

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Pavλίna Osladilová Bílá

**Význam životního stylu v sekundární prevenci
kardiovaskulárních onemocnění**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jan Chrastina

Olomouc 2013

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce:

Význam životního stylu v sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění

Název práce v AJ:

The importance of lifestyle in secondary prevention of cardiovascular diseases

Datum zadání: 2013-01-15

Datum odevzdání: 2013-04-05

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Pavlína Osladilová Bílá

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jan Chrastina

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce podává přehled dosud publikovaných poznatků o možnostech ovlivnění průběhu kardiovaskulárních onemocnění skrze životní styl. Informace zpracované na základě rešerší provedených v databázích a periodikách v českém a anglickém jazyce jsou předloženy dle stanovených cílů ve třech kapitolách. Přehledová práce tak přináší názory a doporučení autorů z oblasti nefarmakologických intervencí zaměřených na ovlivnitelné faktory kardiovaskulárních onemocnění, poskytuje náhled na problematiku motivačních činitelů ovlivňujících přijetí „zdravého životního stylu“ a objasňuje roli všeobecné sestry při uplatňování zásad sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění v praxi.

Abstrakt v AJ:

This bachelor thesis provides an overview of hitherto published knowledges about possibilities how to influence the course of cardiovascular diseases through lifestyle. Information drawn up based on background research conducted in the databases and periodicals in Czech and English are presented according to the set objectives in three chapters. This overview thesis thus brings opinions and recommendations of the authors of the non-pharmacological interventions targeting suggestible factors of cardiovascular diseases, provides insight on the issue of motivational factors affecting the adoption of a "healthy lifestyle" and clarifies the role of nurses in the application of the principles of secondary prevention of cardiovascular diseases in practice.

Klíčová slova v ČJ:

kardiovaskulární onemocnění, životní styl, sekundární prevence, úprava životního stylu, specifické změny, limitující faktory, všeobecná sestra, primární péče

Klíčová slova v AJ:

cardiovascular diseases, life style, secondary prevention, life style modification, specific changes, limiting factors, nurse, primary care

Rozsah: 44 s.

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

Olomouc, 5. duben 2013

podpis

Děkuji Mgr. et Bc. Janu Chrastinovi za cenné rady a citlivé vedení během zpracování této bakalářské práce a své rodině především za trpělivost a podporu během celé doby studia.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 NEFARMAKOLOGICKÉ INTERVENCE K ÚPRAVĚ ŽIVOTNÍHO STYLU U PACIENTŮ S KARDIOVASKULÁRNÍMI ONEMOCNĚNÍMI	10
1.1 Ovlivnitelné rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění a úprava životního stylu.....	11
1.1.1 Kouření	13
1.1.2 Fyzická aktivita.....	14
1.1.3 Strava a obezita.....	16
1.2 Psychosociální faktory a deprese jako možná příčina a důsledek kardiovaskulárních onemocnění.....	17
1.3 Význam srdeční rehabilitace při úpravě životního stylu.....	18
2 MOTIVAČNÍ FAKTORY V REFLEXI ŽIVOTNÍHO STYLU	21
2.1 Přístup k motivaci pacienta ze strany zdravotnického personálu.....	22
2.2 Faktory ovlivňující míru motivace pacienta	23
2.2.1 Faktory vnějšího prostředí.....	24
2.2.2 Faktory intrapersonální.....	25
3 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE V PRIMÁRNÍ PÉČI A ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY.....	27
3.1 Začlenění sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění do primární péče	29
3.2 Možnosti všeobecných sester při uplatňování zásad sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění.....	31
DISKUSE.....	34
ZÁVĚR	37
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	39

ÚVOD

Pacienti s prokázanými kardiovaskulárními onemocněními mají vysoké riziko následné kardiovaskulární příhody. Z tohoto důvodu je u těchto pacientů nutná velmi intenzivní úprava v oblasti životního stylu (Petrlová, Rosolová, 2004, s. 171 – 174).

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku životního stylu u pacientů s kardiovaskulárními onemocněními, na problémy s přijetím změn v oblasti životního stylu vzhledem k základnímu onemocnění a na úlohu všeobecné sestry při uplatňování zásad sekundární prevence u tohoto onemocnění. Cílem předkládané práce je odpověď na otázku: „*Jaké informace máme k dispozici v oblasti změn životního stylu týkající se pacientů s kardiovaskulárními onemocněními?*“

Dílčí cíle práce byly formulovány a stanoveny takto:

Cíl 1.: Předložit informace o nefarmakologických intervencích nutných k úpravě životního stylu u pacientů s kardiovaskulárními onemocněními.

Cíl 2.: Předložit informace o motivaci pacientů k této úpravě a faktorech, které motivaci ovlivňují.

Cíl 3.: Předložit informace o roli všeobecné sestry při uplatňování zásad sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění v praxi.

Jako vstupní literatura k tématu práce byly prostudovány následující tituly:

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, MATULAY, Stanislav. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. 142 s. ISBN 978–80–8063–306–6.
2. ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. 2010. *Výchova ke zdraví - vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978–80–247–3213–8.
3. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 8024701790.

4. KUBÁTOVÁ, Helena. 2010. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada Publishing, 2010. 272 s. ISBN 978–80–247–2456–0.
5. SOUČEK, Miroslav, 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2011. 1788 s. ISBN 978–80–247–2110–1.
6. ŠPINAR, Jindřich, VÍTOVEC, Jiří et al. 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada Publishing, 2007. 256 s. ISBN 978–80–247–1822–4.
7. ŠTEJFA, Miloš et al. 2007. *Kardiologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 760 s. ISBN 978–80–247–1385–4.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Rešeršní strategie probíhala v několika fázích. V prvním kole rešerši zadala autorka klíčová slova do databáze EBSCO. Pro upřesnění vyhledávání byla určena tato kritéria:

anglický a český jazyk, časové období 2002–2013, recenzované články, volně přístupné plnotexty.

Klíčová slova v tomto kole rešerše byla zadána v anglickém jazyce. Použita byla v různé kombinaci tato key words:

cardiovascular diseases, life style, secondary prevention, life style modification, specific changes, limiting factors, nurse, primary care.

Díky vyhledávání článků v archivech vydavatelů již dohledaných článků byly nalezeny další vyhovující odborné publikace. Následující kola rešerši proběhla v databázích Proquest a PubMed a ve vyhledávači Google. Při vyhledávání v databázi BMČ byla klíčová slova zadána v českém jazyce. Poslední kolo rešerši proběhlo v online časopisech Kontakt, PROFESE online a časopisech vydavatelství Solen. Pro doplnění informací autorka požádala o spolupráci knihovnu NCO NZO Brno a NLK v Praze.

Postupně bylo dohledáno celkem 107 článků či odborných publikací, z toho 18 v českém jazyce a 89 v jazyce anglickém. Podrobným prostudováním byly vyřazeny duplicitní výsledky hledání, články, které se tématu týkaly jen okrajově nebo se vůbec nevztahovaly ke zvoleným cílům.

V konečném výčtu bylo pro tvorbu práce použito 33 zdrojů, 30 elektronických, 2 tištěné publikace a 1 sborník.

1 NEFARMAKOLOGICKÉ INTERVENCE K ÚPRAVĚ ŽIVOTNÍHO STYLU U PACIENTŮ S KARDIOVASKULÁRNÍMI ONEMOCNĚNÍMI

V této kapitole je krátce vyjasněna současná situace v prevalenci kardiovaskulárních onemocnění u nás i ve světě. Jsou zde zmíněny nejčastější formy těchto onemocnění, popsány ovlivnitelné rizikové faktory, vliv deprese, dále je řešena otázka nefarmakologických intervencí u vybraných rizikových faktorů k ovlivnění dalšího kardiovaskulárního rizika a objasněna role srdeční rehabilitace.

Ve většině evropských zemí a v USA jsou kardiovaskulární onemocnění (dále jen „KVO“) nejčastější příčinou úmrtnosti (Sovová, 2012a, s. 298–302). KVO mají za následek nejen vysokou mortalitu, ale i vysokou pracovní neschopnost. Snížení mortality na tato onemocnění v posledních letech lze objasnit zlepšenou péčí o pacienty s KVO, a také změnou životního stylu během posledních dvaceti let. Bouřlivý nárůst poznatků o patofyziologii těchto onemocnění má mimo jiné za následek realizaci změn životního stylu a agresivní působení v oblasti rizikových faktorů (tamtéž, 2012a, s. 298–302). I přesto, že existují velmi účinné nástroje pro primární i sekundární prevenci infarktu myokardu a dalších komplikací aterosklerózy, zůstává podle autorů O'Keefe, Cartera a Lavieho ischemická choroba srdeční (dále jen „ICHS“) nejčastější příčinou úmrtí v americké společnosti (O'Keefe, Carter, Lavie, 2009b, p. 741–757). Autoři Špinar s Vítovcem označují KVO za pohromu dnešní doby a jako jejich nejčastější formu udávají již jmenovanou ICHS a dále ischemickou chorobu mozku. Tato dvě onemocnění jsou příčinou každého druhého úmrtí v zemích Evropy, Severní Ameriky i Austrálie, čímž se i přes veškeré úspěchy a pokroky současné lékařské vědy a praxe řadí na nejčastější příčinu úmrtí ve vyspělých zemích západní civilizace včetně České republiky (Špinar, Vítovec, 2007, s. 9–16). Na snížení mortality na KVO se v České republice od poloviny 80. let minulého století podílelo rychlé zavádění moderních postupů léčby a pozitivních změn v oblasti životního stylu. Díky tomu se dle autora Spáčila očekávalo, že se naše země přiblíží nižší mortalitě v sousedních zemích. Postupem let se však tyto změny dále neprohlubovaly, namísto toho se poměry spíše zhoršovaly. Postupný pokles úmrtnosti se tak zastavil či zpomalil, a to i přes další rozvoj zdravotní péče. V současné době

jsou v České republice úmrtí na kardiovaskulární onemocnění příčinou 47,2 % úmrtí mužů a 53,4 % úmrtí žen. Nepochybně se tak lidé vrátili ke špatným návykům a starým stereotypům životního stylu po té, co skončilo období „utahování opasků“, jak udává autor Spáčil. V sousedním Rakousku a Německu je proti nám zdravotní péče na vyšším stupni a navíc se životní styl více přibližuje doporučenému způsobu chování (Spáčil, 2008, s. 203–205). Autorky Benčková a Padyšáková doporučují prosazovat aktivity vypracované a realizované odborníky, navýšit podíl zdravotníků na provádění preventivních programů a ztotožnit se s kódem pro zdravé srdce, který vznikl na doporučení Evropské kardiologické společnosti. Tento kód zdravého srdce „0-30-5-125-80“ znamená 0 vykouřených cigaret, 30 minut pohybu denně, 5 mmol/l cholesterolu a méně, a 120/80 mmHg jako optimální hodnoty krevního tlaku (Benčková, Padyšáková, 2011, s. 38–42).

