabilitě přispívá zánětlivý proces, dochází k nahromadění makrofágů a T- lymfocytů v místě plátu. Bývají podkladem pro vznik akutních koronárních příhod. (<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ateroskleroz>)

## **1.2 Epidemiologie ICHS**

Incidence ICHS je 5-10 nových případů ročně na 1000 obyvatel. Úmrtnost na kardiovaskulární choroby tvoří 50-55% z celkové úmrtnosti. Ischemická choroba srdeční se podílí na úmrtí asi v polovině případů. ( Špinar, J., Vítovec, J. 2003, str. 62)

## **1.3 Rozdělení ICHS**

Rozlišujeme akutní a chronické formy ischemické choroby srdeční.

### **1.3.1 Akutní formy ICHS**

1. náhlá srdeční smrt koronárního původu
2. akutní koronární syndromy:
  - a) nestabilní angina pectoris
  - b) akutní infarkt myokardu

### **1.3.2 Chronické formy ICHS**

1. námahová (stabilní) angina pectoris
2. variantní angina pectoris
3. němá ischemie myokardu
4. syndrom X
5. stavy s ischemickou dysfunkcí levé komory srdeční
6. stavy s arytmií na ischemickém podkladě (Hromadová, D., 2004, str. 40)

## **1.4 Léčba ICHS**

### **1.4.1 Léčba anginy pectoris**

Podstatou léčby je zabránit vzniku infarktu myokardu. Léčba anginy pectoris závisí na subjektivních obtížích nemocného a také na objektivních nálezech, které získáme řadou různých vyšetření. Podle nálezů vyšetření zvolíme léčebný postup,



který může být buď konzervativní nebo invazivní. Konzervativní léčba spočívá v odstranění rizikových faktorů a v užívání medikamentů. U nemocných s prokázanou ischemií srdečního svalu, kteří dostatečně nereagují na léčbu medikamenty se provádí perkutánní koronární intervence nebo CABG. (Kolář, J., 2003, str. 213)

#### **1.4.2 Léčba medikamenty**

Farmakologickou léčbu ICHS lze rozdělit do několika skupin. Nejstarší skupinou léčiv užívaných u AP jsou nitráty. Mechanismem jejich působení je uvolnění oxidu dusnatého z cévního endotelu, což má za následek vasodilataci koronárních tepen. Další skupinou léků jsou beta-blokátory, jež snižují míru ischemie myokardu. Přednostně se užívají kardioselektivní beta-blokátory, které působí především na beta1-adrenergní receptory v myokardu. Snižují kontraktilitu myokardu s jeho energetickými nároky a zlepšují tak průtok koronárními cévami prodloužením diastoly. Beta-blokátory nejsou vhodné pro pacienty s astma bronchiale. Výhodou jsou beta-blokátory, které působí současně i alfa blokádu, pro jejich vazodilatační a hypotenzní účinek. Blokátory kalciových kanálů se užívají u pacientů, u kterých je léčba beta-blokátory nevhodná nebo kontraindikovaná. Blokátory kalciových kanálů působí vasodilatačně nejen na koronární tepny, ale také v systémovém řečišti. Novou skupinou léčiv u AP jsou metabolické modulátory zastoupené trimetazidem. Ovlivňují metabolismus myokardu stimulací glykolýzy a potlačením beta-oxidace mastných kyselin. Dochází tak k lepšímu využití energie v buňkách srdečního svalu. Trimetazidin má ochranný účinek na myokard. Nejnovější skupinou léčiv AP jsou inhibitory sinusového uzlu. Podstatou jejich působení je blokáda tzv. specifického kalciového kanálu If, opoždění depolarizace v sinusovém uzlu a tím zpomalení srdeční frekvence. Další důležitou součástí léčby ICHS je podávání léků s antiagregačním působením, jako je např. kyselina acetylsalicylová, a pokud je kontraindikována je možné podávat ticlopidin nebo clopidogrel. Součástí léčby ICHS je léčba dyslipidemie a hypertenze. Hypolipidemika ze skupiny statinů patří mezi léky, které snižují hladinu cholesterolu v krvi a také způsobují stabilizaci aterosklerotického plátu a upravují tak dysfunkci endotelu. ( Hradec, J., [www.remedia.cz](http://www.remedia.cz), 2006/3)

### **1.4.3 Perkutánní koronární intervence**

PCI je souhrnný název pro katetrizační výkony přispívající ke zlepšení průtoku zúženými koronárními tepnami. Perkutánní koronární angioplastika je výkon, který spočívá v balónkové dilataci koronární tepny s následnou implantací stentu. (Kolář, J., 2003, str. 262)

### **1.4.4 Kardiologická léčba**

U nemocných s prokázaným aterosklerotickým onemocněním věnčitých tepen, kteří nereagují na medikamentózní léčbu a není vhodná ani léčba katetrizační, je indikována chirurgická revaskulizace myokardu tzv. coronary artery bypass graft (CABG). (Kolář, J., 2003, str. 321)

## **2 AORTOKORONÁRNÍ BYPASS**

Podstatou je přemostění stenózy nebo uzávěru koronární tepny cévním štěpem, který je vytvořený z vena saphena nebo z vhodné artérie. Nejvhodnější je použití vnitřní prsní tepny - arteria mammaria interna, kdy se periferní konec tepny napojí přímo distálně pod zúžené místo koronární tepny, aniž je nutná anastomóza s aortou. Průchodnost tepenných bypassů je delší než u aortokoronárních spojek ze žíly. (Dominik, J., 1998, str. 36)

### **2.1 Předoperační příprava**

Úkolem předoperační přípravy je připravit organismus pacienta na zvládnutí operační zátěže a možných komplikací, které s sebou nese charakter onemocnění, metodika operace a anesteziologické postupy. Podílí se na ní společně chirurg, anesteziolog a kardiolog. Kvalita a rozsah předoperační přípravy ovlivňuje mortalitu a morbiditu nemocných. Perioperační péče je rozdílná v závislosti na tom, jde-li o operační výkon elektivní, urgentní nebo emergentní. (Vaněk, I., 2002, str. 12)

### **2.1.1 Psychická příprava**

Pacient, který přichází na kardiochirurgické oddělení k operaci, je vždy plný obav a úzkosti. Proto je nutné získat důvěru pacienta, popsat vše, co nemocného během hospitalizace čeká. Vysvětlit citlivě, stručně a jasně smysl a principy operačních a anesteziologických postupů. Informovat o průběhu pooperační intenzivní péče a seznámit pacienta se všemi objektivními riziky. Chirurg a anesteziolog seznámí pacienta s celým předoperačním a pooperačním průběhem. Otevřenost je cesta k aktivnímu přístupu nemocného k léčbě. Pacient na základě podaných informací ještě vše potvrdí svým podpisem tzv. informovaného souhlasu. (Vaněk, I., 2002, str. 12)

### **2.1.2 Hygienická příprava**

Hygienická příprava probíhá již na oddělení prohlídkou místa operačního pole a případným ošetřením kožních zánětlivých procesů u elektivních a urgentních výkonů. Součástí hygienické předoperační přípravy je také vyprázdnění tlustého střeva pomocí klyzmatu, které se provádí večer před operací. Klyzma se neprovádí u pacientů s akutní ICHS a akutním srdečním selháním. Celková koupel pacienta s použitím desinfekčního mýdla je rovněž součástí hygienické přípravy k operaci. Celkovou koupel nelze realizovat u emergentních výkonů, provádí se teplou vodou a desinfekčním mýdlem přímo na operačním stole až po úvodu do anestezie. Oholení ochlupení z místa operačního pole se provádí před převozem na operační sál. (Vaněk, I., 2002, str. 12)

### **2.1.3 Speciální příprava**

Speciální příprava spočívá v řádném klinickém vyšetření pacienta pomocí anamnézy se zaměřením na kardiovaskulární systém, fyzikálních a laboratorních metod. Pacient podrobující se operaci by měl být stabilizován v oblasti vnitřního prostředí, kompenzován po diabetologické stránce převedením na krátkodobý inzulín. Před operací je nutná abstinence kouření, a u obézních pacientů se doporučuje redukce hmotnosti. Pacient od půl noci před operací lační. Kardiologická medikace je

ponechána až do operačního dne s výjimkou hypotenziv s dlouhodobým účinkem, antikoagulačních a antiagregačních léčiv. (Brát, R., 2008, str. 15)

Premedikace má za úkol snížit strach a úzkost, zmenšit bolest, zabránit nežádoucím reflexům, snižuje salivaci a spotřebu anestetik během výkonu. Druh a složení premedikace určuje anesteziolog. Podání opiátu před operací má za cíl zmírnit bolestivé vnímání některých manipulací před úvodem do celkové anestezie. Součástí premedikace je edukační pohovor anesteziologa s pacientem. (Němec, P., 2006, str. 17)

## **2.2 Anestezie**

Samotný operační výkon probíhá v celkové anestézii s tracheální intubací a řízenou ventilací. Celková anestezie je navozena podáním analgetik, celkových anestetik a myorelaxancií. Většina operací se provádí napojením pacienta na mimotělní oběh (MTO), který nahrazuje funkci srdce a plic. Během celého operačního výkonu je pacient monitorován. Monitorování zahrnuje invazivní měření arteriálního krevního tlaku, centrálního žilního tlaku, sledování EKG, centrální teploty, saturace hemoglobinu kyslíkem, vydechovaného CO<sub>2</sub> a parametrů ventilace a analýzy anestetických plynů. Součástí je také biochemické monitorování, kontrola koagulace a eventuálně jícnová echokardiografie. (Brát, R., 2008, str.16)

Anesteziolog zodpovídá za klinické sledování a monitorování vitálních funkcí a je zodpovědný také za aplikaci veškerých léků, infuzí a transfúzních přípravků. Pro anesteziologa je nejnáročnější fází operace odpojení pacienta od mimotělního oběhu a znovuzahájení adekvátní umělé plicní ventilace. (Němec, P., 2006, str.19)

## **2.3 Typy operací**

Revaskularizaci myokardu lze provést dvojím způsobem. S použitím mimotělního oběhu ( on pump) a bez použití mimotělního oběhu ( off pump). Operace se provádí ze střední sternotomie. Po otevření perikardu, operatér zhodnotí velikost srdce, jeho kontraktilitu a prohlédne věnčité tepny pro upřesnění počtu bypassů, které bude našívat.(Němec,P.,2006, str.48) Operační postup je volen na základě pečlivého rozboru koronarografického nálezu.

K přemostění koronárních stenóz jsou využívány žíly povrchového žilního systému dolních končetin (vena saphena magna, vzácně parva). Odebraný venózní štěp se napojuje periferní anastomózou na koronární tepnu za uzávěrem nebo stenózou a pak centrální anastomózou na vzestupnou aortu (aortokoronární bypass). Delší životnost než štěpy venózní mají štěpy arteriální, proto jsou dnes upřednostňovány např. levostranná arteria mammaria (thoracica) interna (IMA). Mamární tepny jsou elastické a vysoce odolné vůči vzniku aterosklerózy. (Dominik, J., 1998, str.36) Vlastní štěpy se našívají na zastaveném srdci a prázdných věnčitých tepnách po zavedení mimotělního oběhu a aplikaci kardioplegického roztoku. (Němec, P., 2006, str.48)

Operace bez mimotělního oběhu se liší hlavně tím, že se provádí na bijícím srdci, které po celou dobu operace musí generovat dostatečný srdeční výdej. Provádí se ze střední sternotomie v celkové normotermii. Při postižení jedné tepny, nejčastěji RIA, je možné provést tzv. miniinvazivní revaskularizaci (MIDCAB- minimally invasive direct coronary artery bypass) malé anterolaterální thorakotomie. MIDCAB bez sternotomie je pro pacienty mnohem méně zatěžující. (Němec, P., 2006, str.50-51)

## **2.4 Pooperační komplikace**

Nejčastější pooperační komplikací vyžadující si chirurgickou revizi je krvácení. Bez akutní reoperace se neobejde asi 2-5% pacientů, kteří byli operováni v mimotělním oběhu. Operační revize se provádí při zvýšených a neustávajících krevních ztrátách nebo při rozvoji srdeční tamponády. Dalším důvodem reoperace vzácně se vyskytující je perioperační myokardiální ischemie. (Dominik, J., 1998, str.193) Je způsobena například uzávěrem aortokoronárního bypassu. Mezi nejčastější pooperační komplikace patří poruchy srdečního rytmu. Nejběžnější dysrytmií je fibrilace síní postihující až 1/3 všech operovaných. Fibrilace síní vyžaduje antiarytmickou terapii (nejčastěji amiodaron) nebo elektrickou kardioverzi. (Němec, P., 2006, str.2) Mohou se vyskytnout i jiné velmi závažné poruchy srdečního rytmu, proto jsou každému pacientovi na konci operace implantovány dočasné epikardiální elektrody, které umožňují zevní kardiostimulaci. Tyto elektrody se ještě před propuštěním odstraňují. Někdy dochází důsledkem operačního traumatu k neschopnosti srdce jako pumpy zajistit dostatečný srdeční výdej a tím perfuzi všech tkání a orgánů. Léčba je obvykle farmakologická (vasodilatancia, inotropika), při

jejich nedostatečné účinnosti je třeba použít mechanickou srdeční podporu. (Dominik, J., 1998, str.18)

Mezi závažnější komplikace patří zhoršené hojení sternotomie - osteomyelitida a mediastinitida, převážně u obézních pacientů a diabetiků. Nejčastější orgánovou komplikací je akutní renální selhání vznikající vlivem operačního traumatu při předoperačním postižení renálních funkcí. Renální selhání je někdy nutné řešit eliminačními metodami.(Němec, P., 2006, str.21) Nejzávažnější orgánovou komplikací spojenou s vysokou mortalitou je multiorgánové selhání, jehož příčinou je nízký srdeční výdej. Mezi psychiatrické komplikace patří organický psychosyndrom, který se projevuje desorientací a psychomotorickým neklidem. Vyskytuje se zejména u starších pacientů. V léčbě se nejčastěji uplatňují atypická neuroleptika (tiapridal). (Dominik, J., 1998, str.18-19)

## **2.5 Pooperační péče**

Pooperační péče se odehrává na jednotce intenzivní péče (JIP), která je adekvátně materiálně, přístrojově i personálně vybavena. Pooperační stavy vyžadují intenzivní sledování, ale i dočasnou substituci životně důležitých funkcí. Z důvodu přetrvávající deprese dýchání po opioidech a doznívající svalové relaxaci je nezbytná několikahodinová umělá plicní ventilace. Kritériem pro extubaci je dostatečná spontánní dechová aktivita, svalová síla, hemodynamická stabilita organismu a nepřítomnost jiných závažných problémů, především krvácení. (Brát, R., 2008, str.17) Probíhá invazivní monitorování arteriálního a centrálního žilního tlaku, doplněné měřením hemodynamických parametrů pomocí Swan-Ganzova katétru nebo alternativními technikami. Pokračuje se ve sledování tělesné teploty, hodinové diurézy, laboratorních výsledků a ventilačních parametrů. (Němec, P., 2006, str.19) Nezbytné je rovněž sledování krevních ztrát z hrudních drénů a stavu operační rány. Na základě vyhodnocení sledovaných parametrů jsou pacientovi aplikovány léky pomocí automatických injektomatů dávkujících přesné množství nitrožilních léků.

Pacienti, kteří již nevyžadují intenzivní resuscitační péči, jsou přeloženi na intermediální jednotku, kde se pokračuje v intenzivním monitorování pacienta. Pokud je zdravotní stav pacienta stabilizován, je přeložen na standardní oddělení. Po několika

dnech jsou pacienti propuštěni domů nebo předáni do rehabilitačního zařízení, případně do lázní. ( <http://www.fno.cz/kardiochirurgicke-centrum/struktura>)

### **3 RIZIKOVÉ FAKTORY ATEROSKLERÓZY A ICHS**

Rizikové faktory je možné rozdělit na faktory neovlivnitelné a ovlivnitelné.

