



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

Životní styl u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin před a po operaci

Vypracovala: Bc. Helena Rezková

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Teoretická východiska: Ischemická choroba dolních končetin je postižení tepen dolních končetin nejčastěji aterosklerózou. To má za následek postupné zužování až úplný uzávěr cév s následnou ischemií příslušné části dolní končetiny. Tyto změny mohou vést k invalidizaci jedince a omezení jeho běžného života. Teoretická část se zabývá životním stylem. Jsou zde rozpracované základní rizikové faktory chronické formy, kterými jsou zejména kouření, alkohol, strava bohatá na tuky a cholesterol, nedostatek pohybu a stres. Jedná se tedy především o faktory ovlivnitelné. Dále je popsána patofyziologie změn vzniklých na podkladě aterosklerózy a s tím související příčiny pro vznik onemocnění. Následně jsou objasněny způsoby klasifikace, rozpracovány klinické příznaky, diagnostika a léčba jak konzervativní, tak intervenční. Tato část obsahuje také pohled na roli sestry v péči o pacienta s ischemickou chorobou dolních končetin. Popisuje její práci v rámci primární i sekundární prevence, kde může i jejím působením dojít k úpravě nebo celkové změně životního stylu.

Cíle: Cílem práce bylo zhodnotit, nakolik pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin změnilo po invazivním cévním výkonu životní styl. Tedy konkrétně, jestli došlo u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin po prodělané operaci ke změně životního stylu. Zda byla či nikoli spouštěčem změny operace. Byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jak pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin přistupují k prevenci rizikových faktorů? Co je u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin hlavním impulzem pro případnou změnu stylu života? Jakou měrou ovlivňuje operační zákrok postoj pacienta k rizikovým faktorům pro vznik ischemické choroby dolních končetin? Jak zásadní je změna životního stylu u pacientů po operaci pro ischemickou chorobu dolních končetin?

Metody: Teoretická část diplomové práce je zpracovaná s použitím odborných zdrojů. Výzkum probíhal v nemocnici v Královéhradeckém kraji. Empirická část diplomové práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Zvolenou technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor s pacienty, ke kterému byly předem připravené otevřené otázky. Výzkum byl realizován v několika fázích –

první rozhovor probíhal při příjmu pacienta na oddělení (před operací), další fáze následovala za 3 měsíce a poslední za 6 měsíců od operace. Rozhovory byly zaznamenávány na připravený tiskopis, poté přepsány do elektronické podoby a analyzovány metodou otevřeného kódování.

Výsledky: Z výzkumného šetření vyplynulo, že operace může být v některých případech spouštěčem změny pacientova životního stylu. První rozhovory v předoperačním období se zaměřily na to, jak se respondenti cítí, jaký je jejich životní styl před plánovanou operací pro aterosklerotické změny na dolních končetinách. Výzkumné šetření odhalilo, že podstatná část pacientů nežila příliš zdravým způsobem. Kouřili, neměli správné stravovací návyky, měli nedostatek pohybové aktivity. Určitá skupina pacientů se snažila po diagnostikování nemoci změnit životní styl. Jedna z otázek byla zaměřená na znalosti pacientů o rizikových faktorech pro vznik ICHDK a o možné prevenci. Druhá fáze rozhovorů proběhla po 3 měsících od operačního zákroku. Zabývala se otázkou, jaký životní styl mají respondenti v tomto pooperačním období, zda došlo k nějakým změnám. V této fázi 2 respondenti prozradili, že zcela přestali kouřit, další uvedli omezení požitého alkoholu. Jisté pozitivní změny nastaly ve stravování a příznivé obraty přišly i v pohybové aktivitě. Co se týká vnímání změny, bylo odkryto mnoho zajímavého, hlavně v nahlížení na provedené změny a rovněž na náročnost změny. Třetí etapa byla provedena po šesti měsících od operace, opět s cílem zjistit změny v životním stylu. Drobné změny přišly v oblasti kouření, v otázce stravování a pohybovou aktivitu potvrdilo všech 8 respondentů. Dotazy se orientovaly i na psychologickou rovinu, zjišťovali jsme, kdo pacientům pomáhá a co je nejvíce motivovalo v uskutečňování změny. Prodělaná operace u třetiny dotazovaných vedla ke změně životního stylu, převážně v oblasti kuřáckých zlovyků. Poslední závěrečná/sumarizační otázka směřovala k tomu, aby pacienti svobodně rozhodli, nakolik se jim podařilo změnu uskutečnit. V průměru se pacienti ohodnotili známkou 4,2.

Závěr: Počet pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin a jinými kardiovaskulárními chorobami stoupá. Je proto potřeba, zaměřit se na změnu komplexně. Základem je začít od ovlivnitelných rizikových faktorů, tedy kuřáctví,

dietních zvyklostí, pohybové aktivity. Z tohoto důvodu je vhodné začít tuto problematiku řešit ještě před rozvojem změn, v nejzazším případě před plánovaným operačním zákrokem. Podíl na změně mají i zdravotníci, kteří se snaží vhodnou edukací pacienta posunout blíže změně. Problém nastává, pokud pacient i přes podporu blízkých nezvládá uskutečnit zvrát ve svém životě. Zde by měl opět nastoupit zdravotník a nabídnout pacientovi odbornou pomoc ke zvládnutí tohoto důležitého kroku.

Využití pro praxi: Cílem práce je upozornit na rozšíření edukace o změně životního stylu u pacientů s diagnózou ICHDK i v pooperačním období. Pacienti při propuštění do domácího ošetřování mají obdržet dostatek informací, které by je přesvědčily, aby změnili postoj ke svému zdraví, a že operace je pouze jedna z možností, jak předcházet dalším atakám a komplikacím. Výsledky mohou v praxi zlepšit komunikaci s pacientem a předně se zaměřit na zvýšení jejich informovanosti a případně nabídnout odbornou pomoc. Eventuálně vytvořit navazující edukační centra, aby v tom pacient, obecně řečeno, nebyl sám.

Klíčová slova: Ošetřovatelství, životní styl, operace, prevence, pacient

Abstract

Theoretical background: Peripheral arterial disease is a serious disease of lower limb arteries which originates from atherosclerosis. It results from a gradual narrowing to a complete blockage of blood vessels with subsequent ischemia of respective lower limb. These changes can lead to disability and limiting individual's daily life. The theoretical part deals with the lifestyle. There are mentioned basic risk factors of chronic forms, which are especially smoking, alcohol, diet rich in fats and cholesterol, lack of exercise and stress. There are mainly susceptible factors. Further described are the pathophysiology changes generated on the basis of atherosclerosis and related causes for the origin of the disease. Subsequently there are explained methods of classification, developed clinical symptoms, diagnosis and conservative and intervention treatments. This section also looks at the role of a nurse in the care of patients with peripheral arterial disease. It describes her work in primary and secondary prevention, where she can effect a total lifestyle change.