1.1 Ovlivnitelné rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění a úprava životního stylu

Úprava životního stylu hraje důležitou roli při snižování rizika opakujících se kardiovaskulárních příhod (Scrutinio et al., 2009, p. 297–14). Právě životní styl a ovlivnitelné rizikové faktory jsou těsně spojeny s obrovským výskytem kardiovaskulárních onemocnění. Působením na tyto rizikové faktory lze snížit mortalitu i morbiditu, což bylo opakovaně a přesvědčivě prokázáno (Petrlová, Rosolová, 2004, s. 171–174). Nová doporučení mají podle autorek Petřové a Rosolové za cíl prevenci pracovní neschopnosti a předčasného úmrtí na kardiovaskulární onemocnění zejména úpravou životního stylu a intervencemi v oblasti rizikových faktorů. Dále autorky poukazují na shodu v nových i předešlých doporučeních týkajících se nefarmakologických intervencí. Tato shoda se týká pravidelné fyzické aktivity, odvykání kouření a zdravé racionální stravy. Účelem je redukce hmotnosti a udržování přijatelných hodnot krevních lipidů a hodnoty glykémie (tamtéž, 2004, s. 171–174). V tomto názoru se shoduje autor Batić-Mujanović et al. a na podkladě četných studií prokazuje, že úpravou životního stylu je možné snížit riziko následných srdečních příhod nebo úmrtí u pacientů s již potvrzenou ICHS. Jako nedílnou součást celkového managementu rizik

u pacientů s ICHS označuje odvykání kouření, pravidelnou fyzickou aktivitu a výběr zdravých potravin (Batić-Mujanović et al., 2008, p. 79–85). Autor Scrutinio také potvrzuje, že agresivní řízení rizikových faktorů zlepšuje prognózu a kvalitu života u pacientů s ICHS. Teoreticky by se podle tohoto autora mělo prostřednictvím jednotného přístupu, zahrnujícího úpravu životního stylu a řízení rizikových faktorů v kombinaci s preventivní farmakoterapií, snížit riziko další kardiovaskulární příhody u pacientů s ICHS. Bohužel ale existují důkazy, podle kterých nejsou tato sekundární preventivní opatření v praxi náležitě uplatňována. Z tohoto důvodu jsou právě zde obrovské možnosti pro dosažení pokroku. Zaměřit se na pacienty s KVO, kteří nejsou schopni dosáhnout doporučených úprav v oblasti životního stylu (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314). Autoři Cobb, Brown a Davis popisují aktuální strategie pro dosažení doporučené cílové úrovně rizikových faktorů, jež zahrnují časté lékařské prohlídky, intenzivní dietní změny, individuální či skupinová cvičení, skupinová setkání, vzdělávání v oblasti úprav životního stylu a změny chování, a také oficiální programy srdeční rehabilitace. Spojení mezi minimalizací rizikových faktorů ICHS a snížení nemocnosti a úmrtnosti je podle nich jasně stanoveno. Kardiovaskulární onemocnění jsou hodnocena jako hlavní příčina úmrtí a vysoká prevalence rizikových faktorů si žádá od poskytovatelů zdravotní péče odstranění rozdílu mezi doporučeními založenými na důkazech a skutečnou klinickou praxí (Cobb, Brown, Davis, 2006, p. 31–39). Autor Cole et al. rovněž poukazuje na skoro poloviční pokles úmrtnosti v důsledku ovlivnění hlavních rizikových faktorů včetně kouření a hodnoty cholesterolu. Obezita, diabetes mellitus (dále jen „DM“) a fyzická inaktivita však podle něj měly naopak vzestupný trend a přispěly k navýšení počtu úmrtí. Autor tak podpořil názor, že více než polovina poklesu úmrtnosti byla způsobena ovlivněním právě rizikových faktorů, především krevního tlaku a hodnoty cholesterolu, a méně než polovina pak lékařskou terapií. (Cole et al., 2011, p. 1–25). Autoři O'Keefe, Carter a Lavie uvádějí poznatky ze studie INTERHEART (kanadská globální studie), kde je riziko IM téměř výhradně připisováno modifikovatelným kardiovaskulárním rizikovým faktorům. Za tyto rizikové faktory byly identifikovány dyslipidémie, kouření, hypertenze, psychosociální stres, diabetes mellitus, obezita, nedostatek tělesné aktivity, nevhodné složení stravy a konzumace alkoholu. Jmenované rizikové faktory se často kumulují a vytvářejí hromadný efekt, což násobí riziko infarktu myokardu. Agresivní víceúčelová terapie zaměřená na tyto rizikové

faktory dramaticky snižuje, až téměř eliminuje, výskyt nežádoucích kardiovaskulárních příhod. Avšak výsledky nedávných statistik o dvojité epidemii obezity a DM („diabetes“) podle těchto autorů naznačují, že ve Spojených státech zřejmě brzy nastane obrat v dramaticky dosaženém pokroku proti kardiovaskulárním onemocněním (O'Keefe, Carter, Lavie, 2009a, p. 741–757). Autor Vrablík také dodává, že mimo farmakoterapii je nedílnou součástí intervencí ke snížení reziduálního rizika léčba kuřácké závislosti, obezity, ovlivnění míry stresu a soustavná stimulace pacienta k adherenci k terapii, která je na předním místě pořadí důležitosti těchto faktorů. Bez spolupráce pacienta není úspěšná ani ta nejlepší léčba ušitá na míru (Vrablík, 2010, s. 135–138). Za tradiční rizikové faktory autorka Kärner et al. označila kouření, dyslipidémii a hypertenzi, které jsou podle ní spolu s dalšími rizikovými faktory (obezita a tělesná aktivita) nejdůležitějšími z ovlivnitelných faktorů (Kärner et al., 2005, p. 261–275). V rozporu s předchozími tvrzeními však autor Wister et al. tvrdí, že rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění mají tendenci být účinněji řízeny farmakoterapií než změnou životního stylu (Wister et al., 2007, p. 859–865)

1.1.1 Kouření

Pacienti, kteří po akutním infarktu myokardu nadále kouří, mají zvýšené riziko opakovaných srdečních příhod, zhoršené ovládání dalších rizikových faktorů a horší kvalitu života. Odvykání kouření po IM je spojeno i s významným snížením mortality. Znepokojující na tomto problému je podle autora Scrutinia et al. skutečnost, podle které není řízení kouření stále natolik efektivní, jak by mohlo být, a jen malá menšina pacientů je poučena o možnosti vyhledat profesionální pomoc (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314). Dlouhodobá expozice cigaretovému kouři je stanovena jako potenciálně ovlivnitelný rizikový faktor pro akutní trombotické kardiovaskulární příhody, včetně infarktu myokardu, náhlé smrti a cévní mozkové příhody. Odvykání kouření je dále určeno jako nejvýznamnější faktor pro zlepšení koronární endoteliální funkce u pacientů po nedávno proběhnutém infarktu myokardu. Přetrvávající porucha funkce endotelu u pacientů, kteří i po IM nadále kouří, může představovat vyšší riziko opakujících se koronárních příhod. U lidí, kteří kouřit přestanou, se riziko opakování koronární příhody sníží na úroveň nekuřáka do 3 let po ukončení kouření. Toto snížení rizika bylo z hlediska celkové kardiovaskulární mortality odhadnuto na 35 %,

z hlediska počtu nefatálních reinfarktů pak na 32 %. Ukončení kouření má na snížení rizika úmrtnosti podle autora Scrutinio mnohem větší vliv než jiné intervence nebo léčba, a i skromné snížení počtu kuřáků s ICHS může znamenat významný pokles počtu úmrtí. Pacient, jenž byl nedávno hospitalizován s koronární příhodou, je přitom velmi motivován ke změně a poskytnutí poradenství pro odvykání kouření právě v tento moment může být velice efektivní. S přetrvávajícím kouřením je navíc silně spojena deprese, a proto je potřeba do preventivních programů zaměřených na rizikové faktory KVO zahrnout i screening a léčbu depresivní poruchy (Scrutinio, 2010, p. 1–13). Názor autorky Kärner et al. se shoduje s předchozími tvrzeními. Přežití a opakované srdeční příhody byly i podle této autorky pozitivně a významně ovlivněny odvykáním kouření po infarktu myokardu. Odvykání kouření mělo navíc mnohem vyšší ochranný účinek na mortalitu po IM než běžná standardní léčba (Kärner et al., 2005, p. 261–275). Také autoři Vítovec, Špinarová a Špinar se přiklánějí k těmto prohlášením. Zanechání kouření je podle nich nejúčinnějším krokem při ovlivnění průběhu ICHS, neboť žádný lék nedokáže snížit mortalitu o 25 – 50 %, jako to dokáže odstranění zlovyku kouření (Vítovec, Špinarová, Špinar, 2011, s. 202–204).

1.1.2 Fyzická aktivita

Nejbezpečnější fyzickou aktivitou pro pacienty s KVO je chůze a spolu s ní jsou jako další nejčastější aktivity doporučovány jízda na kole nebo rotopedu, běh a plavání (Vítovec, Špinarová, Špinar, 2011, s. 202–204). Účinek pravidelné fyzické aktivity na snížení rizika úmrtnosti pacientů s ICHS byl odhadnut na 25 %. Fyzická aktivita je ku prospěchu i u pacientů s nízkou hladinou lipoproteinů o vysoké hustotě (high density lipoprotein, dále jen „HDL“) a vysokou hladinou triglyceridů (Scrutinio, 2010, p. 1–13). Autor Scrutinio et al. vyslovuje názor, podle kterého je dietní přístup spojený s pravidelnou fyzickou aktivitou slibný pro zmírnění prozánětlivého stavu metabolického syndromu, jež způsobuje inzulinovou rezistenci a k němuž dále přispívá nadměrný příjem potravy a „nezdravá strava“ (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314). Jiný pohled na fyzickou aktivitu přináší Harvardská univerzita. Podle jejího sdělení pět z rizikových faktorů pro kardiovaskulární onemocnění (nedostatek fyzické aktivity, vysoká hladina cholesterolu, vysoký krevní tlak, obezita