#### **3.1 Neovlivnitelné faktory**

- a) věk
- b) pohlaví
- c) genetické faktory

Za rizikový z hlediska aterosklerózy a vzniku ICHS je považován věk nad 45 let u mužů a nad 55 let u žen. U žen po arteficiální menopauze bez substituční léčby estrogeny se věková hranice pro vznik aterosklerózy snižuje. Muži mají vyšší riziko aterosklerózy než ženy před menopauzou. Příčinou tohoto jevu je protektivní vliv hormonů na vyšší koncentrace High – density lipoprotein ( HDL) cholesterolu u žen a příznivý vliv na endotel. Za rizikové také považujeme výskyt infarktu myokardu nebo náhlé smrti u otce ve věku nižším než 55 let a u matky pod 65 let. (Aschermann, M., 2004, str.565)

#### **3.2 Ovlivnitelné faktory**

- a) hyperlipoproteinémie
- b) kouření
- c) arteriální hypertenze
- d) diabetes mellitus a inzulinová rezistence
- e) nedostatek fyzické aktivity
- f) nadváha a obezita
- g) psychosociální stres

Úprava životního stylu je základem léčby a prevence aterosklerózy. Povinností lékaře je informovat pacienta o přínosu správného životního stylu. Změnu nevhodných návyků musí chtít sám pacient, bez kladného přístupu ze strany pacienta nelze dosáhnout úspěchu. (Veverková, H., [www.e-coretvasa.cz](http://www.e-coretvasa.cz), 2007)

Pacienta je nutné pozitivně motivovat, vytvořit spojení s pacientem se zaměřením na jeho léčbu. Dbát na to, aby pacienti pochopili souvislosti mezi chováním, zdravím a nemocí. Zapojit nemocné do odhalování rizikových faktorů. Vypracovat spolu s pacientem plán změny úpravy životního stylu. Sledovat pokrok pacienta při kontrolních vyšetřeních. (Cífková, R., [www.cskb.cz](http://www.cskb.cz), 2005)

### **3.2.1 Hyperlipoproteinémie**

Hyperlipoproteinémie je charakterizována zvýšenou koncentrací lipidů a lipoproteinů v plazmě, především cholesterolu a triglyceridů. Cholesterol je látka tukové povahy, která hraje důležitou roli při stavbě buněčných membrán. Zároveň je důležitou stavební jednotkou nervů, mozkových buněk a některých hormonů. Organismus si jej dokáže vytvořit sám, ale část přijímá ze stravy. Cholesterol je pro organismus nepostradatelný, ale naopak jeho vysoká koncentrace v plazmě může představovat jisté riziko. Riziková je koncentrace celkového cholesterolu nad 5,0 mmol. Vysoce riziková je koncentrace Low- density lipoprotein (LDL) - cholesterolu nad 4,1 mmol, HDL- cholesterolu pod 1,0 mmol a triglyceridů nad 2,0 mmol. (Aschermann, M., 2004, str.565) Koncentraci plazmatického cholesterolu lze ovlivnit omezeným příjmem cholesterolu z potravy nebo farmakologicky, podáváním hypolipidemik- statinů. Statiny jsou vysoce účinné léky na snížení hladiny cholesterolu v krvi. Blokují syntézu cholesterolu v játrech inhibicí enzymu 3-hydroxy-3-methylglutaryl-koenzym A reduktázy, což má za následek zvýšení LDL- receptorů v játrech a vychytávání LDL- cholesterolu z krve. Plazmatická hladina LDL- cholesterolu klesá až o 35%. Zároveň dochází k vzestupu HDL- cholesterolu a poklesu triglyceridů. Statiny svými účinky přispívají ke snížení mortality a morbidit na kardiovaskulární choroby. (Goláš, L., [www.internimedicina.cz](http://www.internimedicina.cz), 2003)

Hladinu cholesterolu v krvi lze ovlivnit také omezeným příjmem tuků v potravě. Tuky jsou důležitým zdrojem energie, 1g tuku obsahuje 37 kJ. V potravě tvoří 95%



tuku triacylglyceroly. Rozlišujeme triacylglyceroly s mastnými kyselinami s krátkým, středním a dlouhým řetězcem, který rozhoduje o rozpustnosti ve vodě. Mastné kyseliny nasycené, které jsou převážně živočišného původu a mastné kyseliny nenasycené, mající původ v rostlinných a rybích tucích. (Hromadová, D., 2004, str. 110-112) Živočišné tuky obsahují převážně nasycené volné mastné kyseliny, které jsou v potravě esterifikovány s glycerolem ve formě triglyceridů. V naší potravě se vyskytují hlavně tyto nasycené mastné kyseliny: stearová, palmitová, myristová a laurová. Kyselina stearová je obsažena ve vepřovém sádle, hovězím, vepřovém a skopovém mase, není v podstatě aterogenní, ale má významný trombogenní účinek. Kyseliny palmitová, myristová a laurová jsou přítomny v mléčném tuku a mají výrazný aterogenní i trombogenní účinek.

Cholesterol je obsažen v živočišných tucích. Sádlo a máslo jsou tuhé nasycené tuky. Rostlinné oleje mají neutrální vztah k ateroskleróze. Z rostlinného oleje se vyrábí ztužené pokrmové tuky a margaríny, které obsahují vysoce aterogenní trans- mastné kyseliny. Zvýšený příjem trans-mastných kyselin je rizikový faktor ICHS srovnatelný s vzestupem LDL cholesterolu a poklesem hladiny HDL cholesterolu. (Hromadová, D., str.110) Nenasycené mastné kyseliny jsou obsažené v rybím tuku a rostlinných olejích. Nenasycené mastné kyseliny jsou pro organismus nepostradatelné a musí být proto přijímány potravou. Nenasycené mastné kyseliny jsou buď s jednou dvojnou vazbou - monounsaturated fatty acids (MUFA) nebo s více dvojnými vazbami polyunsaturated fatty acids (PUFA). PUFA se dále dělí na dienové (2 dvojně vazby) a trienové (3 dvojně vazby). Hlavním představitelem PUFA v potravě jsou především dienové kyseliny např. kyselina linolová, která mírně snižuje hladinu celkového cholesterolu, ale i HDL cholesterolu. Hlavním zástupcem trienových PUFA je kyselina alfa linoleová, která působí jak antiaterogenně, tak i antitrombogenně. Podobně působí i PUFA obsažené v rybím tuku a zároveň se uplatňuje jejich antiarytmogenní účinek.

Rostlinné oleje obsahují kyselinu olejovou ( MUFA), která brání oxidaci LDL cholesterolu a zvyšuje hladinu HDL cholesterolu. Nejvíce je obsažena v olivovém a řepkovém oleji. Vlákna je obsažena v přírodních potravinách, dělí se na rozpustné – pektiny a nerozpustné – celulóza. Dietní vlákniny také snižují hladinu celkového i LDL cholesterolu a zlepšují glukózovou toleranci. ( Šimon, J., www.cls.cz, 2002)

### 3.2.1.1 Dietní opatření

#### **V praxi jsou doporučovány následující dietní opatření:**

- nízkotučná dieta s vysokým obsahem polysacharidů, která ovšem vede ke snížení HDL cholesterolu a zvýšení triglyceridů
- dieta s vysokým obsahem MUFA, nemá účinek na celkový cholesterol, ale snižuje oxidaci LDL cholesterolu. Je prospěšná u diabetu a inzulinové rezistence. Je to dieta bohatá na olivový a řepkový olej, dostatek ovoce, zeleniny, luštěnin, ořechů a tím i dostatečný přísun všech PUFA.
- dieta s vysokým obsahem vláknin se rovněž podílí na snížení celkového cholesterolu.

Vlákniny zvyšují pocit nasycenosti a zlepšují glukózovou toleranci. Ve stravě se vyskytují především celozrnné potraviny, ovesné vločky, luštěniny, zelenina a ovoce. (Šimon, J., [www.cls.cz](http://www.cls.cz), 2002)

### 3.2.2 Kouření

Kouření zvyšuje riziko vzniku aterosklerózy víc než samotná hyperlipidémie, snižuje koncentraci HDL cholesterolu a negativně ovlivňuje celý lipoproteinový metabolismus. Nekouřením může dojít ke snížení rizika kardiovaskulárního onemocnění (KVO) až o 5%. Kouření cigaret je legislativně považováno za nemoc. Jde o závislost na nikotinu, kterou lze léčit v ordinacích odvykání závislosti na tabáku. Každý kuřák potřebuje odborné vysvětlení a informace o škodlivosti tohoto návyku a o možnostech léčby této závislosti. Přestat kouřit je neúčinnější opatření v prevenci KVO. (Veverková, H., [www.e-coretvasa.cz](http://www.e-coretvasa.cz), 2007)

Kuřákům je nutné podat odbornou pomoc v úsilí zanechání kouření. Je nutné ze strany lékařů systematicky vyhledávat kuřáky, posoudit stupeň závislosti a jejich odhodlání zanechat kouřit. Všechny kuřáky důrazně nabádat, aby kouření zanechali. Dohodnout strategii odvykání kouření včetně psychologického poradenství a farmakologické léčby, spočívající v náhradní terapii nikotinem, případně bupropion. (Cífková, R., [www.cskb.cz](http://www.cskb.cz), 2005)

### 3.2.2.1 Náhradní nikotinová léčba

Náhradní nikotinová léčba spočívá v tom, že se do organismu v období odvykání kouření dodává čistý nikotin. Tím se zmírní nepříjemné abstinenční příznaky během odvykání. Dávka nikotinu se postupně snižuje, až ji není potřeba podávat vůbec. Aplikace nikotinu do organismu je různorodá. Existují různé formy, například nikotinové žvýkačky, pastilky, mikrotablety, náplasti a inhalátory.

### 3.2.3 Arteriální hypertenze

Za arteriální hypertenzi považujeme TK 140/90 mm Hg a více naměřený minimálně při dvou různých návštěvách. V primární prevenci arteriální hypertenze se uplatňuje ideální tělesná hmotnost, snížení přísunu kalorií a tuků, omezení příjmu sodíku a alkoholu a zvýšení tělesné aktivity. Sekundární prevence spočívá v časném odhalení nemocných s hypertenzí, přibližně 1/3 pacientů o své hypertenzi vůbec neví. Z toho vyplývá, že je nutné kontrolovat krevní tlak (TK) při každé návštěvě lékaře, obzvláště u pacientů, kteří představují tzv. rizikovou skupinu KVO. Účinná a včasná léčba hypertenze přispívá ke snížení rizika KVO. (Karen, I. [www.svl.cz](http://www.svl.cz), 2004)

#### 3.2.3.1 Léčba arteriální hypertenze

Léčbu arteriální hypertenze dělíme na nefarmakologickou a farmakologickou. Nefarmakologická léčba spočívá v zanechání kouření, snížení tělesné hmotnosti, dostatečné tělesné aktivitě (30-45 min. 3x-4x týdně), omezení příjmu soli do 5-6 g/den, snížení celkového příjmu tuků, zejména nasycených, omezení léků podporujících retenci vody a sodíku. Pokud se pomocí režimových opatření nepodaří dosáhnout fyziologických hodnot TK, zahájíme léčbu farmakologickou.

Farmakologická léčba spočívá v podávání antihypertenziv. Antihypertenziva se podílí nejen na snížení TK, ale také snižují kardiovaskulární morbiditu a mortalitu. Při farmakoterapii podáváme např. tyto skupiny léků: ACE-inhibitory, blokátory receptorů angiotenzinu II, dlouhodobě působící kalciové blokátory, diuretika a beta-blokátory. Léčbu lze zahájit monoterapií nebo kombinací dvou léků v nízké dávce. U většiny

pacientů je cílem léčby dosáhnou tlak nižší než 140/90 mm Hg, avšak u diabetiků a jedinců s vysokým rizikem KVO musí být cílová hodnota krevního tlaku nižší než 130/80 mm Hg. Nález mikroalbuminurie u diabetiků 1. a 2. typu je indikací k zahájení léčby antihypertenzivy, především blokátorem renin-angiotenzinového systému, bez ohledu na hodnotu krevního tlaku. Řada studií poslední doby prokázala nižší incidenci diabetu u nemocných léčených inhibitory ACE nebo AT 1-blokátory. Doporučuje se proto podávání inhibitorů ACE a AT1- blokátorů u všech hypertoniků s vyšší glykemií nalačno nebo poruchou glukózové tolerance. (Widimský J., [www. e-coretvasa.cz](http://www.e-coretvasa.cz), 2008)

### **3.2.4 Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus (DM) patří mezi základní a nejčastější rizikové faktory aterosklerózy. IM je nejčastější příčinou úmrtí nemocných s diabetem mellitem. Výchovaná hladina triglyceridů a hladina HDL cholesterolu také obráceně podporuje vznik rozvoj diabetes mellitus. Každoročně narůstá počet diabetiků, takže se začíná hovořit o epidemii. Za posledních 20 let se počet diabetiků v České republice zdvojnásobil. Prevalence DM v české populaci již převyšuje 7% a zvyšuje se s věkem (z 6% ve věku 40 let na 30% ve věku 75 let). Kardiovaskulární mortalita diabetiků narůstá. Pacienti s DM mají 2-4x vyšší riziko IM než pacienti bez tohoto onemocnění. Na kardiovaskulární onemocnění umírá 75% diabetiků. Diabetici po infarktu myokardu mají 2x vyšší riziko úmrtí než nediabetici. Příčinou horší prognózy u všech diabetiků jsou difuzní koronární postižení, diabetická kardiomyopatie, nerovnováha autonomního nervového systému, abnormální funkce koagulačního systému a krevních destiček, méně rozvinutý kolaterální oběh a také metabolické poruchy, které způsobují neefektivní a zvýšenou spotřebu kyslíku v myokardu během ischemie a zvýšené zátěže. S DM je spojen vyšší výskyt kardiovaskulárních rizik, jako je např. hypertenze, která je u DM 1,5-2x častější, obezita jež se u pacientů s DM 2. typu vyskytuje až v 95%. DM má vliv na horší průběh akutních koronárních syndromů a zvyšuje riziko komplikací včetně kardiogenního šoku a smrti. (Adámková, R., [www.internimedica.cz](http://www.internimedica.cz), 2008/9)

### 3.2.5 Nedostatek fyzické aktivity

Tělesnou aktivitu je žádoucí podporovat u všech věkových skupin, od dětí až po starší osoby. Všechny pacienty (a hlavně jedince s vysokým rizikem KVO ) je nutné nabádat ke zvýšení tělesné aktivity až na hodnotu zajišťující nejnižší riziko vzniku KVO. Cílem je dosáhnout minimálně 30 minut fyzické aktivity většinu dní v týdnu, i mírnější aktivita zlepšuje zdraví.

Doporučuje se zvýšit tělesnou aktivitu, zejména aerobní-chůze, plavání nebo cyklistika, alespoň 5x týdně po dobu 30 minut. Cvičební program je nutno upravit s ohledem na aktuální stav kardiovaskulárního systému, věk a tělesnou kondici pacienta. Pravidelná fyzická aktivita se podílí na zvýšení HDL- cholesterolu a současně snižuje hladinu T- cholesterolu i triglyceridů.

U nemocných s rizikem KVO je nutné nejprve provést komplexní klinické vyšetření a zátěžový test, který umožní stanovit vhodnou hranici fyzické zátěže. Zátěžový test je také vhodné provést u netrénovaných osob ve věku nad 50 let. U obézních osob a osob s onemocněním pohybového aparátu je třeba nalézt vhodnou formu fyzické zátěže. (Veverková, H., [www.e-coretvasa.cz](http://www.e-coretvasa.cz), 2007)

### 3.2.6 Nadváha a obezita

Obezitou nebo nadváhou trpí na celém světě odhadem 1,1 miliarda dospělých. Abdominální obezita byla uvedena jako závažná metabolická abnormita, představující riziko kardiovaskulárního onemocnění. Bylo zjištěno, že index tělesné hmotnosti (BMI) má menší význam co se týká kardiovaskulárního rizika než-li adominální obezita. Obvod pasu vykazuje silnější spojitost s metabolickými rizikovými faktory, incidenci KVO a s úmrtností. Ideální obvod pasu nemá přesahovat polovinu výšky, což je cíl snadno sdělitelný a pochopitelný pro pacienty i pro širokou veřejnost. (James H. Ó Keefe, [www.tribune.cz](http://www.tribune.cz), 2009)

Prevence vzniku obezity a snížení hmotnosti u pacientů s nadváhou a obezitou je důležité u pacientů s prokázaným rizikem KVO i u pacientů bez rizika. Snížení tělesné hmotnosti se doporučuje u pacientů s BMI vyšším jak 30 kg/m<sup>2</sup> nebo u jedinců

s nadváhou u nichž je BMI v rozmezí 25,0 – 29,9 kg/m<sup>2</sup> a také u jedinců s abdominální obezitou s obvodem pasu u mužů přesahujícím 102 cm a u žen 88 cm.