Objectives: The aim of this work was to evaluate how patients with peripheral arterial disease changed their lifestyle after invasive vascular surgery. Thus, namely, whether the patients with peripheral arterial disease with a history of surgery changed their lifestyle, whether was the surgery the trigger for changing their lifestyle. There were provided the following research questions: How do patients with peripheral arterial disease approach to the prevention of risk factors? What is in patients with peripheral arterial disease the main impuls for the possible change of their lifestyle? What influences surgery patient's attitude to risk factors for peripheral arterial disease? How crucial is a lifestyle change in patients after surgery for peripheral arterial disease?

Methods: The theoretical part is processed using expert sources. The research was conducted at a hospital in Hradec Kralove region. The empirical part of the theses was processed using qualitative research. The chosen technique for data collection was semi-structured interviews with patients, with prepared open questions. The research was done in several phases - the first interview was conducted at the patient admission department (before surgery), followed by the next phase after three months, and

6 months after surgery. The interviews were recorded on a prepared form, then transcribed into electronic form and analyzed by open coding method.

Results: The research showed that surgery can sometimes be triggered by changes in the patient's lifestyle. The first interviews in the preoperative period focused on how respondents felt, what was their lifestyle before surgery for atherosclerotic changes of the lower extremities. The survey revealed that a significant proportion of patients did not keep a healthy lifestyle. They smoked, did not have good eating habits, there was a lack of physical activity. A certain group of patients tried to change their lifestyle after diagnosing the illness. One of the questions was focused on patient knowledge about risk factors for the development of PAD and possible prevention. The second phase of interviews took place 3 months after the surgery. It dealt with the question about the respondents' lifestyle, the respondents in the postoperative period, whether there were any changes. In this phase 2 respondents said that they completely stopped smoking, another limited drinking alcohol. Some positive changes occurred in eating and there were some changes in doing physical activity. Regarding the perception of change, it was uncovered many interesting things, especially in seeing the changes and also demands of changes. The third stage was carried out six months after surgery, again in order to detect changes in lifestyle. Minor changes came in smoking habits, the issue of diet and physical activity confirmed all eight respondents. Questions were also focused on the psychological level. We found out who helped patients and what was most motivating in implementing changes. Surgical procedures at one third of respondents led to changes in lifestyle, mainly in smoking habits. In the conclusion / summing up question the patients marked themselves how they managed to make a change. On average, patients rated 4.2 mark.

Conclusion: The number of patients with peripheral arterial disease and other cardiovascular diseases is increasing. It is therefore necessary to focus on the change comprehensively. The basis is the start to modify risk factors, namely tobacco use, dietary habits, physical activity. For this reason, it is appropriate to begin with this issue before the development of changes, in extreme cases before the planned surgery. The medical staff members participate on changes in patients' lifestyle by appropriate

education. The problem occurs when the patient despite the support of close people can not cope to carry a twist in their life. There should a medical staff member offer a professional help to deal with this important step.

Practical use: The aim is to draw attention to the expansion of education about lifestyle changes for patients diagnosed with PAD also in the postoperative period. Patients who are released to home care should receive enough information that would convince them to change their attitude towards their health, and that surgery is only one of the ways to prevent further attacks and complications. Results can improve communication with patients and focus on increasing their awareness and possibly offer assistance. Alternatively there should be created related educational centers, for patients, generally speaking, not to be alone.

Keywords: Nursing, lifestyle, surgery, prevention, patient

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Životní styl u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin před a po operaci“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2016

.....

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D., za cenné rady při vedení mé diplomové práce, za čas, který mi věnoval a v neposlední řadě za jeho trpělivost. Poděkování patří také všem, kteří se podíleli na výzkumném šetření. Rovněž chci zde poděkovat každému, kdo mi pomáhal a podporoval mě.

Obsah

1	Současný stav	12
1.1	Životní styl.....	12
1.1.1	Výživa	14
1.1.2	Pohybová aktivita	16
1.1.3	Kouření.....	17
1.1.4	Alkohol.....	19
1.1.5	Stres	19
1.2	Ischemická choroba dolních končetin.....	22
1.2.1	Etiopatogeneze.....	22
1.2.2	Rizikové faktory	24
1.2.3	Symptomatologie a klasifikace ICHDK.....	26
1.2.4	Klinický obraz	27
1.2.5	Diagnostika.....	29
1.2.6	Léčba ischemické choroby dolních končetin.....	35
1.3	Role sestry – edukace pacienta.....	42
2	Cíl práce, výzkumné otázky.....	46
2.1	Cíl práce.....	46
2.2	Výzkumné otázky.....	46
3	Metodika.....	47
3.1	Metodika výzkumu	47
3.2	Charakteristika výzkumného prostředí	48
3.3	Charakteristika výzkumného souboru – pacienti.....	48
4	Výsledky.....	50
4.1	Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty v předoperačním období	50

4.2	Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty po 3 měsících od operačního zákroku	59
4.3	Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty po 6 měsících od operačního zákroku	68
5	Diskuze	80
6	Závěr	95
7	Seznam použitých zdrojů.....	98
8	Seznam příloh	110

Úvod

Mnoho tíživých zdravotních problémů, jako je také ischemická choroba dolních končetin, nespočívá dnes v nedostatku léčiv nebo léčebných postupů, operačních zákroků či diagnostických vyšetření, ale přímo se týkají a jsou odvozené od nezdravého životního stylu. Zásadní role v prevenci, léčbě i udržení dosažených výsledků léčby spočívá ve změně a udržení nových, vhodnějších způsobů chování. Náš zdravotní stav podstatnou měrou ovlivňuje životní styl. Navíc zdravý a vyvážený životní styl je jedinou možností, jak své zdraví aktivně ovlivnit, zlepšit a udržet i v budoucnu. Velmi početnou skupinu zdravotních obtíží tvoří onemocnění kardiovaskulárního systému. Patří sem také ischemická choroba dolních končetin, kdy se jedná o postižení tepen dolních končetin, nejčastěji aterosklerózou. Má své ovlivnitelné i neovlivnitelné rizikové faktory. Všichni pacienti jsou informováni o tom, aby dané faktory eliminovali nebo úplně odstranili. Chtělo by se říci, že to nebude nic těžkého. Člověk si řekne: „Hrozí mi zdravotní komplikace, hned všeho škodlivého zanechám a budu žít pouze zdravě.“ Není to však vůbec jednoduché, jedince ovlivňuje jeho osobnostní charakteristika, rozsah změn a také zázemí a podpora blízkých a okolí. Rovněž je potřeba zjistit, v jaké fázi kola změny se osoba nachází.