a diabetes mellitus) může v různé míře reagovat na silový trénink. Vypadá to tedy, že silový trénink má roli jak v prevenci, tak i v léčbě onemocnění srdce. Celá léta se lékaři obávali, že silový trénink může být pro pacienty se srdeční slabostí nebezpečný nebo dokonce smrtelný. Podle doporučení American Heart Association však může být prospěšný a bezpečný pro nemocné s nízkým srdečním rizikem, mezi něž patří lidé bez srdečního selhání, bez příznaků anginy pectoris při zátěžovém testu anebo těžkou abnormalitou srdečního rytmu. Lidé po srdeční příhodě mohou začít silový trénink na doporučení svého kardiologa zhruba 3 týdny poté. Silovým tréninkem a svalovou přestavbou je nejen dodána větší síla pro každodenní úkoly, ale také je efektivněji využit kyslík a živiny z krevního řečiště a zároveň odlehčena zátěž na srdce (anonymous, 2010, p. 6–14). Autorka Kitzlerová potvrzuje vztah mezi omezenou fyzickou aktivitou, kardiovaskulárními onemocněními a příznaky deprese. Důvodem snížené fyzické činnosti podle ní může být nejen vlastní depresivní porucha, ale i únava, která se při vzájemném působení dalších rizikových faktorů může stát příčinou kardiovaskulárních onemocnění. Velmi těžká vyčerpanost zpravidla předchází vzniku infarktu myokardu a náhlé srdeční smrti a je brána jako krátkodobý rizikový faktor následných IM bez závislosti na ostatních rizikových faktorech. Fyzická aktivita kardiakům naopak náladu ovlivňuje velmi pozitivně a podílí se i na posílení sebevědomí (Kitzlerová, 2012, s. 73–77). Dle autorky Vilánkové et al. je u každého pacienta nezbytným prvkem posouzení individuálních možností aktivního pohybu, vysvětlení významu pravidelné fyzické aktivity a motivace k postupnému navýšení nepřerušované fyzické aktivity, alespoň na 30 minut denně. Při individuálním přístupu v poradenství je možné docílit zvýšení pohybové aktivity ve většině případů. Pokud se však nepodaří tohoto dosáhnout, pak více než jinde platí, že „každý pohyb se počítá“. Vždy je důležitý správný odhad pacientových možností a individuální přístup (Vilánková et al., 2010, s. 501–503). Pravidelná fyzická aktivita se zdá být jednou z nejdůležitějších intervencí proti kardiovaskulárním příhodám u dospělých pacientů s prokázaným KVO. S ohledem na své nesporné výhody a klinicky dobře zdokumentovatelné kardioprotektivní mechanismy by měla být považována za skutečně efektivní formu terapie pacientů s ICHS (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314).

Z uvedených poznatků lze vyvodit závěr o jednoznačných výhodách pravidelné fyzické aktivity, která zřejmě jako jediná z nefarmakologických intervencí dokáže

ovlivnit více rizikových faktorů najednou (např. hodnoty krevních lipidů, hodnotu glykemie, hodnota krevního tlaku, míru obezity, ovlivnění deprese).

1.1.3 Strava a obezita

Podle autorů Vítovce, Špinarové a Špinara je mimo pohybovou aktivitu a odvykání kouření dalším nezbytným krokem úprava tělesné váhy na optimální hodnoty. Tato úprava, podobně jako fyzická aktivita, ovlivňuje příznivě i další rizikové faktory (hodnotu krevního tlaku, hodnoty krevních lipidů a hodnoty glykemie). Redukce tělesné hmotnosti lze dosáhnout pomocí dietních opatření, která zahrnují snížení celkového kalorického příjmu, snížení procenta nasycených tuků ve stravě a jejich částečné nahrazení rostlinnými tuky. Mezi prvořadé cíle v oblasti dietních opatření dále patří navýšení množství ovoce a zeleniny ve stravě a u nemocných s hypertenzí snížení příjmu kuchyňské soli a alkoholu (Vítovec, Špinarová, Špinar, 2011, s. 202–204). Například v Rakousku a Německu mají proti České republice menší spotřebu pšenice a vajec, znatelně vyšší spotřebu ryb, rostlinných olejů, ovoce, zeleniny i vína a spotřeba potravin tak odpovídá doporučené dietě (Spáčil, 2008, s. 203–205). Vědecká doporučení pro snížení kardiovaskulárního rizika, která popisuje Scrutinio et al., radí pacientům vyvážit příjem kalorií a fyzickou činnost k udržení zdravé tělesné hmotnosti, konzumovat stravu bohatou na ovoce, zeleninu a celozrnné výrobky, snížit příjem nasycených tuků, zahrnout odpovídající příjem omega-3 mastných kyselin, minimalizovat příjem cukrů a soli, a omezit konzumaci alkoholu. Strava ovlivňuje ICHS skrze subklinický zánět, oxidační stres, endoteliální dysfunkci, citlivost na inzulin, sklon k trombóze a krevní tlak (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314). Benefitem zdravé stravy pro nemocné s ICHS není jen snížení hodnoty cholesterolu a zpomalení progresu aterosklerózy, ale i redukce zánětu a oxidačního stresu, zlepšení endoteliální dysfunkce, snížení inzulinové rezistence a náchylnosti k trombóze, pokles hodnoty krevního tlaku a úbytek hmotnosti. Strava s obsahem nenasycených tuků, celozrnných výrobků jako hlavní formy sacharidů, zvýšeným množstvím ovoce a zeleniny spojená s konzumací omega-3 mastných kyselin může nabídnout významnou ochranu proti ICHS. Tomuto dietnímu vzoru z provedených klinických studií odpovídá pouze středomořská strava (Scrutinio, 2010, p. 1–13).

Středomořská strava zahrnující vysoký příjem ovoce, zeleniny, ořechů, luštěnin a vlákniny byla podpořena i autorem Cole et al. (Cole et al., 2011, p. 1–25).

1.2 Psychosociální faktory a deprese jako možná příčina a důsledek kardiovaskulárních onemocnění

Podle výsledku kanadské studie „INTERHEART“ je pozice psychosociálního stresu, jež tvoří přibližně 30 % rizika připisovaného akutnímu IM, na třetím nejdůležitějším místě mezi hlavními ovlivnitelnými faktory (přední příčky zaujímají kouření a hladina lipidů). Společenské vazby, cvičení, optimismus, humor, nezištnost, soužití s domácími zvířaty a zapojení se do organizovaného náboženského života jsou faktory spojené s nižší hladinou stresu a nižším výskytem onemocnění a úmrtí na podkladě kardiovaskulárních onemocnění (O'Keefe, Carter, Lavie, 2009a, p. 741–757). Podle autorky Kitzlerové je již v dnešní době plně uznán vztah mezi kardiovaskulárními onemocněními a psychickými faktory. Deprese může kardiovaskulární onemocnění zapříčinit, zároveň však může být i jejich následkem. Díky vědeckým pokrokům došlo k objasnění některých patofyziologických dějů, jejichž zásluhou jsou pacienti s depresí zranitelnější a náchylnější ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění a zvyšují tak nemocnost a úmrtnost na tato onemocnění. Nových poznatků bylo dosaženo i v opačné situaci, kdy deprese vzniká až jako následek kardiovaskulárních onemocnění. Závažnost deprese není ovlivněna závažností kardiovaskulárních onemocnění, ale naopak riziko úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění je ovlivněno závažností deprese. Toto riziko stoupá na dvojnásobek s těžším stupněm deprese a na trojnásobek při samotné existenci deprese proti její absenci (Kitzlerová, 2012, s. 73–77). Odhad budoucího rizika vzniku srdečních příhod (v originále není objasněno jakých) je při přítomnosti rizikových faktorů a jejich kombinací zhruba 50 %, u zbylé poloviny pacientů s ICHS nebyl nalezen žádný rizikový faktor, ale při vzniku ICHS byla prokázána depresivní porucha. Její přítomnost je tedy pro odhad budoucího rizika přibližně srovnatelná s rizikovým faktorem kouření. Deprese ovlivňuje nejen rozvoj KVO u jinak zdravých osob, ale podílí se i na následných srdečních příhodách u pacientů s prokázanou ICHS, a tím na vzestupu mortality. Zatím zůstává nejasné, jakým způsobem deprese ovlivňuje vznik a rozvoj KVO.

Neví se ani, zda se jedná o přímé ovlivnění nebo samostatný účinek nesprávného chování jednotlivce, deficitu sebepečce, fyzické inaktivity, nepravidelného užívání léků či jejich vzájemné kombinace. Každopádně neléčená depresivní porucha způsobuje výrazně vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění (tamtéž, 2012, s. 73–77). I autor Scrutinio et al. souhlasí s tvrzením, že nově vzniklé či přetrvávající deprese mají obrovský vliv na riziko rehospitalizace a úmrtnost u pacientů s KVO. Možným vysvětlením vlivu deprese na úmrtnost a nemocnost u ICHS by mohla být zvýšená stimulace sympatického nervového systému, zvýšená aktivace krevních destiček, změna neuroendokrinní funkce, zvýšené hladiny prozánětlivých cytokynů, zhoršení průtoku vyvolané dilatací, „nezdravé chování“ a neadekvátní dodržování léčby. Ačkoli nebylo prokázáno, že psychosociální intervence zlepšují prognózu pacientů s ICHS, zůstávají tyto intervence nedílnou součástí programů srdeční rehabilitace ke zlepšení kvality života pacientů s ICHS (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314). Naopak autorka Kärner et al. uvádí, že psychosociální faktory by sice mohly mít etiologickou roli při vzniku ICHS ve zdravé populaci a také se zdá, že ovlivňují prognózu u pacientů s ICHS. Současně však existují protichůdné údaje o tom, zda psychosociální intervence redukuje úmrtnost po infarktu myokardu (Kärner et al., 2005, p. 261–275).

1.3 Význam srdeční rehabilitace při úpravě životního stylu

K upevnění nově vytvořených zvyklostí „zdravého životního stylu“, k odstranění existujících rizikových faktorů a k vyloučení stresogenních vlivů slouží ústavní rehabilitační léčba, která navazuje na posthospitalizační ambulantní rehabilitaci (Vítovec, Špinarová, Špinar, 2011, s. 202–204). Tato rehabilitační léčba je v mnoha studiích označována jako *srdeční rehabilitace*. Programy srdeční rehabilitace a sekundární prevence jsou navrženy tak, aby snížily invaliditu vyplývající z ICHS, optimalizovaly snižování kardiovaskulárního rizika a podporovaly „zdravé chování“. Jako takové jsou programy srdeční rehabilitace nyní uznávány za nedílnou součást komplexní péče o pacienty s ICHS a jsou doporučovány jako užitečné a efektivní ve většině současných klinických praxí (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314). Autoři Skinner, Cooper a Feder zastávají názor, podle něhož by srdeční rehabilitace měla být aktivně podporována všemi zdravotnickými pracovníky