Snižování tělesné hmotnosti vyžaduje silnou motivaci jedince a zároveň odbornou pomoc. Měření tělesné hmotnosti a výšky jedince a výpočet BMI spolu s měřením obvodu pasu by mělo být nedílnou součástí preventivních prohlídek u praktických lékařů. Kardiovaskulární a metabolická rizika se výrazně sníží při redukci tělesné hmotnosti o 5-15%. V komplexní léčbě obezity se uplatňuje dieta se snížením obsahu energie o 15-30%, snížení energetické hodnoty je dosaženo především sníženým přísunem tuků. Součástí léčby obezity je také zvýšení tělesné aktivity. U těžkých obezit s BMI nad 40,0 kg/m<sup>2</sup> přistupujeme k chirurgickému zákroku, jako je např. bandáž žaludku. (Cífková, R., [www.cskb.cz](http://www.cskb.cz), 2005)

### **3.2.7 Psychosociální stres (PSS)**

Přestože emoce vznikají v mozku, mají vliv na srdce a kardiovaskulární systém. Je dokázáno, že šťastné a společenské srdce je obecně zdravější než srdce trpící depresí, osamělostí, vztekem a úzkostí. Psychosociální stres zaujímá třetí místo v rizikových faktorech KVO. Škodlivé působení PSS se zhoršuje, jestliže nemáme dostatečnou kontrolu nad zdrojem stresu a jestliže se nám dostává pouze omezené citové podpory. Psychosociální stresory zvyšují kardiovaskulární riziko aktivací sympatického nervového systému a hypotalamo-hypofýzární osy. Dochází tak k převaze sympatiku nad parasympatikem a ke zvyšování koncentrace kortisolu. Nadměrný stres nepříznivě ovlivňuje TK a koncentraci glukózy a lipidů v krvi. Přispívá tak k progresi aterosklerózy a zánětlivých projevů. Je otázkou zda existuje ideální přístup vedoucí ke zmírnění PSS a ke zlepšení nepříznivých prognóz souvisejících se stresem. Stres bývá standardně zmírňován prostřednictvím farmakoterapie, kdy antidepressiva sice zmírní depresi, ale nijak výrazně neovlivní prognózu osob s kardiovaskulárními chorobami. Nejlepší metodou vedoucí ke zmírnění stresu je cvičení, které také zároveň přispívá ke snížení kardiovaskulárního rizika. (James H. Ó Keefe, [www.tribune.cz](http://www.tribune.cz), 2009)

## 4 VÝZKUMNÁ ČÁST

### 4.1 Cíle a očekávané výsledky

**Cíl č. 1: Zjistit zda je provedení chirurgické revaskulizace myokardu koronárním bypasseem pro pacienty větší motivací k dodržování zásad zdravého životního stylu než u pacientů, kteří tento operativní zákrok nepodstoupili a léčí se pro ischemickou chorobu srdeční.**

*Očekávané výsledky:*

1. Očekávám, že dojde k větším změnám stravovacích návyků u respondentů po prodělané chirurgické revaskularizaci myokardu než u respondentů s ischemickou chorobou srdeční, kteří tento zákrok nepodstoupili.
2. Očekávám, že respondenti po aortokoronárním bypassu ve většině případů přestanou kouřit, oproti respondentům, kteří tento zákrok nepodstoupili.
3. Očekávám, že se zvýší pohybová aktivita u respondentů po aortokoronárním bypassu v porovnání s respondenty s ischemickou chorobou srdeční, kteří tento zákrok nepodstoupili.

**Cíl č. 2: Zjistit zda má nějaký vliv pohlaví na dodržování zdravé životosprávy u pacientů s ischemickou chorobou srdeční.**

*Očekávané výsledky:*

1. Očekávám, že ženy častěji změní svou životosprávu.

**Cíl č.3: Zjistit zda má nějaký vliv vzdělání na dodržování zdravé životosprávy u pacientů s ischemickou chorobou srdeční.**

*Očekávané výsledky:*

1. Očekávám, že středoškolsky nebo vysokoškolsky vzdělaní respondenti učiní razantnější opatření v oblasti zdravé životosprávy.

**Cíl č. 4: Zjistit odkud čerpají pacienti informace o správné životosprávě, jaký je hlavní informační zdroj u těchto pacientů.**

*Očekávané výsledky:*

1. Očekávám, že 70% pacientů získává informace o správné životosprávě od svého ošetřujícího lékaře nebo nelékařského zdravotnického personálu.
2. Očekávám, že více než 50% pacientů čerpá informace o správné životosprávě z médií.



## **4.2 Metodika práce a metoda výzkumu**

### **4.2.1 Charakteristika zkoumaného souboru**

Celkový počet rozdaných dotazníků byl 120, vráceno 103, tj. 85,83 % návratnost. Čtrnáct dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost vyplnění, čímž by mohlo dojít ke zkreslení výsledků výzkumu. Celkem bylo do šetření zahrnuto 89 respondentů. Respondenti byli pacienti léčící se s ischemickou chorobou srdeční v kardiologických ambulancích v Hlučíně a v Opavě.

### **4.2.2 Konstrukce a struktura dotazníku**

Na základě získaných teoretických informací a cílů šetření jsem sestavila dotazník, který byl anonymní a dobrovolný. Výhodou dotazníkového šetření je oslovení většího množství respondentů v krátkém časovém úseku jednoduchou a jednoznačnou formulací otázek a následné počítačové zpracování výsledků. Respondenti vyplňovali dotazník během čekací doby v čekárnách kardiologických ambulancí, poté jej odevzdali kardiologickým sestřám. Výzkumné šetření probíhalo v období od února do března 2011. Dotazník obsahoval 22 otázek, z toho 18 otázek uzavřených, 4 polootevřené a 1 otevřenou otázku.

### **4.2.3 Zpracování dat**

Po skončení sběru dat, bylo provedeno třídění, počítačové zpracování a vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření. Získané údaje byly vloženy do jednotlivých tabulek a grafů. V tabulkách je uvedený počet (n) a procento (%).

#### 4.2.4 Základní charakteristika souboru

Dotazníková otázka č. 1 *Jaké je Vaše pohlaví?*

Tab. 1 Rozdělení dle pohlaví

	n	%
Muži	59	66,29
Ženy	30	33,71
Celkem	89	100

**Komentář:** z celkového počtu 89 respondentů byly dvě třetiny muži a jedna třetina žen.

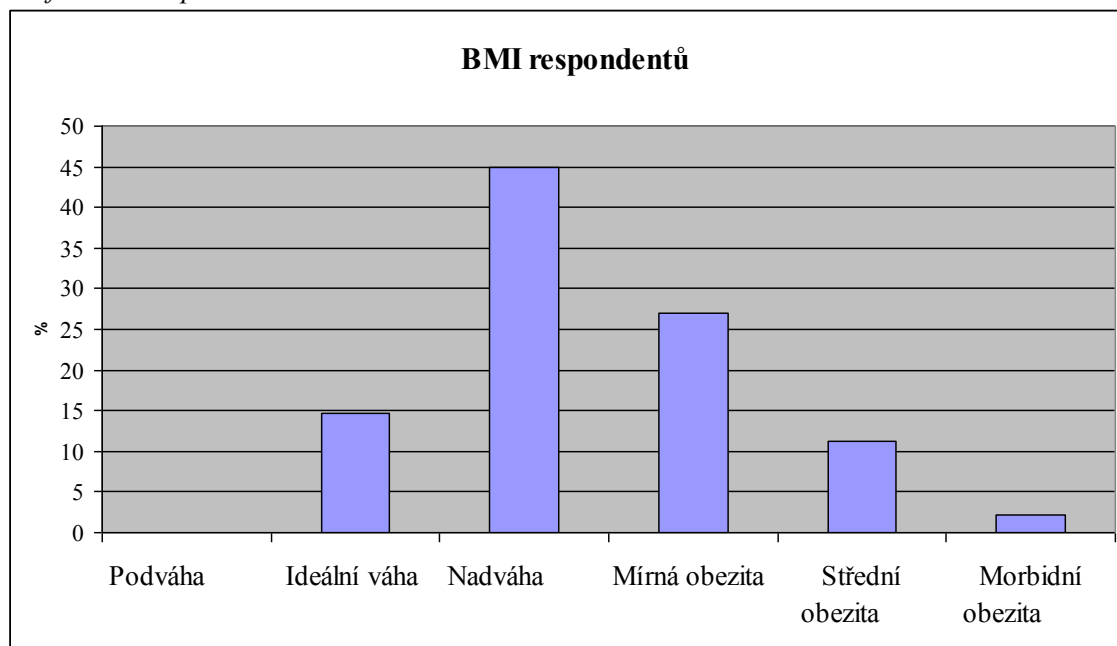
Dotazníková otázka č. 2 *Jaká je Vaše výška a váha?*

Tab. 2 BMI respondentů

	n	%
Podváha 16,5 - 18,5	0	0
Ideální váha 18,5 - 24,9	13	14,61
Nadváha 25-29,9	40	44,94
Mírná obezita 30-34,9	24	26,97
Střední obezita 35-39,9	10	11,23
Morbidní obezita > 40	2	2,25
Celkem	89	100

**Komentář:** z celkového počtu 89 respondentů, podváhu nemá nikdo, ideální váhu má 14,61 % (13), nadváhu 44,94 % (40), mírnou obezitu 26,97 % (24), střední obezitu 11,23 % (10) a morbidní obezitu 2,25 % (2).

Graf 1 BMI respondentů



Dotazníková otázka č. 3 *Změnila se nějak vaše tělesná hmotnost v souvislosti s onemocněním?*

*Tab. 3 Změny tělesné hmotnosti*

	n	%
Zhubl/a	11	12,36
Přibral/a	40	44,94
Stejná váha	38	42,70
Celkem	89	100

**Komentář:** zhublo 12,36 % (11), přibralo 44,94 % (40) a stejnou váhu má 42,70 % (38).

Dotazníková otázka č. 4 *Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*

*Tab. 4 Rozdělení dle vzdělání*

	n	%
Základní	14	15,73
Střední bez maturity	24	26,96
Střední s maturitou	31	34,83
Vyšší odborné	10	11,24
Vysokoškolské	10	11,24
Celkem	89	100

**Komentář:** 15,73 % (14) respondentů se základním vzděláním, středního vzdělání bez maturity dosáhlo 26,96 % (24), středního s maturitou 34,83 % (31), vyšší odborné vzdělání má 11,24 % (10) a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 11,24 % (10).

Dotazníková otázka č. 5 *Jakou formu léčby ICHS jste podstoupil/podstoupila?*

*Tab. 5 Rozdělení z hlediska léčby*

	n	%
Medikamentózní	22	24,72
Katetrizace	28	31,46
Operace –bypass	39	43,82
Celkem	89	100

**Komentář:** z celkového počtu 89 respondentů je 24,72 % (22) léčeno medikamenty, katetrizační intervenci podstoupilo 31,46 % (28) a po CABG je 43,82% (39) dotazovaných.

### 4.3 Výsledky práce

**Cíl č. 1:** Zjistit zda je provedení chirurgické revaskulizace myokardu koronárním bypassem pro pacienty větší motivací k dodržování zásad zdravého životního stylu než u pacientů, kteří tento operativní zákrok nepodstoupili a léčí se pro ischemickou chorobu srdeční.

1. Očekávám, že dojde k větším změnám stravovacích návyků u respondentů po prodělané chirurgické revaskularizaci myokardu než u respondentů s ischemickou chorobou srdeční, kteří tento zákrok nepodstoupili.

Dotazníková otázka č. 12 *Došlo k nějaké změně stravovacích návyků v souvislosti s onemocněním?*

Tab. 6 Změny ve stravování z hlediska léčby

	Neoperační léčba		Operační léčba	
	n	%	n	%
Ano	14	28	19	48,72
Ne	36	72	20	51,28
Celkem	50	100	39	100

**Komentář:** z celkového počtu 50 neoperovaných respondentů, změnilo své stravovací návyky 28 % respondentů a 72 % nezměnilo, 39 respondentů jež podstoupili operační léčbu, změnilo své stravovací návyky 48,72 % respondentů a 51,28 % respondentů své stravovací návyky nezměnili

2. Očekávám, že respondenti po prodělaném aortokoronárním bypassu ve většině případů přestanou kouřit, oproti respondentům, kteří tento zákrok nepodstoupili.

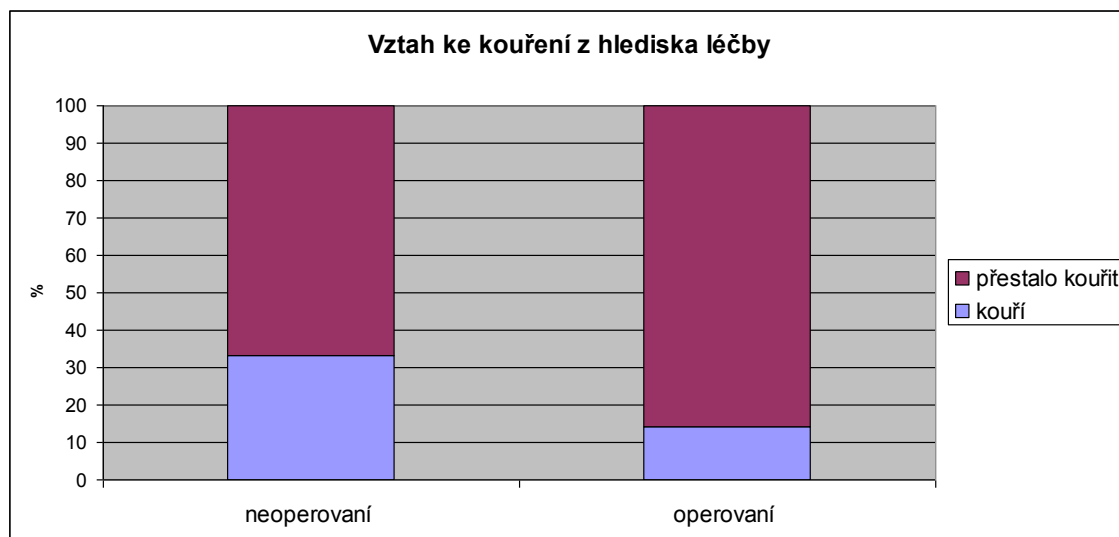
Dotazníková otázka č. 16 *Jaký je Váš vztah ke kouření?*

Tab. 7 Vztah ke kouření z hlediska léčby

	Neoperační léčba		Operační léčba	
	n	%	n	%
Nikdy nekouřil/a	17	34	18	46,15
Kouřím	11	22	3	7,69
Přestal/a po onemocnění	22	44	14	35,90
Přestal/a po operaci	0	0	4	10,26
Celkem	50	100	39	100

**Komentář:** z celkového počtu 50 neoperovaných respondentů, přestalo kouřit 44 %, kouří 22 % a nikdy nekouřilo 34 %. Z 39 respondentů jež podstoupili operační léčbu přestalo kouřit po operaci 10,26 %, po onemocnění 35,90 %, kouří 7,69 % a nikdy nekouřilo 46,15 % respondentů.

Graf 2 Vztah ke kouření z hlediska léčby



3. Očekávám, že se zvýší pohybová aktivita u respondentů po prodělaném aortokoronárním bypassu v porovnání s respondenty s ischemickou chorobou srdeční kteří tento zákrok nepodstoupili.

Dotazníková otázka č. 17 *Změnila se nějak pohybová aktivita v souvislosti s onemocněním?*

Tab. 8 Pohybová aktivita z hlediska léčby

	Neoperační léčba		Operační léčba	
	n	%	n	%
Ano, zvýšil/a	9	18	10	25,64
Ano, omezení	13	26	18	46,15
Ne	28	56	11	28,21
Celkem	50	100	39	100

**Komentář:** z celkového počtu 50 neoperovaných respondentů, se zvýšila pohybová aktivita u 18 %, 26 % pohyb omezili, u 56 % se pohybová aktivita nezvýšila. Z 39 operovaných respondentů zvýšilo svou pohybovou aktivitu 26,54 %, cítí omezení 46,15 % a 28,21 % svou pohybovou aktivitu nezměnili.