Proč jsem zvolila dané téma pro svou diplomovou práci? Už dlouho pracuji s pacienty, kteří mají diagnostikovanou ischemickou chorobu dolních končetin v různých stádiích. Za všechna ta společná léta jsem měla možnost některé pacienty potkávat opakovaně, některé dokonce téměř pravidelně. Nemohu jednoznačně říci, že všichni byli „neposlušní“ a zásadně nerespektovali doporučení lékaře. Na druhou stranu nemohu ani tvrdit, že na vzniklých situacích nemají svůj podíl. Když jsem začínala svou sesterskou praxi, měla jsem o pacientech různé mínění. Ale vždy mě zajímalo, proč někteří „recidivisté“ nepřestanou kouřit, nezačnou jíst zdravě. Z počátku jsem vůbec nechápala, proč se nechtějí vzdát svých zlovyků, vždyť jim hrozí riziko, že mohou přijít o nohu. Ne vždy to jde zvládnout svépomocí. Pacienti mi někdy „potajmu“ přiznali, že jim to bylo doporučeno, ale nebrali to příliš vážně.

Sama mám v blízkém okolí osobu, která mnoho let „vzdorovala mým dobrým radám“, aby přestala kouřit, začala se více hýbat a upravila svůj jídelníček. Nepomohlo ani „vyhrožování“ a upozorňování na všemožné komplikace, včetně amputace. Pak tomu paradoxně pomohla jiná diagnóza. Jednoho dne ji postihl kašel a teploty. Při rentgenovém snímku pro potvrzení diagnózy, se kromě změn vyvolaných zápalem plic, objevil nějaký podezřelý stín. Vysloveno bylo podezření na rakovinu. Tento pojem vyvolal paniku a ze dne na den přestala kouřit.

Je mnoho lidí, pro které je rakovina jistou formou strašidla. Ono už vyslovení této diagnózy, nahání člověku strach. Z toho vyplynulo, že někdy musí přijít velice silný impulz, aby jedinec změnil dosavadní životní styl.

V případě pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin může být tímto silným impulzem operace. S přibývajícimi profesními zkušenostmi mi bylo jasné, jak moc jsou změny v životním stylu pro další vývoj choroby, jakou je ischemická choroba dolních končetin, zásadní. A také to, jak moc je jejich realizace pro většinu pacientů náročná a složitá. Proto jsem se rozhodla toto téma prozkoumat podrobněji.

1 Současný stav

Životní styl podstatnou měrou ovlivňuje náš zdravotní stav. Navíc zdravý životní styl je efektivním řešením pro předcházení vzniku nejen ischemické choroby dolních končetin, ale i jiných onemocnění.

1.1 Životní styl

Jako první je potřeba přesně určit nebo vymezit význam pojmu životní styl. Než se dostaneme k samotné definici, je nutné si uvědomit, že se jedná o velice obsáhlou oblast, na kterou upozorňuje i Kubátová (2010, s. 11) ve své knize „Sociologie životního stylu“. Popisuje zde existenci několika shodných pojmů pro životní styl – „*životní způsob, způsob života, životní sloh, kvalita života, případně životní úroveň*“.

Pro přehlednost a ujasnění těchto pojmů včetně jejich souvislostí vytvořili Duffková, Urban a Dubský (2008, s. 66) schéma terminologické triády (viz příloha 1).

V Sociologickém slovníku Jandourek (2007, s. 243) definuje životní styl takto: „*Komplex psaných a nepsaných norem a identifikačních vzorů, souhrn životních podmínek, na které lidé berou ohled ve vzájemných vztazích a chování. Podoba životního stylu je ovlivněna životním cyklem, společenskými rolemi, tradicemi. Výrazný životní styl může přejít v subkulturu.*“

Obecnější definici životního stylu uvádějí Duffková, Urban a Dubský (2008, s. 51–52): „*Životní styl je způsob, jakým lidé žijí – tedy jak bydlí, stravují se, vzdělávají se, chovají se v různých situacích, baví se, pracují, spotřebovávají, vzájemně komunikují, jednají, rozhodují se, cestují, vyznávají a dodržují určité hodnoty, starají se o děti, pěstují potraviny, vyrábějí atd.*“

Problematika zdravého životního stylu je dle Markové (2012) velice obsáhlá vzhledem k tomu, že na celkovém zdraví má podíl příliš mnoho faktorů – tělesných, psychických, sociálních i duchovních. Tvrdí, že je nutno se seznámit se všemi zásadními faktory, které mají vliv na zdraví.

Zde Marková (2012) odborně definuje faktory ovlivňující životní styl pojmem determinanty zdraví. Uvádí také, že jejich působení na zdraví může být pozitivní či negativní.

Podle Duffkové, Urbana a Dubského (2008, s. 51–52): „*má životní styl celou řadu komponent, prvků, složek, aspektů a ovlivňuje jej celá řada faktorů*“.

Životní styl z hlediska ovlivnění zdraví určuje Státní zdravotní ústav (dále SZÚ) jako jeden z podstatných faktorů. Jeho působení se uplatňuje v celé řadě oblastí žití – v rodině, při studiu, na pracovišti, u volnočasových činností a dalších aktivit. Na nevyhovujícím zdravotním stavu měla významný podíl, a dosud má, nevhodně složená výživa spojená s minimální pohybovou aktivitou obyvatelstva. SZÚ považuje pozitivní změny životního stylu za jeden z nejdůležitějších a nejkomplicovanějších cílů společnosti (SZÚ, 2007).

Z medicínského hlediska životní styl značí správnou výživu, ideální hmotnost, dostatek pohybu a maximální redukci rizikových faktorů. Tento pohled uvádí Vollmerová (2004) ve své knize „Arterioskleróza: vyhnutelné riziko“.

Tuček (2003) tvrdí, že určitá podoba životního stylu je ovlivněna dvěma faktory – vnějším a vnitřním. Vnější faktorem jsou životní podmínky, tedy to v čem se osoba pohybuje. Vnitřním faktorem je naopak samotný jedinec se všemi osobitými životními podmínkami, požadavky a hodnotami.