a zapojena do péče poskytované pacientům po infarktu myokardu. Měla by být nabídnuta a zpřístupněna všem bez ohledu na věk, pohlaví, etnický původ, socioekonomický status nebo komorbiditu. Měla by obsahovat cvičení, výchovu ke zdraví a zvládání stresu. Pokud si to pacient přeje, měl by mít možnost tuto rehabilitaci absolvovat i partner či osoba spolupodílející se na poskytované péči. Dále by srdeční rehabilitace měla zahrnovat poradenství týkající se návratu do práce i každodenních činností a brát přitom v úvahu fyzický a psychický stav pacienta. Po zotavení by měl být pacient ujištěn například i o bezpečnosti sexuální aktivity, jež u něj nepředstavuje větší riziko pro vyvolání následné epizody proti osobě, která infarkt nikdy neměla (Skinner, Cooper, Feder, 2007, p. 862–864). I autor Scrutinio et al., souhlasí s tím, že by programy srdeční rehabilitace a sekundární prevence měly zahrnovat partnery nebo osoby, které se spolupodílejí na poskytované péči, a to i včetně následného poradenství vztahujícího se k návratu do každodenních činností a pracovních povinností. Vždy je nutné brát v úvahu fyzický a psychický stav pacienta, povahu těchto činností i práce a navrhnout optimální pracovní prostředí. Mimo to je důležité, aby poradenství a podpora byly individuálně přizpůsobeny a reagovaly aktuálně na potřeby pacienta (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314). Autorka Kärner et al. konstatuje, že chceme-li snížit nemocnost a úmrtnost, musí rehabilitační programy po srdeční příhodě ovlivnit více faktorů z pohledu životní situace pacienta. Spojení s programem srdeční rehabilitace tak může být způsob, jak dosáhnout určité kontroly nad pacientem. Kromě toho, pozitivní zdravotní výsledek, jakým je pocit kondice, byl shledán jako ulehčení změny (Kärner et al., 2005, p. 261–275). Scrutinio et al. dále dodává, že k nedostatečným službám srdeční rehabilitace přispívá malé množství doporučených pacientů (zejména žen, starších lidí a etnických menšin pacientů), špatná motivace pacientů, nedostatečná úhrada výdajů za tyto služby a geografická nedostupnost (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314). Autor Hsin-Hsin et al. navrhuje zařadit do srdeční rehabilitace program „terapeutických změn životního stylu“, který se zaměřuje na redukci hmotnosti, zvýšení výkonu a změnu stravy podle přísné regulace příjmu nasycených mastných kyselin a cholesterolu, zvýšení příjmu rostlinného cholesterolu a vodou rozpustné vlákniny a který může snížit hodnoty lipoproteinů o nízké hustotě (low density lipoprotein, dále jen „LDL“) o 20–30 %. Když byl program „terapeutických změn životního stylu“ přidán do rutinní pooperační rehabilitace, stav pacientů se měsíc po zákroku výrazně

zlepšil, pokud jde o kouření, stravu, změnu hladiny triglyceridů a glykémie. Po třech měsících bylo prokázáno zlepšení i u hodnot krevního tlaku a u fyzické aktivity (Hsin-Hsin et al., 2009, p. 60–68). O programu „terapeutických změn životního stylu“ zahrnujícím pravidelnou fyzickou aktivitu, odvykání kouření a zdravou stravu se zmiňuje i autor Scrutinio (Scrutinio, 2010, p. 1–13).

Závěrem kapitoly lze situaci v managementu ovlivnitelných rizikových faktorů KVO popsat názory těchto autorů. Autoři Angermayr, Melchart a Linde poukazují na rozpory v dosud provedených studiích zaměřených na rizikové faktory KVO a zdůrazňují potřebu dalších studií multifaktoriálních intervencí životního stylu, zlepšení metod a podávání informací. Intervence by podle těchto autorů měly být popsány transparentním způsobem s jasným upřesněním pojmů, složek, doby trvání, způsobu předávání informací a dodržování pokynů. Dostupné důkazy podle nich sice naznačují, že některé multifaktoriální intervence životního stylu mohou být účinné při snižování rizika kardiovaskulárních příhod a úmrtnosti u pacientů s ICHS, ale zatím není možné říci, které typy intervencí mohou být nejúčinnější u definovaných skupin pacientů nebo populace (Angermayr, Melchart, Linde, 2010, p. 49–64). I jiný autor, Cole et al., navrhuje zaměřit se při dalším výzkumu na vhodné složky intervencí, na to, jaká je ideální kombinace opatření, intervenční intenzita a délka trvání. Dále je podle tohoto autora potřeba vyšetřovat překážky bránící úpravě životního stylu u pacientů s ICHS, což by mohlo vnést nové světlo do problému, proč dobře navržené a provedené intervence nevedly k očekávaným přínosům (Cole et al., 2011, p. 1–25).

2 MOTIVAČNÍ FAKTORY V REFLEXI ŽIVOTNÍHO STYLU

Tato kapitola popisuje potíže spojené s úpravou životního stylu, přináší pohledy různých autorů na možné kroky v tom, jak získat pacienta ke spolupráci a dále nastiňuje faktory, které mohou ovlivnit míru motivace.

Změna chování je často limitujícím krokem v prevenci a dodržování úprav životního stylu (Gillespie, Lenz, 2011, p. 1–5). Užívání léků je pro pacienta jednodušší než změna jeho životního stylu. (Muñiz et al., 2010, p. 1–9). Autorka Kärner et al. se domnívá, že větší kontrola ze strany zdravotnického personálu by měla znamenat i větší pravděpodobnost, že jedinec bude vyvíjet vyšší míru úsilí na změnu chování (Kärner et al., 2005, p. 261–275). Průzkumy Evropské kardiologické společnosti však ukázaly, že přijetí opatření v prevenci kardiovaskulárních onemocnění jako součásti běžné klinické praxe bylo neadekvátní a trendy „nezdravého životního stylu“ nadále pokračují. Je příliš obtížné změnit zažitě chování u dospělých i navzdory život ohrožujícímu onemocnění, a pokud toho má být dosaženo, je nutná pokračující odborná podpora (Cole et al., 2011, p. 1–25). „Zdravý životní styl“ je doporučován v klinických pokynech pro prevenci a léčbu chronických onemocnění, jako jsou kardiovaskulární onemocnění a diabetes mellitus. I tady existují mezery mezi těmito pokyny pro životní styl a jejich realizací v klinické praxi (Ben-Arye et al., 2007, p. 461–469). Podle autora Vrablíka je neuspokojivá spolupráce nemocných na dodržování zásad „zdravého životního stylu“ zcela zásadním problémem, poněvadž nedostatečné ovlivnění životního stylu vede u léčených osob k přetrvávajícímu vysokému riziku kardiovaskulární příhody. (Vrablík, 2010, s. 135–138). Dlouhodobé dodržování zásad „zdravého životního stylu“ vede k lepším klinickým výsledkům (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314). Podpora aktivního životního stylu sice vyžaduje účast pacientů, znalosti, přístup a motivaci, ale mimo to je silně závislá na intenzitě doporučení ošetřujícího lékaře. Pacientům však bohužel není pokaždé předepsána optimální farmakoterapie a ani vždy neobdrží rady týkající se úpravy životního stylu a přístupu k srdeční rehabilitaci (tamtéž, 2009, p. 297–314). Podle autorky Kärner et al. by měl zdravotnický personál zapojený do intervencí zaměřených na změnu

životního stylu u pacientů s KVO používat holistický pohled a věnovat pozornost i sociální síti a přesvědčení pacienta (Kärner et al., 2005, p. 261–275).

2.1 Přístup k motivaci pacienta ze strany zdravotnického personálu

I když jsou úpravy životního stylu ve spojení s tímto onemocněním neustále vyzdvihovány, je změna dosavadního stylu života pro mnoho pacientů těžká. Klíčové je vytvoření vztahu mezi lékařem a pacientem, který je založen na důvěře. Lékař nemá zakazovat, spíše odborně vysvětlit a pomoci pochopit význam „zdravého životního stylu“. Opakovaně pacientovi vyjasnit zejména *proč* a *jak* je potřeba „svůj“ životní styl změnit (Petrlová, Rosolová, 2004, s. 171–174). Podle autorky Kärner et al. by se mohlo zdát, že pacientova zkušenost s hrozbou z aktuálního vzoru chování a přesvědčení, že jistá změna bude mít za následek cenný výsledek na úkor přijatelných nákladů, mohou mít vliv na změnu v jeho chování (Kärner et al., 2005, p. 261–275). Měsíc po propuštění do domácího ošetřování je pacient ještě stále pod vlivem pocitu ohrožení svého života a například touha přestat kouřit je u něj prakticky 100%. Nicméně po třech měsících po ukončení hospitalizace pocit ohrožení klesá a s ním i potřeba přestat kouřit na zhruba 55 % (Hsin-Hsin et al., 2009, p. 60–68). Znalosti o „zdravém životním stylu“ je nutno aktivně podporovat, prosazovat a rozšiřovat. Autor Spáčil se ale obává, že lidé neberou vážně oficiální doporučení a tak má vliv zdravotní edukace jen omezený význam. Z tohoto důvodu je podle něj třeba vytvářet podmínky pro snadnější dodržování „zdravého životního stylu“ a vyloučení špatných návyků podpořit například daněmi, vyhláškami, cenovou politikou, dotacemi a podobně (Spáčil, 2008, s. 203–205). Autor Muñiz et al. zkoumá, zda může dohoda podepsaná mezi pacientem a lékařem o cílech, jichž má být dosaženo, být dostatečnou motivací k dosažení těchto cílů v sekundární prevenci ovlivnitelných rizikových faktorů i po šesti měsících od propuštění po prodělaném IM (Muñiz et al., 2010, p. 1–9). Další z autorů, Ben-Arye et al., popisuje zkušenosti zdravotnického personálu dvou městských klinik v severním Izraeli, který se na motivaci podíval úplně jiným úhlem pohledu. Tito zdravotničtí pracovníci nechali přezkoumat vlastní životní styl. Důvodem bylo povědomí o tom, že mnoho zdravotníků nenásleduje pacienty v pokynech týkajících se úprav životního stylu

a ani u nich není pravděpodobné, že by osobně přijali jakoukoliv změnu chování, přestože ji svým pacientům neustále doporučují. Po absolvování tohoto programu významný počet účastníků uvedl, že byl lépe připraven zahájit s pacienty konverzaci na téma úprav životního stylu, což mohlo pomoci podpořit ochotu pacienta ke spolupráci (Ben-Arye et al., 2007, p. 461–469). Aby mohli autoři Gillespie a Lenz posoudit ochotu pacienta spolupracovat na programu snižování kardiovaskulárního rizika, použili ještě před jeho zahájením dva dotazníky, díky kterým je možné odhadnout připravenost a důvěru pacienta k úpravě životního stylu. První z nich, s názvem *Readiness-to-Change*, obsahuje pětibodovou stupnici, která vyjadřuje dodržování, ochotu, plánování, uvažování či nezájem o „zdravý životní styl“. Druhý, jež nese název *Confidence-to-Change*, pak odráží nejistotu, jistotu až sebevědomí pacienta zvládnout tuto změnu chování. Změna chování směrem ke zdraví je často považována za limitující krok v programech zahrnujících úpravu životního stylu. *Readiness-to-Change* a *Confidence-to-Change* jsou dotazníky, které lze efektivně použít k provedení strategií na změnu chování u konkrétního pacienta. Dotazník může být ušit na míru jakémukoliv programu, jehož cílem je změna chování a může být použit v různých typech praxí (Gillespie, Lenz, 2011, p. 1–5). Podle autora Muñiz et al. je důležité zapojit pacienta do společné zodpovědnosti za jeho péči a vyhnout se tak zániku jeho postavení v systému zdravotní péče, který se o něj stará. Výsledky studie CAM-2-Project tohoto autora naznačují, že přinejmenším v krátkodobém horizontu jsou změny životního stylu dosažitelné navýšením odpovědnosti samotného pacienta (Muñiz et al., 2010, p. 1–9)

2.2 Faktory ovlivňující míru motivace pacienta

Úprava životního stylu je pro jednotlivce náročná. Možných příčin v jeho nedodržování je více. Autorky Benčková a Padyšáková mezi ně řadí nízký socio-ekonomický status včetně nízké úrovně vzdělání, sociální izolaci, nízký ekonomický příjem a stres v zaměstnání nebo doma. Tyto příčiny podle nich tvoří překážku či významný ovlivňující faktor v dodržování, osvojení si nebo schopnosti udržet si „zdravý životní styl“. K neprospěchu je podle nich i informační boom a zahlcení informacemi z internetu (Benčková, Padyšáková, 2011, s. 38–42).