**Cíl č. 2: Zjistit zda má nějaký vliv pohlaví na dodržování zdravé životosprávy u pacientů s ischemickou chorobou srdeční.**

1. Očekávám, že ženy častěji změní svou životosprávu.

Dotazníková otázka č. 6 *Kolikrát denně se stravujete?*

*Tab. 9 Pravidelnost stravy z hlediska pohlaví*

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
4-5x malé porce	11	18,64	17	56,67
4-5x velké porce	11	18,64	1	3,33
3x malé porce	18	30,52	8	26,67
3x velké porce	9	15,25	2	6,67
Nepravidelně	10	16,95	2	6,67
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů se stravuje 4-5x denně v malých porcích 18,64 %, 4-5x denně ve velkých porcích 18,64 %, 3x denně malé porce 30,52 %, 3x denně velké porce 15,25 % a nepravidelně se stravuje 16,95 % mužů. Z 30 žen se stravuje 4-5x denně v malých porcích 56,67 %, 4-5x denně v velkých porcích 3,33 %, 3x denně malé porce 26,67 %, 3x denně velké porce 6,67 % a nepravidelně se stravuje 6,67 % žen.

Dotazníková otázka č. 7 *Jakým způsobem se převážně stravujete?*

*Tab. 10 Způsob stravování z hlediska pohlaví*

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Domácí strava	44	74,58	30	100
Závodní jídelna	10	16,95	0	0
Bistra, fastfoody...	1	1,69	0	0
Restaurace	4	6,78	0	0
Jiné	0	0	0	0
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů se 74,58 % stravuje doma, 16,95 % v závodní jídelně, 1,69 % bistra a fastfoody a 6,78 % se stravuje v restauracích. Ženy se stravují pouze doma.

Dotazníková otázka č. 8 *Jaké tuky se nejčastěji vyskytují ve vaší stravě?*

Tab. 11 Konzumace tuků z hlediska pohlaví

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Rostlinné	32	54,54	21	70
Živočišné	27	45,76	9	30
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů se u 54,54 % vyskytují nejčastěji v potravě rostlinné tuky a u 45,76 % tuky živočišné. Z 30 žen dává 70 % přednost rostlinným tukům a 30 % tukům živočišným.

Dotazníková otázka č. 9 *Jaké maso nejčastěji konzumujete? Určete pořadí podle četnosti 1-5*

Tab. 12 Konzumace masa dle pohlaví

	Muži				Ženy			
		n	průměr	pořadí		n	průměr	pořadí
Kuřecí	1	35	1,64	1.	1	17	1,93	1.
	2	7			2	5		
	3	6			3	4		
	4	5			4	1		
	5	6			5	3		
Vepřové	1	24	2,12	2.	1	6	2,33	2.
	2	12			2	15		
	3	16			3	4		
	4	6			4	3		
	5	1			5	2		
Ryby	1	0	3,24	4.	1	1	3,00	3.
	2	16			2	8		
	3	19			3	13		
	4	18			4	6		
	5	6			5	2		
Hovězí	1	5	3,12	3.	1	1	3,40	4.
	2	20			2	5		
	3	2			3	8		
	4	27			4	13		
	5	5			5	3		
Zvěřina	1	0	4,49	5.	1	0	4,43	5.
	2	1			2	0		
	3	11			3	6		
	4	5			4	5		
	5	42			5	19		

**Komentář:** u mužů i u žen je na prvním místě konzumace kuřecího masa, na druhém vepřové maso, na třetím jsou ryby, na čtvrtém hovězí maso a na posledním místě konzumace zvěřiny.

Dotazníková otázka č. 10 *Přisolujete si stravu?*

Tab. 13 *Solení stravy dle pohlaví*

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Ano	20	33,90	5	16,67
Ne	15	25,42	16	53,33
Někdy	24	40,68	9	30,00
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů si 33,90 % přisoluje stravu, 25,42 % nepřisoluje a 40,68 % si někdy přisolí. Z 30 žen si 16,67 % přisoluje, 53,33 % nepřisoluje a 30,00 % si někdy přisolí.

Dotazníková otázka č. 11 *Konzumujete ovoce a zeleninu?*

Tab. 14 *Konzumace ovoce a zeleniny dle pohlaví*

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Pravidelně	21	35,59	27	90
Žádnou	2	3,39	0	0
Nepravidelně	36	61,02	3	10
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů 35,59 % konzumuje pravidelně ovoce a zeleninu, 3,39 % ovoce a zeleninu nekonzumuje a 61,02 % konzumují ovoce a zeleninu nepravidelně. Z 30 žen 90 % mají ve svém jídelníčku ovoce a zeleninu pravidelně a 10 % nepravidelně.

Dotazníková otázka č. 12 *Došlo k nějaké změně stravovacích návyků v souvislosti s onemocněním?*

Tab. 15 *Změny stravovacích návyků dle pohlaví*

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Ano	20	33,90	13	43,33
Ne	39	66,10	17	56,67
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů 33,90 % změnilo své stravovací návyky v souvislosti s onemocněním a 66,10 % nikoliv. Z 30 žen změnilo své stravovací návyky 43,33 % a 56,67 % své stravovací návyky nezměnilo.



Dotazníková otázka č. 14 *Jaký druh nápojů nejčastěji pijete? Uveďte pořadí četnosti 1-6*

Tab. 16 Konzumace nápojů dle pohlaví

	Muži				Ženy			
		n	průměr	pořadí		n	průměr	pořadí
Voda	1	31	2,61	1.	1	15	2,27	1.
	2	4			2	6		
	3	2			3	2		
	4	7			4	2		
	5	9			5	3		
	6	6			6	2		
Čaj	1	2	2,66	2.	1	5	2,43	2.
	2	31			2	13		
	3	17			3	7		
	4	5			4	4		
	5	2			5	1		
	6	2			6	0		
Mléko	1	0	4,63	5.	1	0	4,17	5.
	2	5			2	2		
	3	4			3	3		
	4	13			4	4		
	5	23			5	15		
	6	14			6	6		
Minerálky	1	17	2,92	3.	1	9	2,93	3.
	2	7			2	3		
	3	16			3	7		
	4	8			4	5		
	5	5			5	4		
	6	6			6	2		
Sladké nápoje	1	5	4,64	6.	1	1	4,53	6.
	2	5			2	4		
	3	4			3	2		
	4	5			4	5		
	5	13			5	7		
	6	27			6	11		
Káva	1	3	3,75	4.	1	1	3,77	4.
	2	5			2	4		
	3	17			3	8		
	4	21			4	10		
	5	5			5	2		
	6	8			6	5		

**Komentář:** muži i ženy nejčastěji pijí vodu, potom čaj, na třetím místě minerálky, na čtvrtém kávu, na pátém mléko a na posledním místě sladké nápoje.

Dotazníková otázka č. 13 *Jaké množství tekutin vypijete denně?*

Tab. 17 *Tekutiny dle pohlaví*

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
> 2,5 l denně	12	20,34	2	6,67
2 – 2,5 l denně	11	18,65	8	26,66
1 – 2 l denně	33	55,93	15	50,00
0,5 – 1 litr denně	3	5,08	5	16,67
< 0,5 litru denně	0	0	0	0
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů je u 20,34 % vyšší spotřeba tekutin jak 2,5 l za den, 2-2,5 l za den vypije 18,65%, 1-2 l denně vypije 55,93 %, 0,5-1 l za den vypije 5,08% a méně jak 0,5 l nevypije nikdo z mužů. Z 30 žen je u 6,67 % vyšší spotřeba tekutin jak 2,5 l za den, 2-2,5 l za den vypije 26,66 % žen, 50,00 % žen vypije 1-2 l denně, 0,5-1 l za den vypije 16,67 % žen, méně jak 0,5 l nevypije žádná z žen.

Dotazníková otázka č. 15 *Konzumujete alkohol?*

Tab. 18 *Konzumace alkoholu z hlediska pohlaví*

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Ano, denně	6	10,17	0	0
Ano, příležitostně	39	66,10	5	16,67
Dříve, teď již ne	11	18,65	8	26,66
Ne	3	5,08	17	56,67
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů konzumuje alkohol denně 10,17 %, příležitostně 66,10 %, přestali s konzumací 18,65 % a vůbec nekonzumovali alkoholické nápoje 5,08 % mužů. Z 30 žen denně nekonzumuje alkohol žádná žena, příležitostně 16,67 % žen, přestalo s konzumací 26,66 % a vůbec nekonzumovalo alkohol 56,67 % žen.

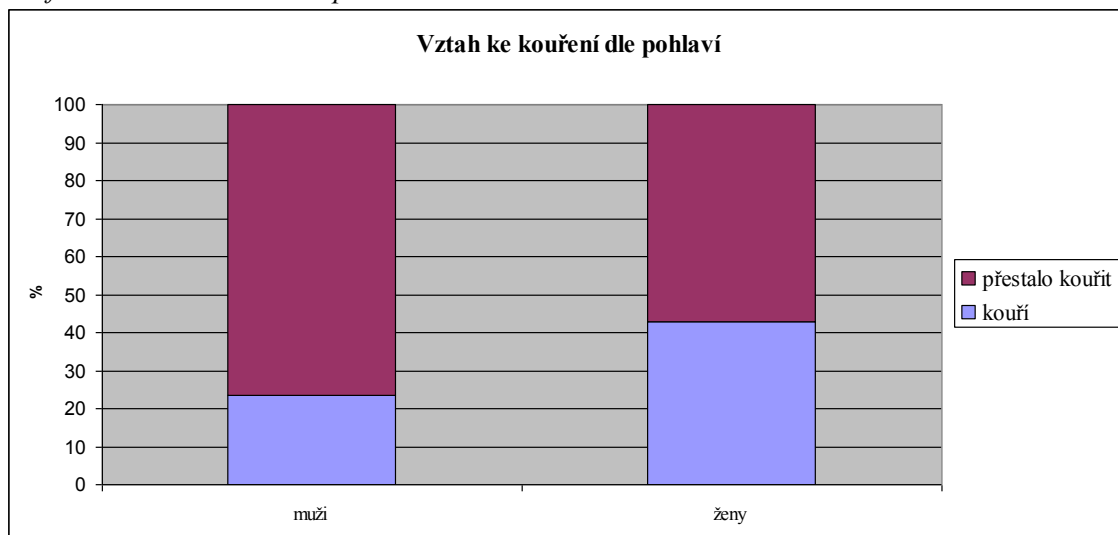
Dotazníková otázka č. 16 *Jaký je Váš vztah ke kouření?*

Tab. 19 *Vztah ke kouření dle pohlaví*

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Nikdy nekouřil/a	12	20,34	23	76,67
Kouřím	11	18,65	3	10,00
Přestal/a po onemocnění	32	54,24	4	13,33
Přestal/a po operaci	4	6,77	0	0
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů nikdy nekouřilo 20,34 %, kouří 18,65 %, přestalo po nemocnění 54,24 % a po operaci přestalo kouřit 6,77 % mužů. Z 30 žen nikdy nekouřilo 76,67 %, kouří 10,00 % žen a po onemocnění přestalo s kouřením 13,33 % žen.

Graf 3 Vztah ke kouření dle pohlaví



Dotazníková otázka č. 17 *Změnila se nějak pohybová aktivita v souvislosti s onemocněním?*

Tab. 20 Pohybová aktivita z hlediska pohlaví

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Ano, zvýšil/a	13	22,03	6	20,00
Ano, omezení	8	30,51	13	43,33
Ne	28	47,46	11	36,67
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů zvýšilo svou pohybovou aktivitu 22,03 %, 30,51 % omezilo pohyb následkem onemocnění a u 47,46 % mužů se pohybová aktivita nezměnila. Z 30 žen 20,00 % svou pohybovou aktivitu zvýšilo, 43,33 % že omezilo pohyb a u 36,67 % žen se pohybová aktivita nezměnila.

Dotazníková otázka č. 18 *Jaký druh pohybové aktivity provozujete?*

Tab. 21 Druh pohybové aktivity z hlediska pohlaví

	Muži		Ženy	
	n	Pořadí	n	Pořadí
Rychlá chůze	23	1.	14	2.
Běh	2	6.-7.	0	---
Plavání	13	3.	12	3.
Posilování	2	6.-7.	0	---
Jízda na kole	21	2.	18	1.
Žádná	8	4.	11	4.
Jiná	3	5.	5	5.

**Komentář:** nejvíce mužů provozuje rychlou chůzi, na druhém místě u mužů převládá jízda na kole, na třetím místě je plavání, 8 mužů z 59 nedělá žádný sport, 3 muži mají jiné aktivity než byly uvedeny v dotazníku, provozují např. jízdu na rotopedu nebo pěší turistiku, a 2 muži se věnují běhu a posilování. Ženy nejčastěji uvedli jízdu na kole, pak rychlou chůzi a nakonec plavání. Z 30 žen 4 neprovozují žádný sport a 5 se věnuje jiné pohybové aktivitě než bylo uvedeno v dotazníku.

Dotazníková otázka č. 19 *Jak často uvedenou pohybovou aktivitu provozujete?*

Tab. 22 Intenzita pohybové aktivity z hlediska pohlaví

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
Denně	13	22,03	4	13,33
2-3x týdně	11	18,65	7	23,33
1x týdně	3	5,08	3	10,00
Nepravidelně	27	45,77	7	23,00
Neprovozují	5	8,47	9	30,00
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů provozuje pohyb denně 22,03 %, 2-3x týdně sportuje 18,65 %, 1x týdně 5,08 %, nepravidelně 45,77 % a 8,47 % neprovozují žádný sport. Z 30 žen je denně pohybově aktivních 13,33 %, 2-3x týdně 23,33 %, 1x týdně 10,00 %, 23,00 % provozuje sport nepravidelně a 30,00 % žen nesportuje vůbec.

Dotazníková otázka č. 20 *Jaký je časový interval Vaší pohybové aktivity?*

Tab. 23 Časový interval pohybové aktivity z hlediska pohlaví

	Muži		Ženy	
	n	%	n	%
> 30 minut	37	62,71	7	23,33
< 30 minut	10	16,96	9	30,00
< 20 minut	7	11,86	5	16,67
Žádný	5	8,47	9	30,00
Celkem	59	100	30	100

**Komentář:** z 59 mužů se 62,71 % věnuje pohybové aktivitě více jak 30 minut, 16,96 % méně jak 30 minut, 11,86 % méně jak 20 minut a 8,47 % nemá žádný časový interval. Z 30 žen se 23,33 % věnuje pohybu více jak 30 minut, 30,00 % méně jak 30 minut, 16,67 % méně jak 20 minut a 30,00 % nemá žádný časový interval.

**Cíl č.3: Zjistit zda má nějaký vliv vzdělání na dodržování zdravé životosprávy u pacientů s ischemickou chorobou srdeční.**

*Očekávané výsledky:*

1. Očekávám, že středoškolsky nebo vysokoškolsky vzdělaní respondenti učiní razantnější opatření v oblasti zdravé životosprávy.

Dotazníková otázka č. 6 *Kolikrát denně se stravujete?*

*Tab. 24 Pravidelnost stravy z hlediska vzdělání*

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4-5x malé porce	5	35,71	5	20,83	7	22,58	5	50	6	60
4-5x velké porce	3	21,43	5	20,83	3	9,68	1	10	0	0
3x malé porce	4	28,57	6	25,00	10	32,26	4	40	2	20
3x velké porce	2	14,29	3	12,50	6	19,35	0	0	0	0
Nepravidelně	0	0	5	20,83	5	16,13	0	0	2	20
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** respondenti s základním , vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním se nejčastěji stravují 4-5x denně v malých porcích, se středním odb. a s maturitou 3x denně v malých porcích.

Dotazníková otázka č. 7 *Jakým způsobem se převážně stravujete?*

*Tab. 25 Způsob stravování z hlediska vzdělání*

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Domácí strava	11	78,58	23	95,83	26	83,87	9	90	5	50
Závodní jídelna	1	7,14	1	4,17	4	12,91	1	10	3	30
Bistra, fastfoody .	1	7,14	0	0	0	0	0	0	0	0
Restaurace	1	7,14	0	0	1	3,22	0	0	2	20
Jiné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** všichni respondenti se nejčastěji stravují doma, v závodních jídelnách se nejčastěji stravují vysokoškoláci 30%, do restaurací také chodí nejčastěji vysokoškoláci 20%.