Životní podmínky, tedy v určitém slova smyslu vnější faktory, podle Duffkové, Urbana a Dubského (2008) tvoří jakési meze, v nichž se jedinec pohybuje, naznačují možnosti pro aktivity a způsoby chování. Lze je specifikovat z mnoha aspektů a přístupů. Za prvé zeměpisné a ekologické podmínky, kam se řadí poloha, meteorologické a klimatické podmínky, úrodnost, přírodní zdroje. Za druhé se jedná o biologické podmínky a patří sem pohlaví, věk a zdraví. Třetí skupinu tvoří demografické podmínky a sem se řadí vše, co souvisí s rodinou, partnerskými poměry (svatby, rozvody, nemanželské svazky a jiné), dále narození, smrt a také migrace. Sociálně-politické a politické podmínky se zabývají vztahem sociální struktury a životního stylu. Životní úroveň je základem pro ekonomické a sociálně-ekonomické podmínky. Kulturní a obecně-ideové podmínky jsou dosti rozmanité, protože je mezi ně

možné řadit kulturní dění a vztah ke kultuře, hodnoty, pravidla, morálka, právo, vzdělanost, umění a jiné. Poslední skupinu tvoří technologické podmínky, tedy informační a komunikační technologie daného kulturního prostoru.

Definici vnitřního faktoru uvádějí Duffková, Urban a Dubský (2008, s. 69): „*Je to osobnost se všemi potřebami, hodnotami, dovednostmi, zkušenostmi, schopnostmi, ambicemi apod.*“

Podle jiných hledisek dělí faktory/determinanty Kastnerová (2012). První skupinu tvoří faktory podle směru působení, které dále dělí na zevní (životní prostředí, kvalita lékařské péče, sociální faktory) a vnitřní (dědičnost, špatný životní styl). Druhá skupina zahrnuje faktory z hlediska ovlivnitelnosti. Z názvu vyplývá základní dělení na neovlivnitelné (osobní, rodinná anamnéza, pohlaví a věk) a ovlivnitelné (souvisí se životním stylem). Ve třetí skupině je popisuje podle původu a rozděluje na biologické (mikroorganismy), chemické (chemické škodliviny) a fyzikální faktory (záření, elektrosmog). Poslední skupina rozděluje determinanty z komplexního hlediska na životní styl, faktory prostředí, zdravotní péči a genetiku. Navíc uvádí, že životní styl ovlivňuje zdraví až z 80 %.

Vzhledem k tomu, že nesprávný životní styl má za následek vznik a rozvoj civilizačních chorob a s tím související sociální a ekonomické zatížení společnosti, zaměřím se v této práci na některé konkrétní faktory související se životním stylem. Jde o následující činitele: výživa, pohybová aktivita, kouření, alkohol a stres. Nadto jsou právě tyto faktory nejčastějšími příčinami rozvoje aterosklerózy, kdy důsledkem může být, mimo jiné, právě ischemická choroba dolních končetin.

1.1.1 Výživa

Dle Kastnerové (2012) je výživou míněno zajištění všech živin, které tělo vyžaduje pro správnou funkci jednotlivých orgánů, v přesném množství a poměru. To znamená, že adekvátní strava dodává energii, posiluje spánek, zlepšuje psychickou kondici a zdravá osoba se stává odolnější.

Potřebné jsou i určité změny, tvrdí Marková (2012), která vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace pro Evropu. Jedná se o upravení celkového energetického příjmu, snížení množství tuků, cholesterolu a jednoduchých cukrů, zredukování množství soli. Na druhé straně je zvýšení příjmu vlákniny, minerálů, vitamínů, stopových prvků.

Další zásady přidává Kastnerová (2012) – strava musí být netoxická, má mít dostatečný obsah mikro a makro prvků, lehkou stravitelnost a uspokojivý pitný režim.

Z toho důvodu Voleková a Šatník (2008) přikládají seznam nutričních požadavků. Sacharidy, lipidy a proteiny jsou základní složky potravy. Dalšími jsou natrium, kalium, chloridy a jiné elektrolyty, jako je fosfor, hořčík a vápník. Dále nesmí ve vyvážené stravě chybět enzymy, vitamíny a stopové prvky. V publikaci „Manuál klinické výživy“ (dtto) informují o nutriční farmakoterapii, jež představuje léčbu, která se využívá již u konkrétních chorob.

Jíst s mírou, konzumovat dostatek zeleniny a ovoce, libové maso, ryby a omezené množství másla nebo margarínu Kastnerová (2012) doporučuje. Průměrné ideální složení znázorňuje výživová pyramida (viz příloha 2).

V souvislosti s pyramidou zdravé výživy udává Frej (2006), že se nejedná o dogma, jež je nutné striktně dodržovat. Individualizace a vhodné přizpůsobení aktuálnímu zdravotnímu stavu je žádoucí. Chápe ji spíše jako nabízenou možnost, jak jíst pestrou stravu a zejména potraviny, které zajistí potřebné množství živin, vlákniny, minerálů a vitamínů. Navíc takto složený jídelníček zajišťuje adekvátní energetický příjem. Připomíná také dostatečné přijímání tekutin, především vody.

Fiala v publikaci „Civilizace a nemoci“ (in Dolina, 2009, s. 19) v oblasti posuzování výživových faktorů upozorňuje na nutnost rozlišování dvou hlavních oblastí. Jednak je to složení stravy, tedy zastoupení jednotlivých složek, a jednak celkový energetický příjem výživou. Také poukazuje na nemožnost posoudit přiměřenost energetického příjmu bez informací o energetickém výdeji. Fiala (2009) řadí do rizikových potravin ve výživě i alkohol, ale zároveň uvádí, že se jedná o kontroverzní téma.

Ve spojitosti s výživou doporučuje Vollmerová (2004) několik základních pravidel – lidé by měli jíst méně (například nedojídat porci za každou cenu), vyhýbat se tuku (především živočišnému), odřici si sladkosti, místo klasické kuchyňské soli používat jiná koření nebo bylinky. Dále připomíná potřebu přijímat více balastních látek, tedy ovoce, zeleniny, luštěnin, celozrnných obilovin a v omezeném množství i ořechů. Rozhodně ale nedoporučuje dodržovat různé „pofiderní“ diety, které zaručují velký pokles váhy za krátkou dobu (například úbytek deseti kilogramů za deset dnů). Není nakloněna ani dietním tabletám či dietním nápojům.

1.1.2 Pohybová aktivita

Marková (2012) uvádí, že pohybová aktivita je nepostradatelná pro organismus všech věkových kategorií. Dále upřesňuje, co je myšleno tělesnou aktivitou – je to jakýkoliv pohyb (nejen sport), ale zahrnuje sem i každodenní úkony, domácí práce, činnosti v souvislosti se zaměstnáním, cesta do práce aj.