Podle autorky Kärner et al. existuje několik vysvětlení, proč je obtížné ovlivnit rizikové faktory pro rozvoj ICHS. Úprava životního stylu je složitý proces a přesvědčení pacientů o přínosu z přijetí aktivit na podporu zdraví je závislé na schopnosti stanovit si priority vlastní úpravy životního stylu (Kärner et al., 2005, p. 261–275). Autoři Angermayr, Melchart a Linde vidí situaci takto, zatímco jsou pacienti schopni soustředit se na změnu jednoho aspektu jejich života, změna několika aspektů najednou může být příliš obtížná. Z tohoto důvodu může intenzivní farmakoterapie kompenzovat výhody změny životního stylu více než další intervence (Angermayr, Melchart, Linde, 2010, p. 49–64).

2.2.1 Faktory vnějšího prostředí

Podle autorky Kärner et al. je rozhodujícím faktorem vnějšího prostředí bezpečný a snadný přístup ke sportovnímu zařízení v bezprostředním sousedství pacienta z hlediska realizovatelnosti, zahájení a následného dodržování fyzické aktivity (Kärner et al., 2005, p. 261–275). Autor Spáčil uvádí myšlenku, podle které by zdravotní pojišťovny měly mít větší možnost zvýhodňovat jedince, kteří se o své zdraví starají, a tím povzbuzovat jejich motivaci. Důležité je podle něj přesvědčit politiky k prosazování opatření vedoucích k dodržování „zdravého životního stylu“ (Spáčil, 2008, s. 203–205). Nátlak ze strany politických nařízení týkající se nekuřáckých prostor je i samotnými pacienty považován za usnadňující faktor v odvykání kouření. (Kärner et al., 2005, p. 261–275). Autor Govil et al. předkládá vlastní poznatek, který je v rozporu s tvrzením autorek Benčkové a Padyšákové a z něhož vyplývá, že výše socioekonomického statusu není pro dodržování „zdravého životního stylu“ rozhodující (Govil et al., 2009, p. 1263–1207). Sociální síť tvořená členy rodiny, přáteli, kolegy apod. je pro autorku Kärner et al. dalším důležitým faktorem, který může hrát roli v poskytování podpory a přizpůsobování se novým potřebám pacienta. Dále je sociálně-kulturní prostředí u různých etnických skupin důležité z hlediska výběru a používání potravin (Kärner et al., 2005, p. 261–275). Autor Corrigan et al. uvádí názor pacientů z Irské republiky, kde si tito pacienti, pokud mají příjem nad určitou hranici, musí péči u praktického lékaře plně hradit. Mylně se pak domnívají, že si je lékař zve příliš často, a to pouze z důvodu svého

vlastního obohacení, tím je jejich ochota spolupracovat narušena (Corrigan et al., 2006, p. 1–10).

2.2.2 Faktory intrapersonální

Pokud jde o úpravu životního stylu, je třeba eliminovat příznaky bolesti a zvýšit tělesnou i duševní pohodu. Tyto tělesné signály se některým pacientům zdály jako podnět ke změně chování bez ohledu na to, zda samotný signál zažili v pozitivním či negativním smyslu. Negativní (bolest) nebo pozitivní signály (pocit pohody) by mohly povzbudit podporu „zdravého chování“. Tělesné signály však mohou fungovat i jako překážky při změně chování vedoucí k podpoře zdraví. Typickým příkladem je fyzická neschopnost či vedlejší účinky léků, se kterými mohli mít pacienti zkušenost. Je zajímavé i zjištění, že pokud tyto signály pacienti nezažili, pak pro ně úpravy životního stylu nebyly považovány za důležité (Kärner et al., 2005, p. 261–275). Autoři Gillespie a Lenz dospěli k závěru, že osobní víra pacienta ve „zdravý životní styl“ může být snížena v důsledku zvýšeného povědomí o čase a úsilí, které jsou potřeba vynaložit k udržení „zdravého životního stylu“ (Gillespie, Lenz, 2011, p. 1–5). Přehodnocení žebříčku životních hodnot je pro autorku Kärner et al. také důležité pro přijetí aktivního rozhodnutí dosáhnout změny. Popudem je uvědomění si, že KVO jsou opravdu vážným důvodem. Strach ze zdravotních problémů a úmrtí souvisejícím s kardiovaskulárním onemocněním byl pacienty uznán jako argument pro změnu chování. Negativně na úpravu životního stylu ovšem působí snížená sebeúcta. Tato emoce vyjádřená pocitem poklesu vlastního významu zapříčinila rezignaci (Kärner et al., 2005, p. 261–275). Podle autorky Kitzlerové představuje riziko zhoršené ochoty spolupráce depresivní porucha. Pacienti s depresí mají díky povaze onemocnění potíže zastávat běžné každodenní činnosti a vliv rizikových faktorů KVO se tak prohlubuje (změny v dietních návycích, zvýšený počet vykouřených cigaret, neschopnost jakékoliv fyzické aktivity). Takto způsobená non-compliance při užívání terapie kardiovaskulárních onemocnění zvyšuje riziko náhlých srdečních příhod (Kitzlerová, 2012, s. 73–77).

Ponaučení na závěr kapitoly, které uvádí autor De Backer na podkladě studie EUROASPIRE II (studie Evropské kardiologické společnosti), naznačuje potřebu

věnovat více energie a zdrojů studiu překážek, které brání pacientům v plnění pokynů. Následujícím krokem je vypracování strategií k překonávání těchto překážek. Některé problémy jsou sice univerzální, ale jiné se autorovi zdají jako endemické pro konkrétní evropské regiony a mohou se objevit nejen na úrovni pacienta, ale i lékaře, zdravotnického zařízení či celého systému zdravotní péče (De Backer, 2002, p. 13–17).

3 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE V PRIMÁRNÍ PÉČI A ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY

Poslední kapitola se věnuje významu sekundární prevence, rozdílům mezi oficiálními doporučeními a klinickou praxí, začlenění sekundární prevence do primární péče a možnostem všeobecných sester při uplatňování zásad sekundární prevence.

Klinické praxe uznávají řadu farmakologických a hygienicko-dietetických opatření, která jsou efektivní pro sekundární prevenci u pacientů s KVO. Přesto ještě stále existuje značný prostor pro zlepšení opatření k zajištění dodržování sekundární prevence u pacientů po infarktu myokardu. Dodržování doporučené léčby má příznivý vliv na vývoj u těch pacientů, kteří ji dodržují. Zvláště u pacientů s ischemickou chorobou srdeční mají doporučení klinických pokynů v sekundární prevenci příznivý vliv na morbiditu i mortalitu v navazujícím období. Jedním z nejdůležitějších hledisek je kontinuita péče po propuštění z nemocnice (Muñiz et al., 2010, p. 1–9). Názor dalšího autora koreluje s předchozím. Změny životního stylu mohou upravit ischemická onemocnění srdce a významně přispívají ke snížení kardiovaskulární mortality u již zjištěné ischemické choroby srdeční. K dispozici jsou důkazy, které jasně ukazují, že odvykání kouření, více fyzické aktivity, redukce hmotnosti, omezení konzumace alkoholu a zdravá strava hrají roli v sekundární prevenci ICHS (Batić-Mujanović et al., 2008, p. 79–85). Dlouhodobé dodržování „zdravého životního stylu“ ale nadále zůstává nejobtížnějším problémem sekundární prevence ICHS (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314). Výsledky studií Evropské kardiologické společnosti EUROASPIRE I-III o nárůstu obezity a nezměněném počtu kuřáků, které uvádí autor Vrablík, potvrzují skutečnost z každodenní praxe. Stále se totiž nedaří prosazování úprav životního stylu ani v primární, ani ve specializované péči a tento problém tak patří k nejobtížnějším úkolům. Avšak na druhou stranu, tedy podle autora Vrablíka, nelze tvrdit, že příčinou reziduálního rizika je pouze selhání režimových opatření (Vrablík, 2010, s. 135–138). I další z autorů, De Backer, popisuje výsledky studie EUROASPIRE II, které dokazují špatné začlenění sekundární prevence ICHS do klinické praxe. Uvedené výsledky tento autor označil jako zklamání a věří, že se jednalo pouze o neschopnost zařadit doporučení týkající se režimových opatření do praxe v relativně krátké době. Ačkoliv, odvykání kouření se doporučuje

již mnoho let a přitom se nezdá, že by tyto rady měly nějaký pozitivní dopad. Srovnání s předchozí studií EUROASPIRE I předložené tímto autorem prokázalo i značný nárůst obezity. Díky vzestupu v používání hypolipidemické léčby došlo alespoň k poklesu prevalence celkového cholesterolu (De Backer, 2002, p. 13–17). Prohlášení uvedené ve výsledku evropských studií EUROASPIRE I-III o zbytečnosti zachraňovat akutní infarkt myokardu bez řešení zásadních příčin tohoto onemocnění způsobených životním stylem použil autor Scrutinio, aby zdůraznil význam úpravy životního stylu a sekundární prevence ischemické choroby srdeční. Rozdíly mezi pokyny pro sekundární prevenci a klinickou praxí podle tohoto autora vybízejí k přijímání účinnějších modelů v rámci sekundární prevence, a to v oblasti úpravy životního stylu u pacientů s ICHS. I přes ohromující důkazy o výhodách lze ale vlastní přijetí „zdravého životního stylu“ obecně považovat za hlavní problém (Scrutinio, 2010, p. 1–13). Pro autora Cole et al. je efektivita intervencí životního stylu v rámci sekundární prevence ICHS poněkud nejasná. Přesto podtrhuje význam sekundární prevence, která by měla být zásadním aspektem péče o pacienta s ICHS, poněvadž vlivem úpravy životního stylu dojde k pozitivní změně průběhu tohoto onemocnění (Cole et al., 2011, p. 1–25). Díky tomuto poznatku byla celosvětově prosazována multidisciplinární opatření zaměřená na více faktorů životního stylu. Avšak na podkladě systematických přehledů založených na nejlepších dostupných důkazech byly do těchto opatření začleněny fyzická aktivita, úprava stravy, odvykání kouření a farmakoterapie (Cole et al., 2011, p. 1–25). Autor Scrutinio et al. také vyzdvihuje význam intenzivního, komplexního a dlouhodobého programu sekundární prevence, tentokrát v souvislosti s hrozícími recidivami po infarktu myokardu. Podle tohoto autora jsou multifaktoriální intervence po IM efektivní jak ve zlepšení v dodržování „zdravého životního stylu“ a užívání léků, tak ve snížení počtu závažných kardiovaskulárních příhod. Intervence by měly být zaměřeny na snížení disability, optimalizaci kardiovaskulárního rizika pomocí farmakoterapie a na podporu „zdravého chování“. Návyky „zdravého životního stylu“ podle něj musí být uznány za způsobilé k podstatnému snížení rizika kardiovaskulární příhody u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Programy sekundární prevence, jež zahrnují výše uvedené intervence, uznává tento autor za nedílnou součást komplexní péče o pacienty s ischemickou chorobou srdeční (Scrutinio et al., 2009, p. 297–314). Výsledky studie autorky Batić-Mujanović et al. rovněž prokázaly „nezdravý životní