Dotazníková otázka č. 8 *Jaké tuky se nejčastěji vyskytují ve Vaší stravě?*

Tab. 26 *Výskyt tuků v potravě dle vzdělání*

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rostlinné	8	57,14	12	50	19	61,29	7	70	7	70
Živočišné	6	42,86	12	50	12	38,71	3	30	3	30
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** rostlinným tukům dávají přednost respondenti s vyšším odb. a vysokoškolským vzděláním v 70%, se základním vzděláním v 57,14%, se středním odb. v 50% a s maturitou v 61,29%.

Dotazníková otázka č. 9 *Jaké maso konzumujete nejčastěji? Určete pořadí četnosti 1-5*

Tab. 27 *Konzumace masa z hlediska vzdělání*

	základní				Střední odb.				S maturitou				Vyšší odb.				VŠ			
	n	Pr.	poř		n	Pr.	poř		n	Pr.	poř		n	Pr.	poř		n	Pr.	poř	
Kuřecí	1	4	2,57	2.	1	16	1,87	1.	1	22	1,81	1.	1	4	2,1	1.	1	6	1,7	1.
	2	3			2	2			2	2			2	3			2	2		
	3	4			3	2			3	2			3	1			3	1		
	4	1			4	1			4	1			4	2			4	1		
	5	2			5	3			5	4			5	0			5	0		
Vepřov	1	4	2,0	1.	1	10	1,96	2.	1	12	2,23	2.	1	2	2,5	2.	1	2	2,6	2.
	2	7			2	8			2	7			2	3			2	2		
	3	2			3	4			3	7			3	3			3	4		
	4	1			4	1			4	3			4	2			4	2		
	5	0			5	1			5	2			5	0			5	0		
Ryby	1	0	3,64	4.	1	0	3,21	3.	1	0	2,87	3.	1	1	3,2	3.	1	0	3,2	4.
	2	2			2	7			2	11			2	1			2	3		
	3	5			3	8			3	13			3	4			3	2		
	4	3			4	6			4	7			4	3			4	5		
	5	4			5	3			5	0			5	1			5	0		
Hovězí	1	2	3,21	3.	1	1	3,42	4.	1	1	3,32	4.	1	1	3,3	4.	1	1	3,1	3.
	2	1			2	10			2	9			2	2			2	3		
	3	5			3	0			3	3			3	2			3	0		
	4	4			4	12			4	15			4	3			4	6		
	5	2			5	1			5	3			5	2			5	0		
Zvěřina	1	0	4,64	5.	1	0	4,42	5.	1	0	4,55	5.	1	0	4,2	5.	1	0	4,4	5.
	2	0			2	1			2	0			2	0			2	0		
	3	2			3	4			3	6			3	3			3	2		
	4	1			4	3			4	2			4	2			4	2		
	5	11			5	16			5	23			5	5			5	6		

**Komentář:** u respondentů se základním vzděláním je na prvním místě konzumace vepřového masa, na druhém kuřecího, na třetím hovězího, na čtvrtém jsou ryby a nakonec zvěřina. Respondenti se středním odb., vyšším odb. vzděláním a s maturitou konzumují nejčastěji kuřecí maso, potom vepřové, následují ryby, pak hovězí maso a nakonec zvěřina. VŠ umístili konzumaci ryb na čtvrté místo a konzumaci hovězího na třetí místo

Dotazníková otázka č. 10 *přisolujete si stravu?*

Tab. 28 *Solení stravy z hlediska vzdělání*

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	4	28,58	8	33,33	9	29,03	2	20	2	20
Ne	5	35,71	11	45,83	8	25,81	5	50	2	20
Někdy	5	35,71	5	20,84	14	45,16	3	30	6	60
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** z 14 respondentů se základním vzděláním solí 28,58%, nepřisoluje si stravu nebo jen někdy 35,71%. Z 24 respondentů se středně odb. vzděláním solí 33,33%, nepřisoluje si 45,83% a někdy 20,84%. Z 31 respondentů s maturitou solí 29,03%, nesolí 25,81% a někdy 45,16%. Z 10 respondentů s vyšším odb. vzděláním solí 20%, nepřisoluje 50% a někdy 30%. Z 10 respondentů s vysokoškolským vzděláním si přisolí 20%, nepřisolí 20% a někdy 60% respondentů.

Dotazníková otázka č. 11 *Konzumujete ovoce a zeleninu?*

Tab. 29 *Konzumace ovoce a zeleniny z hlediska vzdělání*

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pravidelně	8	57,14	11	45,83	16	51,61	7	70	6	60
Žádnou	1	7,15	0	0	1	3,23	0	0	0	0
Nepravidelně	5	35,71	13	54,17	14	45,16	3	30	4	40
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** z 14 respondentů se základním vzděláním 57,14% konzumuje ovoce a zeleninu pravidelně, 7,15% nemá v jídelníčku žádné ovoce a zeleninu a 35,71% občas. Z 24 respondentů se středním odb. vzděláním 45,83% mají ovoce a zeleninu pravidelně a 54,17% nepravidelně. Z 31 respondentů s maturitou 51,16% mají ovoce a zeleninu pravidelně, 45,16% nepravidelně a 3,23% vůbec. Z 10 respondentů s vyšším odb. vzděláním 70% konzumuje ovoce a zeleninu pravidelně a 30% nepravidelně. Z 10 vysokoškolsky vzdělaných uvedlo 60% pravidelnou konzumaci ovoce a zeleniny a 40% nepravidelnou konzumaci.

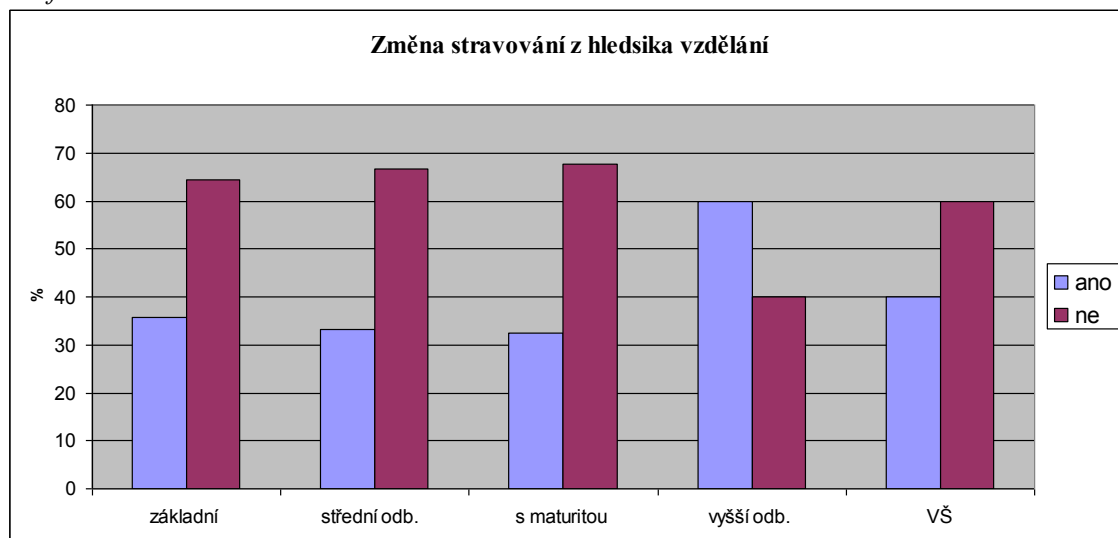
Dotazníková otázka č. 12 *Došlo k nějaké změně stravovacích návyků v souvislosti s onemocněním?*

Tab. 30 *Změna stravování z hlediska vzdělání*

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano	5	35,71	8	33,33	10	32,36	6	60	4	40
Ne	9	64,29	16	66,67	21	67,74	4	40	6	60
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** své stravovací návyky změnili respondenti se základním vzděláním v 35,71%, se středním odborným vzděláním v 33,33%, respondenti s maturitou v 32,36%, s vyšším odb. vzděláním v 60% a vysokoškolsky vzdělání v 60%.

Graf 4 Změna stravování z hlediska vzdělání



Dotazníková otázka č. 13 *Jaké množství tekutin vypijete denně?*

Tab. 31 Pitný režim z hlediska vzdělání

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
> 2,5 l denně	2	14,29	5	20,84	4	12,90	2	20	1	10
2 – 2,5 l denně	4	28,57	2	8,33	8	25,81	4	40	1	10
1 – 2 l denně	7	50,00	14	58,33	18	58,06	4	40	5	50
0,5 – 1 litr denně	1	7,14	3	12,50	1	3,23	0	0	3	30
< 0,5 litru denně	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** z 14 respondentů se základním vzděláním 14,29 % vypije více jak 2,5 l denně, 28,57 % 2-2,5 l denně, 50 % 1-2 l denně a 7,14 % 0,5-1 l denně. Z 24 dotazovaných se středním odb. vzděláním 20,84 % vypije více jak 2,5 l denně, 8,33 % 2-2,5 l denně, 58,33 % 1-2 l denně a 0,5-1 l vypije 12,50 %. S 31 dotazovaných s maturitou 12,90 % vypije více jak 2,5 l za den, 25,81 % 2-2,5 l za den, 58,06 % vypije 1-2 l za den a 3,23 % vypije 0,5-1 l za den. Z 10 dotazovaných s vyšším odb. vzděláním 20% vypije víc jak 2,5 l za den, 40 % 2-2,5 l nebo 1-2 l tekutin za den. Z 10 vysokoškolsky vzdělaných 10 % vypije více jak 2,5 l nebo 2-2,5 l za den, 50 % 1-2 l denně a 30 % vypije 0,5-1 l denně. Méně jak 0,5 l tekutin za den neuvedl nikdo z dotazovaných.



Dotazníková otázka č. 14 *Jaký druh nápojů nejčastěji pijete? Určete pořadí četnosti 1-6*

Tab. 32 Druh nápojů z hlediska vzdělání

	základní				Střední odb.				S maturitou				Vyšší odb.				VŠ			
		n	Pr.	poř		n	Pr.	poř		n	Pr.	poř		n	Pr.	poř		n	Pr.	Poř
<b>Voda</b>	1	5	3,21	<b>3.</b>	1	1	2,37	<b>1.</b>	1	19	2,45	<b>1.</b>	1	6	2,2	<b>2.</b>	1	5	2,2	<b>1.</b>
	2	1			2	6			2	0			2	1			2	2		
	3	1			3	0			3	2			3	0			3	1		
	4	2			4	3			4	2			4	1			4	1		
	5	3			5	2			5	5			5	2			5	0		
	6	2			6	2			6	3			6	0			6	1		
<b>Čaj</b>	1	1	2,65	<b>1.</b>	1	2	2,58	<b>2.</b>	1	2	2,48	<b>2.</b>	1	1	2,6	<b>3.</b>	1	1	2,7	<b>2.</b>
	2	6			2	12			2	18			2	3			2	5		
	3	4			3	6			3	7			3	5			3	2		
	4	2			4	3			4	2			4	1			4	1		
	5	1			5	0			5	2			5	0			5	0		
	6	0			6	1			6	0			6	0			6	1		
<b>Mléko</b>	1	0	4,71	<b>6.</b>	1	0	4,63	<b>5.</b>	1	0	4,68	<b>5.</b>	1	0	4,3	<b>5.</b>	1	0	4,6	<b>6.</b>
	2	1			2	2			2	2			2	1			2	1		
	3	1			3	2			3	1			3	2			3	1		
	4	4			4	5			4	7			4	1			4	0		
	5	3			5	9			5	14			5	5			5	7		
	6	5			6	6			6	7			6	1			6	1		
<b>Minerál</b>	1	5	2,71	<b>2.</b>	1	10	2,67	<b>3.</b>	1	3	3,42	<b>3.</b>	1	5	2,1	<b>1.</b>	1	3	3,1	<b>3.</b>
	2	2			2	1			2	5			2	1			2	1		
	3	4			3	6			3	8			3	3			3	2		
	4	4			4	3			4	9			4	0			4	0		
	5	1			5	2			5	3			5	1			5	2		
	6	2			6	2			6	3			6	0			6	1		
<b>Sladké nápoje</b>	1	2	4,00	<b>5.</b>	1	1	4,92	<b>6.</b>	1	2	5,0	<b>6.</b>	1	1	3,6	<b>4.</b>	1	0	4,3	<b>5.</b>
	2	3			2	1			2	1			2	2			2	2		
	3	0			3	1			3	1			3	2			3	2		
	4	2			4	3			4	4			4	1			4	0		
	5	2			5	8			5	6			5	1			5	3		
	6	5			6	10			6	17			6	3			6	3		
<b>Káva</b>	1	0	3,71	<b>4.</b>	1	2	3,50	<b>4.</b>	1	1	3,77	<b>4.</b>	1	0	4,3	<b>5.</b>	1	1	3,8	<b>4.</b>
	2	2			2	3			2	3			2	0			2	1		
	3	4			3	7			3	9			3	3			3	2		
	4	5			4	8			4	12			4	3			4	3		
	5	2			5	1			5	1			5	2			5	1		
	6	1			6	3			6	5			6	2			6	2		

**Komentář:** respondenti se základním vzděláním uvedli na prvním místě v pití nápojů čaj, na druhém minerálky, na třetím vodu, na čtvrtém kávu, na pátém sladké nápoje a na šestém místě mléko. Dotazovaní se středním odborným vzděláním uvedli konzumaci nápojů v tomto pořadí voda, čaj, minerálky, káva, mléko a sladké nápoje. Respondenti s maturitou uvedli toto pořadí voda, čaj, minerálky, káva, mléko, sladké nápoje. S vyšším odb. vzděláním minerálky, voda, čaj, sladké nápoje, mléko a káva uvedli na stejném místě. Vysokoškolsky vzdělaní uvedli toto pořadí nápojů voda, čaj, minerálky, káva, sladké nápoje a mléko.

Dotazníková otázka č. 15 *Konzumujete alkohol?*

Tab. 33 *Konzumace alkoholu z hlediska vzdělání*

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano, denně	0	0	3	12,50	2	6,45	0	0	1	10
Ano, příležitostně	9	64,28	16	66,67	12	38,71	3	30	4	40
Dříve, teď již ne	2	14,29	3	12,50	9	29,03	3	30	2	20
Ne	3	21,43	2	8,33	8	25,81	4	40	3	30
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** alkohol denně s respondentů se základním a vyšším odb. vzděláním nekonzumuje nikdo, se středním odb. 12,50 %, s maturitou 6,45 % a s vysokoškolačků 10 %. Příležitostně se základním 64,28 %, se středním odb. 66,67 %, s maturitou 38,71%, s vyšším odb. 30 % a s vysokoškolským 40 %. Dříve teď již ne uvedli dotazovaní se základním vzděláním v 14,29 %, se středním odb. vzděláním v 12,50 %, s maturitou v 29,03 %, s vyšším odb. vzděláním v 30 % a vysokoškolsky vzdělání v 20 %. Nikdy nepili alkohol uvedli respondenti se základním vzděláním v 21,43 %, se středním odb. v 8,33 %, s maturitou v 25,81 %, vyšší odb. vzdělání v 40 % a vysokoškolačci v 30%.