Význam pohybové aktivity není jen preventivní, ale i léčebný. Kastnerová (2012) dodává, že aby byl pohyb účinný, musí být pravidelný a člověku má přinášet příjemné prožitky. Samozřejmě se musí upravovat podle fyzické zdatnosti, aktuálního stavu a s ohledem na věk jednotlivce.

Efekt pohybu na zdraví – chrání před srdečně-cévními chorobami, snižuje riziko vzniku rakoviny, zmenšuje riziko vzniku diabetes mellitus, funguje preventivně i léčebně při obezitě; prevence osteoporózy, poruch pohybového systému a potíží trávicího ústrojí popisuje Centrum preventivní medicíny při Ústavu preventivního lékařství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity (2015).

Na nedostatek pohybové aktivity napříč generacemi upozorňují Ryba, Bufková (in Mauritzová, 2010). Poukazují na nízké množství pohybové aktivity také v souvislosti s denním/týdenním programem a využíváním volného času. Zároveň informují o pozitivním vlivu pohybu na organismus. Pohybová aktivita má podle Ryby a Bufkové příznivý vliv na pohybový aparát (pružnost a pevnost vazů, svalů a šlach; flexibilita kloubů), emoce (zvýšení sebevědomí, pokles agresivity), ovlivňuje kardio-pulmonální systém a neurohumorální funkce organismu. Ryba s Bufkovou

(in Mauritzová, 2010, s. 75) dokonce uvádějí vliv pohybu v sociální sféře – „*pohyb zvyšuje produktivitu práce a pracovní kapacitu, snižuje dobu pracovní neschopnosti, náklady na léčení, snižuje počet pracovních úrazů, snižuje pracovní fluktuaci. Vliv pravidelné dlouhodobé pohybové aktivity je nejvíce markantní v účinku na kvalitu života.*“

O přirozenosti pohybu a významu pohybové aktivity píše i Vollmerová (2004). Doporučuje, aby měl člověk tolik pohybu, kolik je jen možné. Navrhuje vhodné aktivity – běhání (zpočátku na krátké vzdálenosti), svižnou chůzi, jízdu na kole, plavání nebo tanec. Nezavrhuje ani běžné domácí činnosti nebo práci na zahradě.

1.1.3 Kouření

Státní zdravotní ústav (2007) na svém portálu informuje o škodlivosti kouření cigaret – „*způsobuje rozsáhlá poškození zdravotního stavu obyvatelstva, zejména zvýšení výskytu nemocí srdce a cév, nemocí dýchacího ústrojí, a je hlavní příčinou rakoviny plic a jiných zhoubných nádorů. Kouření je nejen vážné zdravotní riziko, ale také společensky nevhodné chování.*“

Na závažnost kouření, nejen z hlediska zdravotnického, ale i společenského rovněž poukazuje Kastnerová (2012). Dokonce udává, že se jedná o epidemii. Samozřejmě nezapomíná na uvedení dalších toxických a dráždivých látek (vyjma nikotinu) obsažených v tabákovém kouři. Popisuje zdravotní následky aktivního a pasivního kouření. Mezi následky aktivního kouření patří – zvyšování bazálního metabolismu, vazokonstrikce v mnoha orgánech, příčina pro vznik nefropatie, porucha lipidového spektra. Pasivní kouření způsobuje potíže dvojího charakteru, akutní – pálení očí, nosu, hrdla, bolesti hlavy, závratě, a chronické – zvýšené riziko onkologického onemocnění a chorob srdce.

Kouření jako příčinu mnoha onemocnění, především aterosklerózy, cévních onemocnění a maligních nádorů, také uvádějí Rosolová a Petřlová (2007). Informují o důsledcích kouření pro kuřáky, kteří proto trpí častěji poruchami metabolismu tuků, dysfunkcí endotelu, zvýšenou nervovou činností a mají vyšší sklon ke změnám

koagulace (zvýšeně). Uvádí, že kouření cigaret je nemoc, kterou je třeba cíleně a odborně intervenovat a léčit.

Stejného názoru jsou i Indráková a Kalinová (2009), které informují, že množství vykouřených cigaret souvisí s rozsahem choroby, rizikem amputace, uzávěrem bypassu a úmrtností.

Frohlichová (SZÚ, 2013) upozorňuje na škodlivost kouření vodní dýmky, protože mnoho kuřáků o této hrozbě neví. Většina lidí předpokládá, že se jedná o bezpečnou náhražku kouření cigaret (přitažlivá, netradiční, exotická aktivita). Navíc kouření vodní dýmky je možnou cestou ke vzniku závislosti na nikotinu.

V publikaci „Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií“ se Češka a kol. (2005) zabývají i problematikou kouření. Poukazují na závislost jedince především na cigaretách a s tím související kuřácké stereotypy. Upozorňuje na to, že tabákový kouř také zhoršuje dyslipidémii, zvyšuje viskozitu krve a zhoršuje metabolismus glukózy.

Všichni autoři se shodli na důležitosti celosvětového boje proti kouření a také na vzniku zásadního konceptu pro odvykání kouření.

Již v roce 2008 Světová zdravotnická organizace apelovala v rámci Světového dne bez tabáku na zavedení zákazů v oblasti reklamy, propagace tabákových výrobků včetně sponzoringu ze stran výrobců cigaret. Informuje o tom Sovinová (2008) ze SZÚ.

V roce 2012 vydali Sovinová, Sadílek a Csémy výzkumnou zprávu o vývoji prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Zaměřili se na vývoj počátků kouření, charakteristiku kuřáků, snahu o zbavení se závislosti, pobyt v zakouřeném prostředí a zdravotní potíže v souvislosti s kouřením. Z výsledků mimo jiné vyplývá, že téměř čtvrtina obyvatel kouří pravidelně minimálně 1 cigaretu za den a nedošlo k výrazným změnám; nejvíce kouří starší věková skupina; více kouří svobodní a rozvedení, méně kouří vysokoškoláci, a naopak velikost místa bydliště a výše výdělku s kouřením nekoreluje. Počátky kouření podle výzkumu připadají v nejvyšší míře do období 14–15 let. A počet cigaret vykouřených za den se dlouhodobě pohybuje od 6 do 10 cigaret. Dále se ukázalo, že téměř 50 % kuřáků neuvažuje o zanechání kouření.