styl“ u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Autorka tak poukazuje na potřebu větší efektivity týmů v primární péči při intervencích vedoucích k úpravě životního stylu a tím ke snížení rizika následných koronárních příhod u pacientů s ICHS. Integrace komplexní úpravy životního stylu do standardních programů, zaměřených na redukci kardiovaskulárního rizika, je podle této autorky prvním nezbytným krokem ke zlepšení péče o pacienty s ischemickou chorobou srdeční (Batić-Mujanović et al., 2008, p. 79–85). Dosažení „zdravého životního stylu“ zůstává nejvíce obtížným problémem v sekundární prevenci ICHS. Autor Scrutinio se zamýšlí nad tím, není-li to již předem prohraný boj. Výsledky studií EUROACTION (celoevropský projekt preventivní kardiologie) a GOSPEL (italská studie sekundární prevence po IM) však podle něj naznačují, že docílení terapeutických změn životního stylu u pacientů s ICHS ve válce proti recidivám koronárních příhod bitvou prohranou není (Scrutinio, 2010, p. 1–13).

3.1 Začlenění sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění do primární péče

Intervence ke změně chování a úpravě životního stylu jsou nedílnou součástí primární péče. Mnohá šetření však prokázala vysokou převahu „nezdravého životního stylu“ u pacientů s ischemickou chorobou srdeční. O současných prvcích životního stylu v rámci sekundární prevence ICHS je toho mezi pacienty v primární péči známo jen málo (Batić-Mujanović et al., 2008, p. 79–85). Autorka Kärner et al. zdůrazňuje potřebu rozhovoru mezi pacienty a všeobecnými sestrami nebo jinými odborníky zdravotnické péče. Konverzace se má zaměřit na to, jak pacienti myslí, cítí a jednají ve vztahu k významným zásahům do jejich dosavadního životního stylu. Autorka se domnívá, že je důležité zaměřit se na faktory, které změny usnadňují a jejichž cílem je pacienty povzbudit. Je však třeba prodiskutovat i faktory limitující, kde pacienti potřebují podporu a porozumění v jejich situaci. To může motivovat ke spolupráci v poradenství a léčbě (Kärner et al., 2005, p. 261–275). Pro autora Corrigan et al. je důležité znát socioekonomickou situaci a zdravotní názory svých pacientů, díky tomu lze o nich získat více informací a přizpůsobit tak individuálně rady týkající se úprav životního stylu. Problémem jsou podle tohoto autora jen ti pacienti,

kteří již „zdravý životní styl“ dodržují, nebo starší lidé zastávající názor, že je pro ně už příliš pozdě na přijetí tak významných změn. Pro tyto pacienty neumí nalézt dostačující motivaci (Corrigan et al., 2006, p. 1–10). Poradenství v oblasti životního stylu by mělo být konzistentní, brát v úvahu současné zvyky pacienta a jakékoli změny šít přímo na míru jednotlivce (Skinner, Cooper, Feder, 2007, p. 862–864). Pacienti by měli být poučeni, jak mohou pomocí pravidelné fyzické aktivity dostatečně zvýšit zátěžovou kapacitu (snižuje celkovou úmrtnost) a stupňovat fyzickou aktivitu do 20 – 30 min/den, ale pouze do mírné dušnosti. Při vyjádření touhy přestat kouřit je nezbytné jim nabídnout poradenství a farmakoterapii. Ve stravě by podle autorů Skinnera, Coopera a Federa měli upřednostnit středomořský styl, kde převládá chléb, ovoce, zelenina a ryby. Máslo a sýr je třeba nahradit rostlinnými výrobky včetně rostlinných olejů, dále je nezbytné konzumovat omega-3 mastné kyseliny a omezit příjem alkoholu. Pacienti by měli být instruováni, jak dosáhnout a udržet „zdravou tělesnou váhu“, při nadváze či obezitě opět obdržet nabídku odborného poradenství. Také by měli být informováni o nevhodnosti užívání přípravků obsahujících beta-karoten, které mohou zvýšit riziko úmrtí z kardiovaskulárních příčin (Skinner, Cooper, Feder, 2007, p. 862–864). Autorka Vilánková et al. také zmiňuje potřebu podrobné konzultace dosavadního životního stylu pacienta, jeho zvyklostí ve stravě a pohybové aktivitě. Kuřákům je třeba nabídnout kontakt na specializovaná pracoviště pro odvykání kouření, podnět k zamezení kouření je každopádně nezbytný a pacient musí být poučen o snížení míry rizika po zanechání kouření. Veškeré informace je požadováno podávat opakovaně. Nutné je vytrvat v dodržování dietních opatření i fyzické aktivity, bez toho by nebyly tyto intervence v boji proti KVO dostatečně účinné. Klíčové je podle autorky Vilánkové et al. vytyčení dílčích cílů. Je třeba určit, které úkoly by měl pacient zvládnout do příští kontroly a které cíle jsou naopak dlouhodobé. Realizovatelnost stanovených cílů je jedním z nejpodstatnějších pravidel, na kterém závisí spolupráce pacienta. Průběžně by měly být vyhodnocovány úspěšné i neúspěšné snahy pacienta na úpravě jeho životního stylu a doporučení následně přizpůsobit aktuálnímu stavu (Vilánková et al. 2010, s. 501–503).

3.2 Možnosti všeobecných sester při uplatňování zásad sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění

Jako poskytovatelé zdravotní péče, jež jsou vyškoleni v oblasti propagace zdraví, edukace a v komunikačních dovednostech, jsou všeobecné sestry v primární péči ideální pro realizaci těchto strategií v jejich skupině pacientů (Cobb, Brown, Davis, 2006, p. 31–39). Edukace je především úkolem všeobecných sester. Spoustu informací dostává pacient od lékaře, ale velké množství z nich je pro něj těžce srozumitelných a jejich zopakování a opětovné vysvětlení všeobecnou sestrou rozhodně není marné. Záleží pak jen na samotném pacientovi, zda upraví své chování podle zásad „zdravého životního stylu“ a sníží tak vlastním přičiněním riziko KVO (Vilánková et al., 2010, s. 501–503). Všeobecná sestra v bezprostřední péči o pacienta může využít své znalosti jeho osoby i jeho rodiny, aby přizpůsobila péči a projednala cíle a plány činností přijatelné pro konkrétního jednotlivce. Autoři Cobb, Brown a Davis si myslí, že i všeobecná sestra může pomoci odstranit rozdíl mezi doporučeními, jež jsou založena na důkazech, a skutečnou klinickou praxí zavedením vzdělávacích programů ve zdravotnické praxi a v komunitě, podporou veřejné politiky a politiky na pracovišti, která schvaluje „zdravý životní styl“ a provádí nové výzkumy ve snaze kontrolovat a léčit kardiovaskulární onemocnění. Pomocí těchto strategií může všeobecná sestra podpořit pozitivní změny k minimalizaci vlivu ICHS na zdraví jednotlivce a vytvářet zdravější společnost (Cobb, Brown, Davis, 2006, p. 31–39). Všeobecné sestry mají během své praxe možnost působit v primární i v sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Zde mají podle autora Warrena hlavní příležitost pokrýt pacientovu potřebu informací. Snížená prevalence kouření, postupy v primární i v sekundární prevenci vedou sice ke snížení počtu úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, lze ale učinit více a v čele jsou právě sesterské postupy. (Warren, 2008, p. 12–16). Ve studii autorek Suri, Tincey a Gupta sledují všeobecné sestry pacienta s ICHS po prodělané koronární příhodě během šesti měsíců poté. Jejich intervence zahrnují maximálně čtyři návštěvy pacienta během tohoto období, zaměřují se na „zdravý životní styl“ s využitím současných pokynů a podporují několik zásadních modifikovatelných cílů k ovlivnění ICHS. Sesterské intervence se v této studii týkaly kontroly hodnoty systolického krevního tlaku, hladiny LDL cholesterolu, pravidelné fyzické aktivity, konzumace ovoce a zeleniny, kouření,

hodnoty BMI, včetně obvodu pasu, a farmakoterapie. Studie těchto autorek poskytuje další důkazy o účinnosti programů vedených všeobecnými sestrami na zlepšení sekundární prevence ICHS modifikací rizikových faktorů. Základním rozdílem mezi těmito programy a běžným ambulantním sledováním prováděným lékaři, jež jsou specializováni v oboru kardiologie, je, že sestry jsou vyškolené a schopné soustředit se na rizikové faktory podílející se na ICHS a jsou zvláště vhodné k těmto rolím pro jejich dovednosti v komunikaci a schopnosti pro rozvoj změny chování u pacientů. Sestry jsou dále vyškolené poskytovat podporu a poradenství pro pacienty a působit jako zdroj informací o jejich onemocnění. Pokud by se tyto programy vedené sestrami zavedly plošně do klinické praxe, mohly by mít potenciál ke snížení zátěže kardiovaskulárních onemocnění v celé Evropě (Suri, Tincey, Gupta, 2010, p. 44–49). Autor Niederle také popisuje úkoly a kompetence všeobecných sester, tentokrát sester specialistek, které mohou edukovat pacienta i jeho rodinu či přátele o dietních opatřeních a okruzích problémů spojených s životním stylem, a pomocí psychologického přístupu zajistit dlouhodobou adherenci k léčbě. Díky své kvalifikaci naučí pacienta jak upravit dosavadní životní styl, pomohou odstranit škodlivé návyky a poskytnou jim další potřebnou podporu. Častější návštěvy a vhodná úprava léčby pak vedou ke zvýšení kvality života pacientů s ICHS, ke sníženému množství opakovaných hospitalizací a v neposlední řadě k prodloužení života (Niederle, 2006, s. 134–139). Autorky Benčková a Padyšáková opět zdůrazňují význam všeobecné sestry jako důležitého faktoru při rozšiřování a aktivaci preventivních programů, a to díky svému bezprostřednímu intenzivnímu spojení s jednotlivci, jejich rodinami a komunitami ve zdraví i nemoci (Benčková, Padyšáková, 2011, s. 38–42). I podle autorky Vilánkové je to opět všeobecná sestra, která hraje velkou roli v oblasti kardiovaskulární prevence, poněvadž je zapojena do všech fází péče o pacienta. Právě motivační a edukační role všeobecné sestry je mnohdy rozhodující pro dlouhodobý úspěch opatření v sekundární prevenci. Dále autorka Vilánková et al. popisuje nezastupitelnou roli všeobecné sestry v oblasti edukace pacientů. Je to ona, kdo opakovaně informuje každého vysoce rizikového pacienta, mezi které jsou řazeni pacienti po prodělaném infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě nebo pacienti bez anamnézy KVO, ale zato s vysokým rizikem v důsledku kumulace rizikových faktorů. Edukace je zaměřena na zásady úprav životního stylu k redukci kardiovaskulárního rizika. Nezbytnou součástí takové edukace je i vysvětlení vlastního

kardiovaskulárního onemocnění a příčin jeho vzniku (Vilánková et al., 2010, s. 501–503).