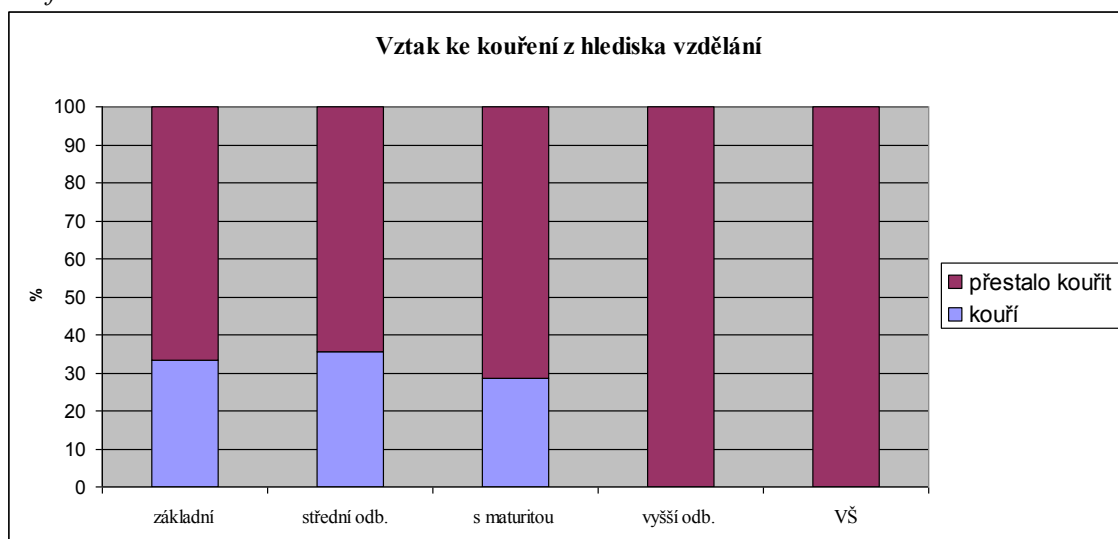
Dotazníková otázka č. 16 *Jaký je Váš vztah ke kouření?*

Tab. 34 *Vztah ke kouření z hlediska vzdělání*

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nikdy nekouřil/a	5	35,71	10	41,67	10	32,26	6	60	4	40
Kouřím	3	21,44	5	20,83	6	19,35	0	0	0	0
Přestal/a po onem.	5	35,71	8	33,33	15	48,39	3	30	5	50
Přestal/a po OP	1	7,14	1	4,17	0	0	1	10	1	10
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** z dotazovaných respondentů se základním vzděláním nikdy nekouřilo 35,71 %, se středním odb. vzděláním 41,67 %, s maturitou 32,26 %, s vyšším odb. vzděláním 60 % a s vysokoškolským vzděláním 40 %. Kouří se základním vzděláním 21,44 %, se středním odb. vzděláním 20,83 %, s maturitou 19,35 % a s vyšším nebo vysokoškolským vzděláním nekouří nikdo. V souvislosti s onemocněním přestali kouřit respondenti se základním vzděláním v 35,71 %, s středním odb. vzděláním v 33,33 %, s maturitou v 48,39 %, s vyšším odb. vzděláním v 30 % a vysokoškolačci v 50 %. Po operaci přestalo kouřit 7,14 % respondentů se základním vzděláním, 4,17 % s středním odb. vzděláním, s maturitou nepřestal nikdo s kouřením a s vyšším odb. a vysokoškolským vzděláním 10 %.

Graf 5 Vztah ke kouření z hlediska vzdělání



Dotazníková otázka č. 17 Změnila se nějak u Vás pohybová aktivita v souvislosti s onemocněním?

Tab. 35 Pohybová aktivita z hlediska vzdělání

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano, zvýšil/a	4	28,57	5	20,83	3	9,68	3	30	4	40
Ano, omezení	3	21,43	9	37,50	12	38,71	3	30	4	40
Ne	7	50,00	10	41,67	16	51,61	4	40	2	20
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** pohybovou aktivitu zvýšilo 28,57 % respondentů se základním vzděláním, 20,83 % se středním odb. vzděláním, 9,68 % respondentů s maturitou, 30 % s vyšším odb. vzděláním a 40 % s vysokoškolským vzděl. Omezení při pohybu pociťuje 21,43 % respondentů se základním vzděláním, 37,50 % s středním odb. vzděl., 30 % s vyšším odb. vzděl. a 40 % s vysokoškolským vzděláním. Pohybovou aktivitu nezměnilo 50 % dotazovaných se základním vzděláním, 41,67 % se středním odb. vzděl., 51,61% dotazovaných s maturitou, 40 % s vyšším odb. vzděl. a 20 % s vysokoškolským vzděláním.

Dotazníková otázka č. 18 Jaký druh pohybové aktivity provozujete?

Tab. 36 Druh pohybové aktivity z hlediska vzdělání

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	pořadí	n	pořadí	n	pořadí	n	pořadí	n	pořadí
Rychlá chůze	7	1.	6	2.-4.	13	2.	5	1.	6	2.
Běh	0	--	0	---	0	---	2	4.	0	---
Plavání	3	3.-4.	6	2.-4.	9	4.	4	2.-3.	3	3.
Posilování	1	5.	0	---	0	---	1	5.-7.	0	---
Jízda na kole	6	2.	7	1.	14	1.	4	2.-3.	8	1.
Žádná	3	3.-4.	6	2.-4.	10	3.	1	5.-7.	2	4.
Jiná	0	---	5	5.	2	5.	1	5.-7.	0	---

**Komentář:** jako druh pohybové aktivity uvedli respondenti se základním vzděláním nejčastěji rychlou chůzi, potom jízdu na kole, na stejném pořadí umístili plavání nebo žádnou aktivitu a jako poslední v pořadí uvedli posilování. Respondenti se středním odb. vzděláním uvedli na prvním místě jízdu na kole, rychlou chůzi, plavání a žádnou aktivitu, na posledním místě uvedli jinou aktivitu. Respondenti s maturitou uvedli toto pořadí jízdu na kole, rychlou chůzi, žádnou aktivitu, plavání a jinou aktivitu než byla uvedena. Respondenti s vyšším odb. vzděláním uvedli na prvním místě rychlou chůzi, na 2.-3. místě plavání a jízdu na kole a na 5.-7. místě posilování, žádnou nebo jinou aktivitu. Vysokoškolsky vzdělaní uvedli na prvním místě jízdu na kole, na druhém rychlou chůzi, na třetím plavání a na čtvrtém žádnou aktivitu. Jako druh jiné aktivity uváděli jízdu na rotopedu, pěší turistiku nebo chůzi po horách.

Dotazníková otázka č. 19 *Jak často uvedenou pohybovou aktivitu provozujete?*

Tab. 37 *Intenzita pohybové aktivity z hlediska vzdělání*

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Denně	5	35,71	3	12,50	3	9,68	6	60	0	0
2-3x týdně	2	14,29	2	8,33	9	29,03	2	20	3	30
1x týdně	1	7,14	1	4,17	1	3,23	0	0	3	30
Nepravidelně	4	28,57	13	54,17	13	41,93	2	20	2	20
Neprovozují	2	14,29	5	20,83	5	16,13	0	0	2	20
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** pohybovou aktivitu denně provozuje 35,71 % respondentů se základním vzděláním, 12,50 % se středním odb. vzděl., 9,68 % s maturitou, 60 % s vyšším odb. vzděláním s vysokoškolačků denně nesportuje nikdo. 2-3x týdně sportuje 14,29 % respondentů se základním vzděláním, 8,33 % se středním odb., 29,03 % s maturitou, 20 % s vyšším odb. vzděl. a 30 % s vysokoškolským vzděláním. Jednou týdně sportuje 7,14 % dotazovaných se základním vzděl., 4,17 % se středním odb. vzděl., 3,23 % s maturitou a 30 % vysokoškolačků. Nepravidelně sportuje 28,57 % respondentů se základním vzděláním, 54,17 % se středním odb., 41,93 % s maturitou, 20 % s vyšším a vysokoškolským vzděláním. Sport neprovozují 14,29 % respondentů se základním vzděláním, 20,83 % s středním odb., 16,13 % respondentů s maturitou a 20 % vysokoškolačků.

Dotazníková otázka č. 20 *Jaký je časový interval Vaší pohybové aktivity?*

Tab. 38 *Časový interval pohybové aktivity z hlediska vzdělání*

	Základní		Střední odb.		S maturitou		Vyšší odb.		VŠ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
> 30 minut	6	42,85	10	41,67	15	48,38	8	80	5	50
< 30 minut	3	21,43	5	20,83	8	25,81	1	10	2	20
< 20 minut	3	21,43	4	16,67	3	9,68	1	10	1	10
Žádný	2	14,29	5	20,83	5	16,13	0	0	2	20
Celkem	14	100	24	100	31	100	10	100	10	100

**Komentář:** více jak 30 minut provozuje pohyb 42,85 % dotazovaných se základním vzděláním, 41,67 % s středním odborným vzděláním, 48,35 % s maturitou, 80 % s vyšším odb. vzděláním a 50 % vysokoškoláků. Méně jak 30 minut sportuje 21,43 % respondentů se základním vzděláním, 20,83 % se středním odb., 25,81 % s maturitou, 10 % s vyšším odb. vzděláním a 20 % vysokoškoláků. Méně jak 20 minut 21,43 % se základním vzděláním, 16,67 % se středním odb., 9,68 % s maturitou a 10 % s vyšším nebo vysokoškolským vzděláním. Žádnou aktivitu neprovozuje 14,29 % dotazovaných se základním vzděláním, 20,83 % se středním odb., 16,13 % s maturitou a 20 % s vysokoškolským vzděláním.

**Cíl č. 4: Zjistit odkud čerpají pacienti informace o správné životosprávě, jaký je hlavní informační zdroj u těchto pacientů.**

*Očekávané výsledky:*

1. Očekávám, že 70% pacientů získává informace o správné životosprávě od svého ošetřujícího lékaře nebo nelékařského zdravotnického personálu.
2. Očekávám, že více než 50% pacientů čerpá informace o správné životosprávě z médií.

Dotazníková otázka č. 21 *Byl(a) jste informován(a) zdravotnickým personálem o zásadách zdravého stylu v souvislosti s onemocněním?*

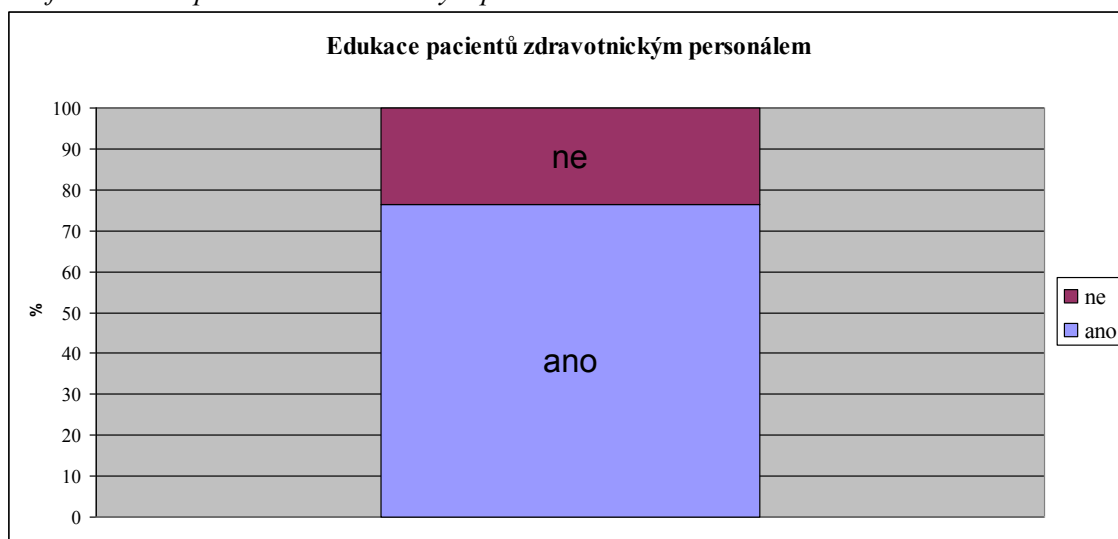
*Tab. 39 Edukace pacientů zdravotnickým personálem*

	n	%
ANO	68	76,40
NE	21	23,60
Celkem	89	100

**Komentář:** z 89 respondentů 68 (76,40 %) bylo informováno o zásadách zdravého životního stylu v souvislosti s onemocněním prostřednictvím zdravotnického personálu.

Zbýlých 21 respondentů (23,60 %) informováno zdravotnickým personálem nebylo.

Graf 6 Edukace pacientů zdravotnickým personálem



Dotazníková otázka č. 22 *Uveďte prosím zdroj Vašich informací o zdravém životním stylu?*

Tab. 40 Informační zdroje pacientů

	n	Pořadí
Rodina, známý, spolupacient	42	1.-2.
Knihy, časopisy	27	4.
Brožury, letáky, nástěnky v čekárně	42	1.-2.
Televize	31	3.
Internet	19	5.
Jiné	4	6.

**Komentář:** z 89 dotazovaných respondentů 42 získali informace od rodinných příslušníků a spolupacientů nebo z edukačních materiálů. Dalších 31 respondentů uvedlo zdroj informací televizi, 27 knihy a časopisy, 19 dotazovaných čerpá informace na internetu a 4 uvedli jiný zdroj informací, než byl uveden.

## DISKUZE

Bakalářská práce se zabývala dodržováním zásad správné životosprávy u pacientů s ischemickou chorobou srdeční a po aortokoronárním bypassu. Teoretická část práce je zaměřená na ICHS, její formy, léčbu a rizikové faktory, které lze úpravou životního stylu ovlivnit. Zdravý životní styl je základem léčby a prevence kardiovaskulárních onemocnění.

Cílem práce bylo zjistit zda je provedení chirurgické revaskularizace myokardu koronárním bypassem pro pacienty větší motivací k dodržování zásad zdravého životního stylu než u pacientů, kteří tento operativní zákrok nepodstoupili a léčí se pro ischemickou chorobu srdeční. Zároveň byl posuzován vliv pohlaví a vzdělání na dodržování správné životosprávy. Posledním cílem práce bylo zjistit, zda jsou pacienti dostatečně edukováni zdravotnickým personálem a jaký je zdroj jejich informací. Dané téma jsem zvolila z důvodu vysoké prevalence tohoto onemocnění. Eliminací ovlivnitelných rizikových faktorů, lze onemocnění oddálit nebo zabránit další koronární příhodě.

V rámci průzkumného šetření, byly do kardiologických ambulancí v Opavě a v Hlučíně umístěny anonymní dotazníky určené pacientům léčící se s ICHS. Získaná data byla zpracována na základě tří hledisek – dle pohlaví, vzdělání a způsobu léčby. Výsledky průzkumného šetření byly zobrazeny v tabulkách podle jednotlivých dotazníkových otázek a k některým významnějším výsledkům byla přiřazena grafická znázornění. Dotazníkové otázky byly zaměřeny na oblast výživy, kouření a pohybovou aktivitu. Z celkového počtu 89 respondentů bylo 59 mužů (tj. 66 %) a 30 žen (tj. 34 %). Se základním vzděláním bylo 14 (15,7 %) respondentů, se středním bez maturity 24 (27 %), se středním s maturitou 31 (34,8 %), s vyšším odborným 10 (11,2 %) a s vysokoškolským také 10 (11,2 %). CABG podstoupilo 39 (43,8%) respondentů, katetrizační intervenci 28 (31,5 %) a farmakologicky se léčilo 22 (24,7 %) z dotazovaných.

Zjištění jsem porovnávala s výsledky studie EUROASPIRE III, která proběhla v letech 2006 – 2007 v 22 evropských zemích včetně České republiky. Studie byla zaměřena na sekundární prevenci pacientů s ICHS. Do studie bylo v České republice zařazeno 405 osob po CABG, katetrizační angioplastice, infarktu myokardu nebo po

akutní koronární ischemické příhodě. Akutní koronární bypass podstoupilo 42 % a angioplastiku 52 % respondentů.

V dotazníku měli pacienti uvést svou tělesnou hmotnost a výšku, na jejichž základě jsem vypočítala jejich BMI. Nejpočetnější skupinou byli respondenti s nadváhou - 44,9 %, s mírnou obezitou - 27 %, ideální váhu mělo - 14,6 %, středně obézních bylo - 11,2 % a s morbidní obezitou - 2,3 % dotazovaných. Své výsledky jsem porovnávala z výsledky bakalářské práce Jaroslavy Havlové z roku 2010 v Brně, která zkoumala životní styl pacientů po aortokoronárním bypassu. V její práci byly také nejvíce zastoupenou skupinou pacienti s BMI 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> a to až v 50 %, s normální váhou bylo 24,5 %, 22,3 % s obezitou I. stupně a 3,2 % s obezitou II. stupně. Zjištění můžeme rovněž porovnat s výsledky studie EUROASPIRE III, která prokázala, že nadváhou trpí 80-90 % sledovaných osob a z toho jedna čtvrtina byli obézní s BMI vyšším jak 30kg/m<sup>2</sup>. Další zkoumanou otázkou bylo zda se nějak změnila během onemocnění tělesná hmotnost respondentů. Výsledky byly alarmující i když obezita patří k jednomu z rizikových faktorů kardiovaskulárního onemocnění, 45 % respondentů během svého onemocnění přibralo, 43 % si udržely stejnou váhu a pouze 12,4 % zhublo.