1.1.4 Alkohol

O umístění České republiky na prvních příčkách v množství vypitého alkoholu informuje Kastnerová (2012, s. 138). Ve své knize rozděluje osoby pijící alkohol na 4 skupiny – „*abstinent, konzument, piják a alkoholik*“. Na dalších stranách rozebírá následky konzumace alkoholu. Vzhledem k tomu, že jsou všeobecně známé, nebudu je dále rozpracovávat. Důležité je však pohlédnout i na sociální důsledky požívání alkoholu. Kastnerová sem řadí dlouhodobou nezaměstnanost, nedokončené vzdělání, nižší produktivitu práce, rodinné problémy, rozvody, bezdomovectví, špatnou péči o děti, násilnou trestnou činnost, včetně finančních problémů. Samozřejmě dochází k nárůstu požadavků na zdravotní a sociální služby.

O tom, že nadměrná konzumace alkoholu má mimo sociálních následků vliv na riziko úrazů, na některé druhy maligního bujení a výskyt nervových a dalších nemocí, informuje také SZÚ (2007).

1.1.5 Stres

„Stres je charakteristická fyziologická odpověď na poškození nebo ohrožení organismu.“ (Selye, cit. podle Hartl, Hartlová, 2000, s. 568)

Stres se stal hluboce zakořeněnou součástí našeho slovníku a každodenního života. Je proto těžké uvěřit, že tento termín vznikl teprve před více než 60 lety. Autorem je Hans Selye, jak uvádí Paul J. Rosch předseda Amerického institutu stresu (The American Institute of Stress), který se zabývá vzděláváním odborné i laické veřejnosti a výzkumem pro snižování počtu onemocnění souvisejících se stresem.

Jinou definici uvádí ve své knize Kastnerová (2012, s. 107): *„Stres je soubor regulačních mechanismů, který vyvolává zátěž, tíseň, tlak, která ohrožuje vnitřní homeostátu organismu a integritu lidské osobnosti. Jedná se o komplexní proces, který vzniká jako odpověď na nadměrné požadavky kladené na naše tělesné a duševní zdraví. Je to adaptivní stresová odpověď, spouštěná jak fyzickými, tak emočními stresory, zabezpečuje přesuny v energetickém zásobení orgánů, zvýšení kardiovaskulární a imunitní reaktivity, zvýšení vigility a pohotovosti behaviorálních projevů.“*

Že lze stres zařadit mezi negativní emocionální zážitky, o tom není pochyb, proto o stresu pojednává i Ulrichová (2012) ve své knize „Člověk, stres a osobnostní předpoklady“. Autorka poukazuje i na nejednotnost používané definice stresu. Uvádí, že vstupní cestou do stresu jsou různé negativně působící vlivy, odborně označované jako stresory. Stresorem mohou být neuspokojené základní biologické potřeby, jako například nedostatek jídla, pití a spánku. Dále může jít také o negativní působení v sociální oblasti, jako např. vliv jedné osoby na druhou (útoční, protivní, bezohlední lidé), ale také nedostatek času a náročné zaměstnání pod tlakem. Jedná se i o závažné události v rodinném systému, jako je choroba v rodině, náročná a vyčerpávající péče o blízkého, osamělost, nedostatek lásky a tělesného kontaktu. Neméně stresujícím činitelem bývá i pouhý nedostatek životního místa a prostoru. Ulrichová se zamýšlí i nad různorodostí reakce na stresové situace. Určití jedinci vnímají stresové situace jako ohrožení a jsou schopni se s nimi vyrovnat. Oproti tomu existují lidé, kteří za velkou zátěž považují i nestresovou situaci. Tato relativita je velmi subjektivní a o tom, zda bude situace chápána jako ohrožení, či nikoli, rozhoduje řada vnitřních osobnostních faktorů. Jedná se především o aktuální náladu osoby, celkové emoční naladění, nečekanost situace, předešlá zkušenost s obdobnou situací a úspěch či neúspěch při jejím zvládnutí.

O stresorech pojednává i Šťastný (2006). Popisuje faktory, které tvoří a ovlivňují stresory a jejich následné účinky pro lidský organismus. Zařadil sem: kvalitu i kvantitu stresoru, souběh stresorů, rozložení jejich působení v čase, aktuální stav organismu a jeho zkušenost. Potenciál zdraví charakterizuje jako schopnost vzdorovat stresorům a vyrovnat se s jejich působením.

Jiný pohled na stres má Strnadová (2005). Zabývá se teorií stresu z pohledu vnitřní homeostázy. Tvrdí, že stres je komplex regulačních mechanismů, které nastupují při ohrožení vnitřního prostředí organismu. Dále pojednává o stresorech, jež mohou být povahy fyzické, psychické i sociální, a jako celek představují neurohumorální odpověď. Uvádí zde i Selyeho pojetí stresu – General Adaptation Syndrome (obecný adaptační syndrom). Ten probíhá ve třech etapách: první je poplachová reakce, která má ještě dvě fáze – šok a snížená odolnost; druhou je stav zvýšené rezistence, pro který je

charakteristická snaha udržení adaptace; třetí se označuje pojmem stav exhauce, tedy vyčerpání adaptační energie.

Touto Selyeho koncepcí se zabývá i Kastnerová (2012). Poukazuje a následně rozebírá již zmíněná tři stádia: poplach, rezistence a exhauce. V rámci první fáze popisuje nárůst aktivity sympatického systému (vyučování thyreotropního hormonu, vasopresinu, adrenokortikotropního a růstového hormonu).

Tato reakce má za následek zvýšení tělesné teploty, smrštění lymfatických tkání a rozvoj zánětu. Ve druhé etapě stresové kaskády se vylučuje kortizol pro kontrolu vzniklého zánětu, který ale na druhé straně způsobuje rozpad tkání a zvýšení glykémie. Třetí stadium procesu zahrnuje tři způsoby výsledné reakce organismu – metabolismus se upraví a jedinec se vyléčí; vypukne chronický zánět různých orgánů; celkové oslabení organismu s únavou a ztrátou energie.

Zároveň při působení stresoru vzrůstá spotřeba některých vitamínů, zvyšuje se hladina glukokortikoidů a následně stoupá hladina kalia ve tkáních.

Ve své knize „Determinanty zdraví“ poukazuje Marková (2012) na to, že i psychohygienu se řadí do oblasti zdravého životního stylu a její používání v denní praxi je nezbytné v prevenci řady civilizačních onemocnění. Rovněž upozorňuje na soubor onemocnění, která se odborně označují jako psychosomatická. U těchto chorob je právě vliv psychiky prokázáný. V podstatě každé onemocnění je ovlivňováno duševním stavem.