DISKUSE

Většina autorů uvedených v této práci popisuje KVO z pohledu ICHS jako nejčtenější formy tohoto onemocnění. Shodují se v názoru, že se jedná o onemocnění s nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích západní civilizace, včetně České republiky (Cobb, Brown, Davis, 2006; O'Keefe, Carter, Lavie, 2009b; Sovová, 2012a; Špinar, Vítovec, 2007). Někteří autoři vyjadřují zklamání nad tím, že i přes rozvoj nejen lékařské vědy se stále nedaří u těchto onemocnění snížit morbiditu ani mortalitu (O'Keefe, Carter, Lavie, 2009b; Spáčil, 2008; Špinar, Vítovec, 2007). Na podkladě poznatků z četných studií (EUROACTION, EUROASPIRE I-III, CAM-2-Project, GOSPEL, INTERHEART) přitom potvrzují pozitivní ovlivnění prognózy KVO cestou úpravy životního stylu a působením na modifikovatelné rizikové faktory (Batić-Mujanović et al., 2008; Cole et al., 2011; Petřlová, Rosolová, 2004; Scutininio et al., 2009). Nefarmakologickými intervencemi v oblasti těchto ovlivnitelných rizikových faktorů (např. kouření, strava a fyzická aktivita) lze snížit riziko kardiovaskulárních příhod (Batić-Mujanović et al., 2008; Petřlová, Rosolová, 2004; Scutininio et al., 2009). Bohužel však dochází plošně k nárůstu obezity, fyzické inaktivity a DM, které počet úmrtí navyšují (Cole et al., 2011; O'Keefe, Carter, Lavie, 2009a). Jediný autor vyjádřil nesouhlas s těmito názory, podle něj jsou KVO účinněji řízeny farmakoterapií než ovlivněním rizikových faktorů (Wister et al., 2007).

Úprava životního stylu vedoucí k minimalizaci rizik spojených s KVO je středem zájmu dnešní společnosti. Postupným působením na jednotlivé rizikové faktory můžeme snížit počet úmrtí i opakujících se koronárních příhod. Například ovlivněním rizikového faktoru kouření je možné snížit úmrtnost na KVO až o 30 %. Zvláště významně snižuje odvykání kouření mortalitu po prodělaném infarktu myokardu (Kärner et al.; Scutininio et al., 2009; Scutininio, 2010; Vítovec, Špinarová, Špinar, 2011). Pravidelná fyzická aktivita je také velice důležitou součástí intervencí při úpravě životního stylu. Z pohledu KVO je schopna ovlivnit více rizikových faktorů najednou. Mezi tyto faktory autoři řadí obezitu, hladinu cholesterolu, hodnotu krevního tlaku a hodnotu glykemie (anonymous, 2010; Scutininio et al., 2009; Scutininio, 2010; Vilánková et al., 2010). Jedna autorka navíc připomíná pozitivní vliv fyzické aktivity na náladu, posílení sebevědomí a tím i ovlivnění deprese (Kitzlerová,

2012). Vždy je důležitý osobní přístup a posouzení individuálních možností aktivního pohybu u každého pacienta (Vilánková et al., 2010). Podobně je to se stravovacími návyky. Úpravou jídelníčku můžeme docílit snížení hladiny krevních lipidů, hladiny glykemie a poklesu hodnoty krevního tlaku. Ve stravě je nutné omezit kalorický příjem, nenasycené tuky, sůl, alkohol a zařadit více zeleniny a ovoce, celozrnných výrobků a zahrnout i konzumaci omega-3 mastných kyselin (Scrutinio et al., 2009; Scrutinio, 2010; Spáčil, 2008; Vítovec, Špinarová, Špinar, 2011). Takto vyvážená strava, označovaná jako „středomořská“, je ve výčtu uvedených autorů zmíněna pouze u dvou z nich (Cole et al., 2011; Scrutinio, 2010).

Psychosociální faktory a deprese také podle některých autorů zaujímají vysokou pozici mezi rizikovými faktory kardiovaskulárních onemocnění (Kitzlerová, 2012; O'Keefe, Carter, Lavie, 2009; Scrutinio et al., 2009). Tito činitelé ovlivňují KVO primárně, jako samostatný rizikový faktor, i sekundárně, kdy na podkladě charakteru tohoto onemocnění není pacient schopen dodržovat požadované návyky „zdravého životního stylu“ (Kitzlerová, 2012).

Pro upevnění zvyklostí „zdravého životního stylu“, k odbourání přítomných rizikových faktorů a tím ke snížení kardiovaskulárního rizika je mnoha autory doporučována srdeční rehabilitace, která by měla navazovat na ústavní léčbu po prodělané koronární příhodě (Hsin-Hsin et al., 2009; Kärner et al., 2005; Scrutinio et al., 2009; Skinner, Cooper, Feder, 2007; Vítovec, Špinarová, Špinar, 2011). Tato rehabilitace pomáhá celkově snížit invaliditu plynoucí z onemocnění ICHS. Programy srdeční rehabilitace tak mají být nedílnou součástí komplexní péče o takového pacienta a měly by počítat s účastí i rodinného příslušníka nebo osoby, která se spolupodílí na poskytované péči (Scrutinio et al., 2009; Skinner, Cooper, Feder, 2007). Problémem při dostupnosti srdeční rehabilitace může být malý počet doporučených pacientů, nedostatečná úhrada výdajů za péči, nezájem pacientů či geografická nedosažitelnost (Scrutinio et al., 2009). V souvislosti se srdeční rehabilitací dva autoři zmiňují termín „terapeutické změny životního stylu“, které zahrnují pravidelnou fyzickou aktivitu, odvykání kouření a zdravé stravovací návyky (Hsin-Hsin et al., 2009; Scrutinio, 2010).

Při celkovém pohledu na tuto situaci někteří autoři doporučují pokračovat ve zkoumání vhodných intervencí při snižování kardiovaskulárního rizika z důvodu nedostatečných informací a špatných metod, z dostupných důkazů je zřejmý neuspokojivý a málo

účinný zásah v oblasti úprav životního stylu a je potřeba rozluštit překážky bránící těmto aktivitám (Angermayr, Melchart, Linde, 2010; Cole et al., 2011; De Backer, 2002). Právě tyto překážky jsou tématem mnoha autorů (Ben-Arye et al., 2007; Cole et al., 2011; Gillespie, Lenz, 2011; Muñiz et al., 2010; Kärner et al., 2005; Vrablík, 2010). Spolupráce pacienta na úpravě životního stylu je velice limitující faktor. Při úpravě životního stylu může být na pacienta kladeno více požadavků, než je schopen zvládat (Angermayr, Melchart, Linde, 2010; Benčková, Padyšáková, 2011; Kärner et al., 2005). Míra motivace pacienta je závislá i na faktorech vnějšího prostředí, mezi které můžeme řadit infrastrukturu, politické aktivity, způsob hrazení péče, a na faktorech intrapersonálních, kam autoři zahrnuli tělesné signály, osobní žebříček hodnot či přidružené onemocnění (Corrigan et al., 2006; Kärner et al., 2005; Spáčil, 2008). V názoru na socioekonomický status jako limitující faktor se autoři rozcházejí (Benčková, Padyšáková, 2011; Govil et al., 2009).

Sekundární prevence KVO je nedílnou součástí primární péče. O významu sekundární prevence není mezi autory pochyb (Batić-Mujanović et al., 2008; Cole et al., 2011; Scrutinio et al., 2009; Scrutinio, 2010). Zároveň jsou si však vědomi, jak těžký je tento úkol při prosazování v každodenní praxi (De Backer, 2002; Vrablík, 2010). Uplatňování zásad „zdravého životního stylu“ v praxi se stále nedaří a důkazem toho jsou výsledky studií EUROASPIRE I-III. Zdůrazňována je větší potřeba komunikace, dokonalá znalost pacienta po stránce jeho osobních názorů i seznámení se s jeho sociálním okolím. Kdo jiný, než zdravotník, by se měl zaměřit na holistický pohled. Jen díky tomu je možné jednotlivé intervence navrhnout zcela individuálně tak, aby byly účinné co nejvíce (Corrigan et al., 2006; Kärner et al., 2005).

Všeobecnou sestru uznává spousta autorů jako ideálního prostředníka při uplatňování zásad „zdravého životního stylu“ (Benčková, Padyšáková, 2011; Cobb, Brown, Davis, 2006; Niederle, 2006; Suri, Tincey, Gupta, 2010; Vilánková et al., 2010; Warren, 2008). Jsou to ony, kdo je s pacientem a jeho rodinou v nejužším kontaktu, mají lepší komunikační dovednosti a jsou schopné přesvědčit pacienta ke změnám v jeho dosavadním životním stylu. Jsou připravené uspokojit pacientovu potřebu informací a poskytnout psychickou podporu. Takto může všeobecná sestra podpořit pozitivní změny k minimalizaci vlivu ICHS na zdraví jednotlivce a vytvářet zdravější společnost (Cobb, Brown, Davis, 2006).

ZÁVĚR

Záměrem a také hlavním cílem práce bylo podat informace v oblasti úprav životního stylu nutných u pacientů s kardiovaskulárními onemocněními. Dílčí cíle měly objasnit problematiku v jednotlivých oblastech.