Prvním cílem bylo zjistit zda je CABG pro pacienty větší motivací ke změně životního stylu než u pacientů, kteří tento zákrok nepodstoupili a léčí se pro ICHS. Očekávala jsem, že dojde k větším změnám stravovacích návyků u respondentů po prodělané chirurgické revaskularizaci myokardu než u respondentů s ischemickou chorobou srdeční, kteří tento zákrok nepodstoupili. Výsledná data ohledně stravování, kouření a pohybové aktivity jsem rozdělila dle léčby na respondenty neoperované a po operaci. V otázce č.12 se ptám zda došlo k nějaké změně stravovacích návyků v souvislosti s onemocněním, pokud ano, pak měli respondenti uvést jaké změny ve stravování učinili. U neoperovaných pacientů došlo ke změně stravovacích návyků ve 28 %, zatím co respondenti po operaci změnili své stravovací návyky ve 48,7 %. Nejčastější změny byly učiněny v rozvržení jídla do menších porcí víckrát za den, omezení konzumace živočišných tuků a také přidáním do svého jídelníčku ovoce a zeleninu. Můj očekávaný výsledek se potvrdil a pacienti po CABG učinili razantnější změny ve výživě, operace tedy pro ně byla dostatečnou motivací. Otázkou také zůstává, proč se změna stravovacích návyků neodrazila na tělesné hmotnosti pacientů? Jedním z důvodů může být fakt, že po operaci sice upravili stravovací návyky, ale



zároveň také omezili svou pohybovou aktivitu. Pohyb je také nedílnou součástí léčby a prevence kardiovaskulárního onemocnění. Podílí se na snížení tělesné hmotnosti, ovlivňuje pozitivně hladiny cholesterolu a také přispívá ke snížení krevního tlaku a stresu. Očekávala jsem, že se zvýší pohybová aktivita u respondentů po prodělaném CABG v porovnání s respondenty s ICHS, kteří tento zákrok nepodstoupili. Výsledek nesplnil mé očekávání. Svou pohybovou aktivitu sice zvýšilo 18 % pacientů bez operační léčby a 25,6 % pacientů po operaci, ale více respondentů muselo svou pohybovou aktivitu v souvislosti s onemocněním omezit, zejména po CABG. Tento fakt si vysvětluji tím, že se jedná o pacienty vyšší věkové kategorie s dalšími přidruženými chorobami. Nebo se jedná o pacienty, kteří jsou po CABG na sebe až příliš opatrní a natolik úzkostliví, že mají obavu ze zvýšení své pohybové aktivity. Další příčinou může být dlouhá rekonvalescence po CABG u starších osob. Výsledky jsem rovněž porovnávala s bakalářskou prací Jaroslavy Havlové, která zjistila, že 46,8 % pacientů po operaci svou pohybovou aktivitu zvýšilo a 12,8 % pacientů se necítilo být dostatečně silní na zvýšení své pohybové aktivity. Dalším úkolem bylo zjistit, jaký vztah mají pacienti po CABG ke kouření, které je významným rizikovým faktorem ICHS. Očekávala jsem, že respondenti po prodělaném CABG ve většině případů přestanou kouřit, oproti respondentům, kteří tento zákrok nepodstoupili. Z celkového počtu neoperovaných pacientů přestalo kouřit po nemocnění 66,6 %. Z pacientů po operaci přestalo kouřit 85,7 %. Výsledky jsem porovnávala s bakalářskou prací Jaroslavy Havlové, kde také po operaci přestalo kouřit 55 % respondentů. V porovnání s výsledky studie EROASPIRE III byla zjištěna prevalence kuřáků i po prodělané akutní příhodě v 19 %. S kouřením přestalo v souvislosti s onemocněním 50 % osob. Očekávaný výsledek se potvrdil, CABG je pro pacienty dostatečnou motivací k zanechání kouření.

Druhým cílem bylo zjistit, zda má vliv pohlaví na dodržování zdravé životosprávy. Očekávala jsem, že ženy razantněji změní svou životosprávu. V otázce č. 6 se ptám na pravidelnost stravy, kdy výsledek šetření nejednoznačně splnil očekávání. Ženy i muži omezili velikost porcí jídla za den, ženy se častěji stravují 4-5x denně v malých porcích, u mužů převažují 3x denně malé porce jídla. Na otázku č. 7 jakým způsobem se nejčastěji stravují, 100 % žen uvedlo domácí stravu. Muži uvedli domácí stravu v 74,6 % a jako další způsoby stravování uváděli závodní jídelny, restaurace a dokonce v jednom případě i bistra a fastfoody, které jsou pro pacienty

s ICHS svým složením stravy zcela nevhodné. Co se týká obsahu tuků tak u obou pohlaví převažovaly tuky rostlinného původu, u žen až v 70 % a u mužů v 54,5 %. V konzumaci masa uvedla obě pohlaví na první místo maso kuřecí, na druhé vepřové a na třetí ryby. Na otázku č. 10, zda si přisolují stravu, odpověděli muži kladně v 33,9 % případů a ženy v 16,7 %. Pravidelnou konzumaci ovoce a zeleniny uvedly ženy v 90 % a muži pouze v 35,6 %. Na otázku týkající se množství tekutin uvedli muži i ženy nejčastěji 1-2 litry vypitých tekutin denně. V druhu nápojů se také obě pohlaví nelišila na prvním místě uváděli vodu, na druhém čaj, na třetím minerálky, sladké nápoje uvedli až na posledním místě. Co se týká konzumace alkoholu, uvedlo 10,2 % mužů denní konzumaci a 66,1 % příležitostně. Z 30 (100 %) žen neuvedla denní konzumaci alkoholu žádná žena, příležitostně 16,7 % žen a vůbec nekonzumuje alkohol 56,7 % žen. Z toho vyplývá, že muži mají ke konzumaci alkoholu vstřícnější vztah než ženy a nebo ženy konzumaci alkoholu nepřiznávají ze společenských důvodů. Na otázku týkající se kouření odpovědělo 76,7 % žen, že nikdy nekouřily. Muži přestali kouřit v souvislosti s onemocněním v 76 % případech. Z čehož plyne, že koronární příhoda pro ně byla dostatečnou motivací, aby s kouřením přestali. Pohybová aktivita se zvýšila přibližně u 20 % dotazovaných mužů i žen. Nejčastějším druhem pohybové aktivity u obou pohlaví je rychlá chůze, jízda na kole a plavání. Muži uvedli navíc jízdu na ortopedu a pěší turistiku. Pohybovou aktivitu provozují muži obvykle nepravidelně, ale zase intenzivněji, až v 63 % muži uvedli časový interval sportovní aktivity delší jak 30 minut. Ženy provozují pohyb ve 23 % 2-3x týdně nebo nepravidelně a 30 % žen sportovní aktivity neprovozuje vůbec. Z toho vyplývá, že muži jsou na tom co se týká pohybové aktivity lépe. Očekávaný výsledek mého šetření, že ženy častěji změni svou životosprávu se potvrdil pouze částečně, v některých oblastech jako je např. pohybová aktivita mají ženy oproti mužům co dohánět.

Třetím cílem bylo zjistit zda, má nějaký vliv vzdělání na dodržování zdravé životosprávy u pacientů s ICHS. Očekávala jsem, že středoškolsky nebo vysokoškolsky vzdělaní respondenti učiní razantnější opatření v oblasti zdravé výživy. Na otázku týkající pravidelnosti stravování uvedli respondenti s vyšším odb. a vysokoškolským vzděláním nejčastěji stravování 4-5x denně nebo 3x denně v malých porcích oproti ostatním respondentům. U všech dotazovaných převažuje domácí strava. Mezi respondenty se základním vzděláním se jeden stravuje

v závodních jídelnách, jeden v restauracích a jeden dokonce v bistrech a fastfoodech. S respondentů s vyšším než základním vzděláním se v bistrech a fastfoodech nestravuje nikdo. Rostlinné tuky převažují v potravě u většiny dotazovaných, ale vysokoškolsky vzdělaní a respondenti s vyšším odborným vzděláním uvedli tuky rostlinné povahy až v 70 % případů. V konzumaci masa se posuzované skupiny nijak zvlášť nelišily všichni (až na respondenty se základním vzděláním, kteří uvedli na prvním místě vepřové maso) preferovali maso kuřecí. Ryby uvedli až na čtvrtém místě respondenti se základním i vysokoškolským vzděláním. Na otázku týkající se solení stravy odpověděly všechny skupiny vyrovnaně, nepotvrdilo se, že by na přisolování stravy mělo vzdělání nějaký vliv. Ovoce a zeleninu konzumují pravidelně vysokoškoláci a respondenti s vyšším odb. vzděláním až v 60-70 % případů, respondenti se základním vzděláním v 57 % případů. Žádnou konzumaci zeleniny a ovoce uvedl jeden z respondentů se základním vzděláním. Na otázku „zda došlo k nějaké změně stravovacích návyků“ odpovědělo „ano“ 60 % respondentů s vyšším odb. vzděláním a 40 % vysokoškoláků, ostatní respondenti odpověděli kladně přibližně v 32-36 % případů. Co se týká pitného režimu většina dotazovaných vypije 1-2 litry tekutin denně bez rozdílu ve vzdělání. Nejčastějším druhem nápojů byla voda, čaj a minerálky. Sladké nápoje byly uváděny až na pátém a šestém místě v konzumaci. Ve vztahu k alkoholu se posuzované skupiny nelišily, nejčastěji uváděly příležitostnou konzumaci. S kouřením přestalo 64-71 % respondentů se základním a středním vzděláním. Z vysokoškoláků a z respondentů s vyšším odb. vzděláním nekouří nikdo, buď nekouřili nikdy a nebo přestali v souvislosti s onemocněním. Pohybová aktivita se zvýšila až v 40 % u vysokoškoláků a ve 29 % u respondentů se základním vzděláním. Nejméně svou pohybovou aktivitu zvýšili respondenti s maturitou pouze v 9,7 % případů. Denně sportuje 60 % respondentů s vyšším odb. vzděláním, 60 % vysokoškoláků se věnuje pohybu 1-3x týdně. Časový interval pohybové aktivity více jak 30 minut uvedlo rovněž nejvyšší procento dotazovaných s vyšším odb. (80 % ) a vysokoškolským vzděláním (50 %). Výsledná zjištění týkající se pohybové aktivity si můžeme vysvětlit i tak, že pro respondenty s nižším vzděláním představuje už mnohdy samotná profese těžkou fyzickou námahu, a proto ve svém volném čase tolik nespportují. Předpokládaný výsledek, že výše vzdělání má vliv na dodržování zásad správné životosprávy se z větší části potvrdil.

Posledním cílem bylo zjistit odkud čerpají pacienti informace o správné životosprávě a jaký je jejich hlavní informační zdroj. Očekávala jsem, že 70 % pacientů získává informace o správné životosprávě od svého ošetřujícího lékaře nebo nelékařského zdravotnického personálu. Předpokládala jsem rovněž, že více jak 50 % pacientů čerpá informace z médií. Na otázku zda byl(a) informován(a) zdravotnickým personálem o zásadách zdravého životního stylu v souvislosti s onemocněním, odpovědělo 76,4 % respondentů kladně. Očekávaný výsledek se potvrdil, více jak 70 % pacientů bylo edukováno zdravotnickým personálem. Výsledek jsem porovнала z výsledky šetření bakalářské práce Jaroslavy Havlové, která došla k podobnému závěru. V jejím případě bylo zdravotnickým personálem edukováno až 91,5 % pacientů. Jako další informační zdroj nejčastěji dotazovaní uváděli rodinu, známé, spolupacienty, letáky a nástěnky v čekárnách. Televizi uvedli na třetím místě a internet až na pátém místě. Očekávaný výsledek, že 50 % pacientů čerpá informace z médií, se nepotvrdil. V porovnání s výzkumným šetřením stejné otázky v bakalářské práci Jaroslavy Havlové nedošlo ke stejným závěrům. Studentka Jaroslava Havlova uvádí, že 79,6 % jejich respondentů čerpá informace z médií.

Na základě zjištěných informací vyplývá, že úroveň sekundární prevence u pacientů s ICHS není příliš dostačující. Dokazuje to i stále vysoká prevalence tohoto onemocnění.

## ZÁVĚR

Kardiovaskulární onemocnění patří mezi nejčastější příčiny úmrtí pacientů v České republice. Nedílnou součástí prevence a léčby tohoto onemocnění je především, eliminace ovlivnitelných rizikových faktorů podílejících se na vzniku aterosklerózy. Mezi nejvýznamnější rizikové faktory patří kouření, obezita, hyperlipoproteinémie, hypertenze, nedostatek pohybu a psychosociální stres.

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na ICHS její formy, možnosti léčby a prevenci tohoto onemocnění.

V praktické části jsem zkoumala dodržování správné životosprávy u pacientů s ICHS. Stanovila jsem si čtyři cíle průzkumného šetření. Ke sběru dat jsem si zvolila dotazníkovou metodu.

Prvním cílem bylo zjistit zda je provedení chirurgické revaskularizace myokardu koronárním bypassem pro pacienty větší motivací k dodržování zásad zdravého životního stylu než u pacientů, kteří tento operativní zákrok nepodstoupili a léčí se pro ischemickou chorobu srdeční. Očekávala jsem, že dojde k větším změnám stravovacích návyků u respondentů po CABG než u respondentů, kteří tento zákrok nepodstoupili a léčí se s ischemickou chorobou srdeční. Tento očekávaný výsledek se potvrdil, pacienti po CABG častěji změnili své stravovací návyky. Dále jsem očekávala, že respondenti po prodělaném CABG ve většině případů přestanou kouřit, oproti respondentům, kteří tento zákrok nepodstoupili. Tento očekávaný výsledek se rovněž potvrdil. Předpokládala jsem, že se zvýší pohybová aktivita u respondentů po CABG v porovnání s respondenty, kteří tento zákrok nepodstoupili a léčí se s ICHS. Předpokládaný výsledek se nepotvrdil.

Druhým cílem bylo zjistit zda má nějaký vliv pohlaví na dodržování zdravé životosprávy u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Očekávala jsem, že ženy častěji změny svou životosprávu. Očekávaný výsledek se potvrdil pouze částečně, v oblasti pohybové aktivity učinili muži razantnější změny.

Třetím cílem bylo zjistit zda má nějaký vliv vzdělání na dodržování zdravé životosprávy u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Předpokládala jsem, že středoškolsky nebo vysokoškolsky vzdělaní respondenti učiní razantnější opatření v oblasti zdravé životosprávy. Předpokládaný výsledek se z větší části potvrdil.

Posledním cílem bylo zjistit odkud čerpají pacienti informace o správné životosprávě a jaký je hlavní informační zdroj u těchto pacientů. Očekávala jsem, že 70 % pacientů získává informace o správné životosprávě od svého ošetřujícího lékaře nebo nelékařského zdravotnického personálu. Tento očekávaný výsledek se mi potvrdil 76 % pacientů získalo informace od zdravotnického personálu. Dále jsem předpokládala, že více než 50 % pacientů čerpá informace o správné životosprávě z médií. Tento předpoklad se nepotvrdil.

Změna životního stylu je jedním ze základních předpokladů úspěšné léčby a prevence kardiovaskulárních onemocnění. Záleží na každém z nás, jaký zaujmeme postoj ke svému zdraví a jaký si zvolíme životní styl. Dnešní typ konzumní společnosti je charakterizován vysokým kalorickým příjmem a stále se rozšiřujícími možnostmi, jak co nejméně využívat své tělo k pohybu. Proto je nezbytně nutné pacientům neustále zdůrazňovat, že pouze farmakoterapie nestačí a bez správné životosprávy bude riziko recidivy koronární příhody stále přetrvávat.

# ANOTACE

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

### Název práce v ČJ:

Dodržování správné životosprávy u pacientů s ischemickou chorobou srdeční a po aortokoronárním bypassu

### Název práce v AJ:

Adherence to lifestyle of patients with coronary heart disease and after aortocoronary bypass

**Datum zadání:** 30.1. 2011

**Datum odevzdání:** 29.4. 2011

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta zdravotnických věd  
Ústav ošetřovatelství

**Autor práce:** Petra Jarkulischová

**Vedoucí práce:** MUDr. Martin Kolek, Ph.D

**Oponent práce:** MUDr. Martin Kolek, Ph.D

### Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce je zaměřená na dodržování zásad správné životosprávy u pacientů s ischemickou chorobou srdeční a po aortokoronárním bypassu. Zjišťuje jaký postoj mají pacienti k zdravé životosprávě, která je součástí léčby ischemické choroby srdeční. Zaměřuje se na rizikové faktory, které se podílí na vzniku tohoto onemocnění. Pomocí dotazníkového šetření srovnává pacienty po aortokoronárním bypasse s pacienty, kteří podstoupili méně invazivní řešení nebo se léčí farmakologicky. Zjišťuje zda je aortokoronární bypass dostatečnou motivací k dodržování správné

životosprávy. Srovnává také rozdíly v přístupu k zdravé životosprávě podle pohlaví a vzdělání. Zaměřuje se také na zdroj informací pacientů o zdravém životním stylu.