„Největší chybou lékařů je, že se snaží léčit tělo, aniž by léčili duši. Přitom tělo a duše jedno jsou. Nelze je léčit odděleně.“ (Platón, cit. podle Svoboda, 2015, online)

1.2 Ischemická choroba dolních končetin

Vokurka a Hugo v „Praktickém slovníku medicíny“ (2000; s. 210) definují Ischemickou chorobu dolních končetin (dále ICHDK) takto: „*Onemocnění tepen dolních končetin, při němž dochází k postupnému zužování až úplnému uzávěru („ucpávání tepen“)* s následným nedokrvením – ischemií.“

Podobně ICHDK definuje Broulíková (in Roztočil, 2014): „*Obturační tepenná onemocnění, kdy změny na končetinových tepnách vedou ve svém konečném důsledku ke svalové a kožní ischemii.*“ Vysvětluje také, co lze chápat pod pojmem ICHDK, jedná se o chronickou formu nemoci s postupným nárůstem nepoměru kyslíkové potřeby tkáně a skutečnou možností přívodu krve do dané oblasti postiženými tepnami.

Že je ischemická choroba dolních končetin stav, kdy dochází k rozdílné úrovni zhoršení prokrvení dolních končetin, uvádí i Chochola (2009). Zároveň také udává, že se jedná o organické onemocnění periferních tepen.

Periferní arteriální onemocnění je podle Wyndhama (2010) jiný termín používaný k popisu okluzivní patologie, která ovlivňuje krevní cévy na dolních končetinách.

Ischemickou chorobu dolních končetin Zimolová a Honěk (in Veselka, Rohn et al., 2015) charakterizují jako postupné zužování až uzávěr končetinových tepen, především na dolních končetinách.

1.2.1 Etiopatogeneze

Nejčastější příčinou ICHDK je ateroskleróza, jejíž „příběh“ více rozebral Piřha (2012). Uvádí, že vše začíná v tepenné stěně, kde dochází k usazování lipidových částic (hlavně LDL) kolujících v krevním oběhu. Dále jsou částice ve stěně cévy měněné různými stimuly (třeba kyslíkové radikály) a tělo je tak považuje za cizorodý materiál, který aktivizuje imunitní systém (fagocytóza částic monocyty, následně vznik makrofágů a poté nehybných pěnových buněk, které postupně hynou). Je to jako začarovaný kruh, který začíná funkční poruchou endotelu a končí vznikem aterosklerotického plátu. Tento plát se ve stěně cévy šíří a způsobuje zúžení průsvitu tepny.

Ischemická choroba dolních končetin je tedy způsobená zúžením eventuálně uzávěrem periferní tepny, častokrát na bázi aterosklerózy. Projevy jsou od asymptomatických forem přes charakteristické klaudikace po projevy kritické končetinové ischemie (Karetová, Roztočil a Herber, 2011).

Ateroskleróza představuje obvyklou chorobu vyvolávající zužování a uzávěr tepen rovněž u Slezákové et al. (2007).

K uzavření periferních tepen dochází podle Vollmerové (2004) také v důsledku aterosklerózy. Sama ale upřednostňuje pojem arterioskleróza.

Jako hlavní příčinu chronické ischemie dolních končetin Staněk (2007) rovněž stanovil aterosklerózu (v 90–95 %). Přesněji definuje, že se jedná o obliterující aterosklerózu tepen dolních končetin. Podle Slezákové a kol. (2007) postihuje ateroskleróza obliterans nejčastěji periferní tepny dolních končetin. Konkrétně se jedná o arteria femoralis, arteria iliaca a bifurkaci abdominální aorty.

Důvodem pro vznik ICHDK je, jak uvádí Seifert (2009), až z 98 % ukládání ateromových plátů do tepen dolních končetin. Výskyt choroby u starší populace (nad 75 let) považuje takřka za pandemii. Dále poukazuje na vyšší procento výskytu (téměř třikrát více) asymptomatické formy choroby.

Karetová, Herber a Roztočil (2011) říkají, že prevalence choroby stoupá s věkem. Piťha (in Roztočil, 2014) informuje o tom, že aterosklerotické změny na tepnách se rozvíjejí i několik let zcela bez příznaků. Dále uvádí, že u mužské populace nad 45 let a ženské populace po 55. roce se může ateroskleróza manifestovat jako ischemie orgánů zásobených postiženými tepnami. Staněk (2007) se k této zprávě přidává a oznamuje přibližný odhad výskytu ICHDK v západních civilizovaných zemích (4–5 %), výskyt významně stoupá s věkem. Také uvádí, že původní nepoměr mezi pohlavími (3 muži : 1 žena) se s přibývajícím věkem vyrovnává.

Výskyt asymptomatické i symptomatické ICHDK je vysoký a významně roste s věkem. Zimolová a Honěk (in Veselka, Rohn et al., 2015) uvádějí, že počet pacientů ve věkové skupině do 70 let se odhaduje na 3–10 % a 15–20 % u skupiny nad 70 let. Informují také, že častěji onemocní muži. Poměr mužů a žen je 3 : 1.

Avšak počet nemocných žen stoupá s věkem. Podle autorů je z 90–95 % nejvýznamnější příčinou ateroskleróza.

Výskyt aterosklerózy z pohledu pohlaví hovoří o rozdílech mezi ženskou a mužskou populací v souvislosti s distribucí rizikových faktorů. Jedná se o počet rizikových jedinců, kdy u mužské populace je více kuřáků a v ženské populaci více obézních diabetiček. Dále při výskytu klaudikací v anamnéze u osob stejného věku je poměr žen k mužům jedna ku dvěma. Naopak téměř žádný rozdíl se neobjevuje při porovnání indexů kotník-paže. Z toho vyplývá, že výskyt ICHDK se u mužů a žen příliš neliší. (Pitřha, 2012)

1.2.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory se podle jednotlivých autorů lehce odlišují. O důvodech pro vznik aterosklerózy rozhoduje také forma onemocnění, tedy zdali se jedná o akutní, nebo chronickou podobu.

Žák et al. (2011) definují pojem rizikový faktor takto: „*Určitý klinický nebo laboratorní znak (biochemický, hematologický, EKG, psychologický atd.), zjištěný u jedinců bez manifestních příznaků onemocnění, jehož přítomnost je sdružena se statisticky významně vyšším relativním rizikem, že k onemocnění v budoucnu dojde.*“

Dělení rizik na základní a ostatní uvádějí Karetová, Roztočil, Herbert (2011). Mezi základní rizikové faktory vzniku ICHDK řadí: nikotinismus, diabetes mellitus a hraniční poruchy glukózové homeostázy, dyslipidémii, arteriální hypertenzi, mužské pohlaví a věk. Chronickou renální insuficienci, pozitivitu zánětlivých markerů (CRP), hyperviskózní a hyperkoagulační stavy, hyperhomocysteinémii a nízkou hladinu lipoproteinu začlenili mezi ostatní rizikové faktory.