První cíl sledoval nefarmakologické zásahy u ovlivnitelných rizikových faktorů. Dohledáním informací byly zjištěny intervence v oblasti rizikových faktorů kouření, fyzické aktivity a stravovacích návyků. Pomocí těchto zásahů bylo možno pozitivně ovlivnit prognózu kardiovaskulárních onemocnění a snížit riziko následných komplikací. Jako komplexní péče, zahrnující všechny tyto intervence, včetně posílení nově vytvořených zvyklostí „zdravého životního stylu“, byla doporučována srdeční rehabilitace. Jako samostatný faktor ovlivňující kardiovaskulární onemocnění byly zmíněny psychosociální stres a deprese.

Druhý cíl byl zaměřen na motivaci a ovlivňující faktory motivace. Byly nalezeny potíže s přijetím „zdravého životního stylu“, který je doporučován v klinických pokynech, ale v praxi velmi těžko dodržován. Motivace pacienta závisela na mnoha faktorech. Podle dohledaných informací byly těmito okolnostmi označeny intrapersonální faktory pacienta (žebříček životních hodnot, tělesné signály, jiné onemocnění) a faktory vnějšího prostředí (infrastruktura, politické aktivity, způsob hrazení péče).

Třetím cílem bylo předložit informace spojené s uplatňováním zásad sekundární prevence. I tady byly nalezeny problémy a zařazení sekundární prevence do praxe bylo označeno jako jeden z nejobtížnějších úkolů. Nicméně význam sekundární prevence nebyl nijak zpochybněn. Všeobecné sestry byly opakovaně jmenovány velmi důležitým zprostředkovatelem sekundární prevence.

Na základě splnění v práci stanovených cílů lze konstatovat, že dohledané poznatky potvrzují filozofii pozitivního dopadu „zdravého životního stylu“ na ovlivnění prognózy kardiovaskulárních onemocnění a následných komplikací účinnými zásahy v oblasti ovlivnitelných rizikových faktorů. Důležitým úkolem zůstává efektivnější uplatňování zásad sekundární prevence v praxi. Jako významný činitel v této oblasti

mohou právě všeobecné sestry minimalizovat vliv kardiovaskulárních onemocnění nejen na zdraví jednotlivce, ale i celé populace.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. ANGERMAYR, L., MELCHART, D., LINDE, K. 2010. Multifactorial Lifestyle Interventions in the Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes Mellitus-A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Annals of Behavioral Medicine*. 2010, (40), 49–64. ISSN 1532–4796.
2. The health benefits of power and strength training. *Strength and Power Training* [online]. 2010, 6–14. [cit. 2012–10–20]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=67eb7f01-779d-431b-ae75-516e47a41b97%40sessionmgr115&vid=10&hid=117>
3. BATIĆ-MUJANOVIĆ, O., GAVRAN, L., HASANAGIĆ, M., ČERNI, E. 2008. Gender differences in lifestyle components among patients with coronary heart disease. *Acta Medica Academica* . 2008, **37**(2), 79–85. ISSN 1840–848.
4. BEN-ARYE, E., LEAR, A., HERMONI, D., STASHEFSKY MARGALIT, R. 2007. Promoting Lifestyle Self-Awareness Among the Medical Team by the Use of an Integrated Teaching Approach: A Primary Care Experience. *The journal of alternative and complementary medicine*. 2007, **13**(4), 461–469. ISSN 1557–7708.
5. BENČEKOVÁ, Anna., PADYŠÁKOVÁ, Hana. 2011. Programy na prevenciu kardio-vaskulárnych ochorení v SR. In: Jaroslav STANČIAK, Lada CETLOVÁ (eds.). *Jihlavské zdravotnícké dny 2011*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, s. 38–42. ISBN 978–80–87035–37–5.

6. COBB, S. L., BROWN, D. J., DAVIS, L. L. 2006. Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2006, **18**(1), 31–39. ISSN 1745–7599.
7. COLE, J. A., SMITH, S. M., HART, N., CUPPLES, M. E. 2011. Systematic Review of the Effect of Diet and Exercise Lifestyle Interventions in the Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Cardiology Research and Practice*. 2011, 1–25. ISSN 2090–0597.
8. CORRIGAN, M., CUPPLES, M. E., SMITH, S. M., BYRNE, M., LEATHEN, C. S., CLERKIN, P., MURPHY, A. W. 2006. The contribution of qualitative research in designing a complex intervention for secondary prevention of coronary heart disease in two different healthcare systems. *BMC Health Services Research*. 2006, (6), 1–10. ISSN 1472–6963.
9. De BACKER, G. 2002. Evidence-based goals versus achievement in clinical practice in secondary prevention of coronary heart disease: findings in EUROASPIRE II. *Atherosclerosis Supplements*. 2002, **2**(4), 13–17. ISSN 0021–9150.
10. GILLESPIE, N. D., LENZ, T. L. 2011. Implementation of a Tool to Modify Behavior in a Chronic Disease Management Program. *Advances in Preventive Medicine*. 2011, 1–5. ISSN 2090–3499.
11. GOVIL, S. R., WEIDNER, G., MERRITT-WORDEN, T., OMISH, D. 2009. Socioeconomic Status and Improvements in Lifestyle, Coronary Risk Factors, and Quality of Life: The Multisite Cardiac Lifestyle Intervention. *American Journal of Public Health*. 2009, **99**(7), 1263–1270. ISSN 1541–0048.

12. HSIN-HSIN, L., YUN-FANG, T., PYNG-JING, L., PEI-KWEI, T. 2010. Effects of a therapeutic lifestyle-change programme on cardiac risk factors after coronary artery bypass graft. *Journal of Clinical Nursing*. 2010, **19**(1–2), 60–68. ISSN 1365–2702.
13. KÄRNER, A., TINGSTRÖ, M. P., ABRANDT-DAHLGREN, M., BERGDAHL B. 2005. Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, **51**(3), 261–275. ISSN 1365–2648.
14. KITZLEROVÁ, Eva. 2012. Deprese a kardiovaskulární onemocnění. *Interní medicína pro praxi*. 2012, **14**(2), 73–77. ISSN 1803–5256.
15. MUNIZ, J., GÓMEZ-DOBLAS, J. J., SANTIAGO-PÉREZ, M. I., LEKUONA-GOYA, I., MURGA-EIZAGAETXEBARRÍA, N., DE TERESA-GALVÁN, E., CRUZ-FERNÁNDEZ, J. M., CASTRO-BEIRA, A. 2010. The effect of post-discharge educational intervention on patients in achieving objectives in modifiable risk factors six months after discharge following an episode of acute coronary syndrome, (CAM-2 Project): a randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010, (8), 1–9. ISSN 1477–7525.
16. NIEDERLE, Petr. 2006. Zlepšení v přístupu k ambulantní léčbě chronického srdečního selhání. *Kardiológia*. 2006, **15**(3), 134–139. ISSN 1336–2429.
17. O'KEEFE, J. H., CARTER, M. D., LAVIE, C. J. 2009a. Primary and Secondary Prevention of Cardiovascular Diseases: A Practical Evidence-Based Approach. *Mayo Clinic Proceedings*. 2009, **84**(8), 741–757. ISSN 0025–6196.

18. O'KEEFE, J. H., CARTER, M. D., LAVIE, C. J. 2009b. Primární a sekundární prevence kardiovaskulárních onemocnění - Praktický přístup založený na důkazech. *Medicína po promoci*. 2009, **10**(6), 16–32. ISSN 1212–9446.
19. PETRLOVÁ, Barbora, ROSOLOVÁ, Hana. 2004. Co přinášejí nová doporučení pro prevenci a léčbu kardiovaskulárních nemocí pro každodenní praxi? *Interní medicína pro praxi*. 2004, (4), 171–174. ISSN 1803–5256.
20. SCRUTINIO, D. 2010. The Potential of Lifestyle Changes for Improving the Clinical Outcome of Patients with Coronary Heart Disease: Mechanisms of Benefit and Clinical Results. *Reviews on Recent Clinical Trials*. 2010, **5**(1), 1–13. ISSN 1876–038.
21. SCRUTINIO, D., TEMPORELLI, P. L., PASSANTINO, A., GIANNUZZI, P. 2009. Long-term secondary prevention programs after cardiac rehabilitation for the reduction of future cardiovascular events: focus on regular physical activity. *Future Cardiology*. 2009, **5**(3), 297–314. ISSN 1479–6678.
22. SKINNER, J. S., COOPER, A., FEDER, G. S. 2007. Secondary prevention for patients following a myocardial infarction: summary of NICE Guyance. *Heart*. 2007, **93**(7), 862–864. ISSN 1468–201X.
23. SOVOVÁ, Eliška, 2012a. Stabilní angina pectoris – nové trendy v léčbě. *Interní medicína pro praxi*. 2012, **14**(8–9), 298–302. ISSN 1803–5256.
24. SOVOVÁ, Eliška, et al. 2012b. *Vybrané kapitoly z vnitřního lékařství pro nelékařské obory*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 284 s. ISBN 978–80–244–3133–8.

25. SPÁČIL, Jiří. 2008. Každý den u nás umírá zbytečně nejméně 60 osob! *Vnitřní lékařství*. 2008, **54**(2), 203–205. ISSN 1801–7592.
26. SURI, A., TINCEY, S., GUPTA, S. 2010. Cardiovascular disease. *Practice Nurse*. 2010, **40**(9), 44–49. ISSN 0953–6612.
27. ŠPINAR, Jindřich, VÍTOVEC, Jiří et al. 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Praha: Grada Publishing, 2007. 256 s. ISBN 978–80–247–1822–4
28. ŠPINAR, Jindřich, VÍTOVEC, Jiří. 2010. Hypertenze a ischemická choroba srdeční. *Interní medicína pro praxi*. 2010, **12**(5), 260–269. ISSN 1803–5256.
29. VILÁNKOVÁ, Adéla, PRUSÍKOVÁ, Martina, VRABLÍK, Michal, ČEŠKA, Richard. 2010. Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. *Medicína pro praxi*. 2010, **7**(12), 501–503. ISSN 1803–5310.
30. VÍTOVEC, Jiří, ŠPINAROVÁ, Lenka, ŠPINAR, Jindřich. 2011. Sekundární prevence po infarktu myokardu – režimové a farmakologické postupy. *Interní medicína pro praxi*. 2011, **13**(5), 202–204. ISSN 1803–5256.
31. VRABLÍK, Michal. 2010. Reziduální riziko kardiovaskulárních onemocnění: od příčin k možnostem ovlivnění. *Postgraduální medicína*. 2010, **12**(2), 135–138. ISSN 1212–4184.
32. WARREN, E. 2008. An introduction to coronary heart disease. *Practice Nurse*. 2008, **36**(8), 12–16. ISSN 0953–6612.

33. WISTER, A., LOEWEN, N., KENNEDY-SYMONDS, H., MCGOWAN, B., MCCOY, B., SINGER, J. 2007. One-year follow-up of a therapeutic lifestyle intervention targeting cardiovascular disease risk. *Canadian Medical Association Journal*. 2007, **177**(8), 859–865. ISSN 1488–2329.