**Abstrakt v AJ:**

Bachelor work is focused to adherence to lifestyle of patients with coronary heart disease and after aortocoronary bypass. Finding out the patients' attitude to lifestyle, which is a part of heart disease cure. Specializing in critical factors, which are at the beginning of this disease. The questionnaire treatment is comparing the patients after aortocoronary bypass and the patients who have undergone less invasive procedure or got healed pharmacologically. This is also trying to find out whether the aortocoronary bypass stands for sufficient motivation to adherence to lifestyle. Comparing the differences of attitude to lifestyle according to sex and education. Focusing to the source of patients' knowledge about healthy lifestyle.

**Klíčová slova v ČJ:**

ischemická choroba srdeční, aortokoronární bypass, výživa, kouření, pohybová aktivita

**Klíčová slova v AJ:**

heart disease, aortocoronary bypass, nutrition, smoking, motion activity

**Rozsah:** 68



## LITERATURA A PRAMENY

- ADÁMKOVÁ, Radka. Akutní infarkt myokardu a diabetes mellitus. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2008 [cit. 2010-11-23]. Dostupné z WWW:<<http://www.internimedica.cz>>
- ASCHERMANN, Michael. *Kardiologie 1.díl*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. s. 750. ISBN 80-7262-290-0
- BRÁT, Radim. *Kardiologie pro bakalářské studium*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 60 s. ISBN 978-80-7368-601-7
- CÍFKOVÁ, Renata. et al. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. *Klinická biochemie a metabolismus*. [online]. 2005 [cit. 2010-11-23]. Dostupné z WWW:<<http://www.cskb.cz>>
- DOMINIK, Jan. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 1998. 215 s. ISBN 80-7169-669-2
- FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA [online]. 2009 [cit. 2011-02-25]. Dostupné z WWW: < <http://fno.cz/kardiologicko-centrum/struktura>>
- GOLÁŇ, Lubor. Chyby a úskalí terapie statiny. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2003 [cit.2010-12-04]. Dostupné z WWW:<<http://www.solen.cz/pdfs/int/2003/11/06.pdf>>
- IVANOVÁ, Kateřina, a JUŘÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
- JAMES H. O Keefe. et al. Primární a sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění. *Medicína po promoci* [online]. 2009 [cit. 2011-02-13]. Dostupné z WWW:<<http://www.tribune.cz>>
- KAREN, Igor. Arteriální hypertenze. *Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře*. [online]. 2004 [cit.2011-02-16]. Dostupné z WWW:<<http://www.svl.cz>>
- KOLÁŘ, Jiří, et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. 3. vyd. Praha: Akcenta, 2003. s. 415. ISBN 80-86232-06-09.
- HAVLOVÁ, Jaroslava. *Životní styl pacientů po aortokoronárním bypassu*. Brno 2010. 90 s. Bakalářská práce. Lékařské fakulty Masarykovy univerzity. Dostupné z WWW:< [www.is.muni.cz](http://www.is.muni.cz)>.

- HRADEC, Jaromír, Kombinační léčba angíny pectoris. *časopis Remedia*. [online]. 2006 [cit.2011-01-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku>>.
- HRADEC, Jaromír, a SPÁČIL, Jiří. *Kardiologie, Angiologie : Vnitřní lékařství. Svazek II*. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. s. 359. ISBN 80-7262-106-8.
- HROMADOVÁ, Danica. *Kardiovaskulární onemocnění : Primární a sekundární prevence*. 1. vydání. Brno: Neptun, 2004. 190 s. ISBN 80-902896-8-1.
- IVANOVÁ, Kateřina, a JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
- KOLÁŘ, Jiří, et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. 3. vyd. Praha: Akcenta, 2003. s. 415. ISBN 80-86232-06-09.
- MAYER, Otto, et al. Úroveň sekundární prevence ischemické choroby srdeční u českých pacientů ve studii EUROASPIRE III. *Cor et vasa*. [online]. 2008 [cit. 2011-03-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.e-corevasa.cz/obsah-cisel>>.
- NĚMEC, Petr, et al. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. s. 103. ISBN 80-244-1303-5.
- ŠIMON, Jaroslav, et al. *Epidemiologie a prevence ischemické choroby srdeční*. vyd.1. Praha: Grada Publishing a.s., 2001. s. 264. ISBN 80-247-0085-9.
- ŠIMON, Jaroslav. *Role výživy v prevenci kardiovaskulárních chorob*. Česká lékařská společnost [online]. 2002 [cit. 2011-03-14]. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Dostupné z WWW: <[www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu](http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu)>.
- ŠPAČEK, Rudolf; WIDIMSKÝ, Petr . *Infarkt myokardu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. s. 231. ISBN 80-7262-197-1.
- ŠPINAR, Jindřich, a VÍTOVEC , Jiří. *Ischemická choroba srdeční*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. s. 364. ISBN 80-247-0500-1.
- ŠPINAR, Jindřich, et al. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. s. 256. ISBN 978-80-247-1822-4.
- ŠTEJFA, Miloš, et al. *Kardiologie : 3., přepracované a doplněné vydání*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 722 s. ISBN 978-80-247-1385-4.

VAVERKOVÁ, Helena, et al. Doporučení pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií v dospělosti, vypracované výborem České společnosti pro aterosklerózu.

*Co ret vasa* [online]. 2007 [cit. 2010-12-06]. Dostupné

z WWW:< [http://www.e-coretvasa.cz/obsah císel.](http://www.e-coretvasa.cz/obsah_císel.)>

VÝPOČET. *Výpočet BMI*, [online]. 2007 [cit. 2011-02-24].. Dostupné z WWW:

<[http://www.vypocet.cz/bmi?BMI\\_Vyska=186&BMI\\_Vaha=102&submit=Spo  
%E8%EDtej+BMI&Email=%40&Email\\_Type=HTML](http://www.vypocet.cz/bmi?BMI_Vyska=186&BMI_Vaha=102&submit=Spo%E8%EDtej+BMI&Email=%40&Email_Type=HTML)>.

WIDIMSKÝ, Jiří, et al. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007 : Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Cor et Vasa* [online]. 2008, vol. 50, no. 1, s. K 12, dostupné také z <WWW: <http://www.e-coretvasa.cz>

WIKISKRIPTA. *Ateroskleróza*. Projekt sítě lékařských fakult [online]. [cit. 2011-02-11]. ISSN 1804-6517. Dostupné z WWW: <<http://www.wikiskripta.cz>>

## SEZNAM ZKRATEK

ACE	angiotenzin konvertující enzym
AP	angina pectoris
BMI	body mass index
CABG	coronary artery bypass graft
CO <sub>2</sub>	oxid uhličitý
DM	diabetes mellitus
EKG	elektrokardiografie
et al.	a jiní
HDL	high density lipoprotein (lipoprotein s vysokou hustotou)
HLP	hyperlipoproteinémie
ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
IMA	interna mammaria artéria
JIP	jednotka intenzivní péče
KVO	kardiovaskulární onemocnění
l	litr
LDL	low density lipoprotein (lipoprotein s nízkou hustotou)
mmol	milimol
MIDCAB	minimally invasive direkt coronary artery bypass
MTO	mimotělní oběh
MUFA	monounsaturated fatty acids (nenasyčené mastné kyseliny s jednou dvojnou vazbou)
n	absolutní četnost
např.	například
odb.	odborné
off pump	bez pumpy
on pump	s pumpou
příl.	příloha
PCI	perkutánní koronární intervence
PTCA	percutaneous transluminal coronary angioplasty

PUFA	polyunsaturated fatty acids (nenasyčené mastné kyseliny s více dvojnými vazbami)
PSS	psychosociální stres
RIA	ramus interventricularis anterior
Tab.	tabulka
tj.	to je
TK	tlak krve
tzv.	tak zvaně
viz.	lze vidět
vyd.	vydání
VŠ	vysokoškolské

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1- Rozdělení podle pohlaví.....	26
Tab. 2- BMI respondentů.....	26
Tab. 3- Změny tělesné hmotnosti.....	27
Tab. 4- Rozdělení dle vzdělání.....	27
Tab. 5- Rozdělení z hlediska léčby.....	27
Tab. 6- Změny ve stravování z hlediska léčby.....	28
Tab. 7- Vztah ke kouření z hlediska léčby .....	28
Tab. 8- Pohybová aktivita z hlediska léčby.....	29
Tab. 9- Pravidelnost stravy z hlediska pohlaví.....	30
Tab. 10- Způsob stravování z hlediska pohlaví.....	30
Tab. 11- Konzumace tuků z hlediska pohlaví.....	31
Tab. 12- Konzumace masa dle pohlaví.....	31
Tab. 13- Solení stravy dle pohlaví.....	32
Tab. 14- Konzumace ovoce a zeleniny dle pohlaví.....	32
Tab. 15- Změny stravovacích návyků dle pohlaví.....	32
Tab. 16- Konzumace nápojů dle pohlaví .....	33
Tab. 17- Tekutiny dle pohlaví .....	34
Tab. 18- Konzumace alkoholu z hlediska pohlaví.....	34
Tab. 19- Vztah ke kouření z hlediska pohlaví.....	34
Tab. 20- Pohybová aktivita z hlediska pohlaví.....	35
Tab. 21- Druh pohybové aktivity z hlediska pohlaví.....	36
Tab. 22- Intenzita pohybové aktivity z hlediska pohlaví.....	36
Tab. 23- Časový interval pohybové aktivity z hlediska pohlaví.....	36
Tab. 24- Pravidelnost stravy z hlediska vzdělání.....	37
Tab. 25- Způsob stravování z hlediska vzdělání.....	37
Tab. 26- Výskyt tuků v potravě dle vzdělání.....	38
Tab. 27- Konzumace masa z hlediska vzdělání.....	38
Tab. 28- Solení stravy z hlediska vzdělání.....	39
Tab. 29- Konzumace ovoce a zeleniny z hlediska vzdělání.....	39
Tab. 30- Změna stravování z hlediska vzdělání.....	39
Tab. 31- Pitný režim z hlediska vzdělání.....	40

Tab. 32- Druh nápojů z hlediska vzdělání.....	41
Tab. 33- Konzumace alkoholu z hlediska vzdělání.....	42
Tab. 34- Vztah ke kouření z hlediska vzdělání.....	42
Tab. 35- Pohybová aktivita z hlediska vzdělání.....	43
Tab. 36- Druh pohybové aktivity z hlediska vzdělání.....	43
Tab. 37- Intenzita pohybové aktivity z hlediska vzdělání.....	44
Tab. 38- Časový interval pohybové aktivity z hlediska vzdělání.....	44
Tab. 39- Edukace pacientů zdravotnickým personálem.....	45
Tab. 40- Informační zdroje pacientů.....	46

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - BMI respondentů .....	26
Graf 2 - Vztah ke kouření z hlediska léčby .....	29
Graf 3 - Vztah ke kouření dle pohlaví .....	35
Graf 4 - Změna stravování z hlediska vzdělání .....	40
Graf 5 - Vztah ke kouření z hlediska vzdělání .....	43
Graf 6 - Edukace pacientů zdravotnickým personálem .....	46



## PŘÍLOHA – DOTAZNÍK

Vážená paní/pane,

jmenuji se Petra Jarkulischová a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění následujícího dotazníku. Studuji 4. ročník kombinovaného studia oboru Ošetřovatelství Fakulty zdravotnických věd na Univerzitě Palackého v Olomouci. Dotazník je určen pro pacienty léčící se s ischemickou chorobou srdeční. Tento dotazník mi poslouží k získání dat potřebných ke zpracování bakalářské práce na téma „*Dodržování správné životosprávy u pacientů s ischemickou chorobou srdeční a po aortokoronárním bypassu*“.

**Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný.**

Při vyplňování prosím zakroužkujte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak, nebo otázky prosím doplňte.

**Děkuji za Váš čas a ochotu.**

Petra Jarkulischová

### 1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

### 2. Jaká je Vaše výška a váha?

výška:.....

váha:.....

### 3. Změnila se nějak vaše tělesná hmotnost v souvislosti s onemocněním?

- a) zhubl/zhubla
- b) přibral/přibrala
- c) váha je stejná

### 4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

### 5. Jakou formu léčby ischemické choroby srdeční jste podstoupil/podstoupila?

- a) pouze medikamentózní
- b) katetrizační – zavedení stentu do věnčité tepny
- c) operativní - aortokoronární bypass

**6. Kolikrát denně se stravujete?**

- a) pravidelně 4-5x denně malé porce
- b) pravidelně 4-5x denně velké porce
- c) pravidelně 3x denně malé porce
- d) pravidelně 3x denně velké porce
- e) nepravidelně

**7. Jakým způsobem se převážně stravujete?**

- a) domácí strava
- b) závodní jídelna
- c) bistra, fastfoody, stánky s rychlým občerstvením
- d) restaurace, pohostinství
- e) jiné (doplňte) .....

**8. Jaké tuky se nejčastěji vyskytují ve vaší stravě?**

- a) rostlinné( olivový / slunečnicový olej, margaríny.....)
- b) živočišné ( máslo, sádlo, ztužené tuky....)

**9. Jaké konzumujete nejčastěji maso? Určete pořadí četnosti 1-5 (jestliže nekonzumujete maso, na otázku neodpovídejte)**

**(1-nejčastěji, 5 – výjimečně)**

- a) kuřecí
- b) vepřové
- c) ryby
- d) hovězí
- e) zvěřina

**10. Přisolujete si stravu?**

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

**11. Konzumujete ovoce a zeleninu?**

- a) ano pravidelně
- b) ne
- c) nepravidelně (např. 1x týdně)

**12. Došlo k nějaké změně stravovacích návyků v souvislosti s onemocněním?**

a) ano ( uveďte prosím k jaké).....

.....  
b) ne

**13. Jaké množství tekutin vypijete denně?**

- a) více než 2,5 litru za den
- b) 2-2,5 litru za den
- c) 1-2 litry za den
- d) 0,5-1 litr za den
- e) méně než 0,5 litru za den

**14. Jaký druh nápojů nejčastěji pijete? Určete pořadí četnosti 1-5 (1-nejčastěji, 6- výjimečně)**

- a) voda perlivá/neperlivá
- b) čaje
- c) mléko
- d) minerálky ochucené
- e) sladké nápoje ( džus, cola, kofola)
- f) káva

**15. Konzumujete alkohol?**

- a) ano, denně
- b) ano, příležitostně
- c) dříve, teď již ne
- d) ne

**16. Jaký je Váš vztah ke kouření?**

- a) nikdy jsem nekouřil/ nekouřila
- b) kouřím
- c) přestal/přestala jsem kouřit po prvních příznacích onemocnění srdce
- d) přestal/přestala jsem kouřit až po operaci srdce

**17. Změnila se u Vás nějak pohybová aktivita v souvislosti s onemocněním ?**

- a) ano, zvýšil/la jsem pohybovou aktivitu
- b) ano, nemoc mě omezuje, nemohu tolik sportovat
- c) ne

**18. Jaký druh pohybové aktivity provozujete? ( Můžete označit více odpovědí )**

- a) rychlá chůze
- b) běh
- c) plavání
- d) posilování
- e) jízda na kole
- f) žádná
- g) jiná ( uveďte jaká).....

**19. Jak často uvedenou pohybovou aktivitu provozujete?**

- a) denně
- b) 2x-3x týdně
- c) 1x týdně
- d) nepravidelně
- e) neprovozují

**20. Jaký je časový interval Vaší pohybové aktivity?**

- a) více jak 30 minut
- b) méně než 30 minut
- c) méně než 20 minut
- d) žádný

**21. Byl(a) jste informován(a) zdravotnickým personálem o zásadách zdravého životního stylu v souvislosti s Vaším onemocněním?**

- a) ano
- b) ne

**22. Uveďte prosím zdroj Vašich informací o zdravém životním stylu?**

*( Můžete označit i více odpovědí):*

- a) rodina, známý, spolupacient
- b) knihy, časopisy
- c) brožury, letáky, nástěnky v čekárně u lékaře
- d) televize
- e) internet
- f) jiné (doplňte) .....