Naopak Staněk (2007) rozlišuje rizikové faktory podle pohlaví. U mužů uvádí jako nejčastější kouření, následuje hyperlipoproteinémie, poté hypertenze a posledním je diabetes mellitus. U žen jsou rizikové faktory v jiném pořadí – prvním je hypertenze, další kouření, potom hyperlipoproteinémie a nakonec diabetes mellitus. Přidává ještě hyperhomocysteinémii jako nový faktor.

Jiný pohled na rizikové faktory má Češka a kol. (2005). Dělí je na neovlivnitelné a ovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné faktory zařadil věk, pohlaví a genetické faktory. Konkrétně jako velice rizikový věk považuje u žen 55 let a více, u mužů 45 let a více. Do ovlivnitelných faktorů přiřadil jako nejdůležitější hyperlipoproteinémii, kouření cigaret a hypertenzi.

V publikaci „Angiologie pro praxi“ Staněk (2007) zařadil kapitulu zabývající se vzácnějšími příčinami ICHDK. Patří sem: „*Thrombangiitis obliterans (von Winiwarterova-Buergerova choroba), entrapment syndrom arteria poplitea (kompresivní syndrom arteria poplitea), cystická degenerace adventicie, fibromuskulární dysplazie, systémové vaskulitidy, traumaticky podmíněné uzávěry tepen, iatrogeně vzniklé tepenné uzávěry, iradiace, myeloproliferativní onemocnění, abúzus drog, trombóza a embolie tepen dolních končetin*“.

Za rizikové faktory Slezáková a kol. (2007) označuje: kouření, poruchu metabolismu tuků, zvýšenou hladinu cholesterolu, hypertenzi, diabetes mellitus. Navíc ještě přidává stres.

Další možnost nebo lépe způsob dělení rizik na ovlivnitelné a neovlivnitelné představuje Žák a kol. (2011). Mezi neovlivnitelné zařadil pohlaví, věk, genetiku a rodinnou anamnézu. Do ovlivnitelných přiřadil zvýšenou koncentraci LDL cholesterolu, kouření cigaret, diabetes mellitus, hypertenzi, obezitu. Uvádí zde i nové rizikové faktory – C-reaktivní protein (CRP), homocystein, leptin, adiponektin, fibrinogen, myeloperoxidázu. Tyto faktory byly označeny jako signifikantní v různých studiích. O uznávání nových rizikových faktorů informují Khawaja a Kullo (2009), kteří sem zařadili tak zvané „biomarkery“ dráhy zánětu, trombózy, metabolismu lipoproteinů a oxidační stres. K neovlivnitelným faktorům Chochola (2009) ještě přidává etnický původ (dále nespecifikuje), typ osobnosti a ženy po menopauze. Rozšiřuje také skupinu ovlivnitelných faktorů, kam zahrnuje stres, vysoký kalorický příjem, vysoký příjem alkoholu, nedostatek fyzické aktivity, hyperkoagulační stavy.

Oproti tomu Seifert (2009) tvrdí, že rizikové faktory pro vznik ischemické choroby dolních končetin jsou společné všem kardiovaskulárním chorobám a řadí sem

zejména, mimo věku a pohlaví, také kouření, diabetes mellitus, poruchu lipidového metabolismu a arteriální hypertenzi.

Za rizikové faktory se stanovují zděděné nebo získané podmínky či způsob života. Tyto rizikové faktory Vollmerová (2004) dělí do dvou známých skupin – neovlivnitelné a ovlivnitelné. Do skupiny neovlivnitelných faktorů zařadila věk, pohlaví, genetickou dispozici, rasu, lipoprotein-a a fibrinogen. Do druhé skupiny začlenila cholesterol, poruchy tukové výměny, hypertenzi, nadváhu, diabetes mellitus, metabolický syndrom, alkohol, kuchyňskou sůl, nedostatek pohybu, kouření a další rizikové faktory (homocystein, hyperurikemie, infekce chlamydiemi, stres).

1.2.3 Symptomatologie a klasifikace ICHDK

Karetová a Staněk (2007) říkají, že k určení symptomatologického stádia ischemické choroby dolních končetin se používá funkční klasifikace dle Fontainea, která se s drobnými úpravami používá již od roku 1954. Fontain rozděluje nemoc na čtyři základní stadia (viz příloha 3).

Fontaineho klasifikaci podrobněji rozpracovali Karetová, Roztočil a Herber (2011, s. 4), (viz příloha 4).

Nejpodrobněji zpracovaná funkční klasifikace pochází od Broulíkové (2014, s. 100) v publikaci „Angiologie“ od Roztočila (viz příloha 5).

Klaudikační vzdálenost vysvětlují Vokurka a Hugo (2000, s. 227) následovně: *„Vzdálenost, kterou člověk ujde, než pocítí bolest („křeč“) a musí se zastavit.“*

Staffa (2005) říká, že 3. a 4. stádium Fontainovy klasifikace se shoduje s definicí WHO pro chronickou kritickou ischemii. Navíc upozorňuje, že Fontainova klasifikace není úplně spolehlivá u pacientů s diabetes mellitus.

Ještě novější klasifikaci (1991) uvádějí Karetová, Roztočil a Herber (2011, s. 4) – tzv. Rutherfordova klasifikace. Ta se ale příliš neujala, protože je dosti složitá – má 4 stupně a v nich ještě 7 kategorií (viz příloha 6).

Dále uvádějí porovnání Rutherfordovy a Fontainovy klasifikace. Kategorie 1 odpovídá stadiu IIa, kategorie 2 stadiu IIb, kategorie 3 je stadium IIc dle Fontainea. Stadia 4–6 jsou shodné s termínem kritické ischemie.

Klasifikací ICHDK z pohledu pacienta se zabývá Čížek (2012). Objasňuje, co znamenají klaudikace/klaudikační obtíže. Klaudikace neboli přerušované kulhání (slangový výraz) vysvětluje jako bolesti při chůzi způsobené nedostatečným prokrvením, které nutí osobu zastavit a odpočinout si, potom zase ujít určitou vzdálenost a opět zůstat stát a odpočinout. To se opakuje stále dokola. V textu se objevuje i odborný výraz – claudicatio intermittens – přerušované kulhání. V příloze 7 uvádí Čížek (2012, s. 89) s čím si lze klaudikace splést.

1.2.4 Klinický obraz

Podle Chocholy (2009) záleží na stupni průtoku krve patologicky změněnou cévou. To znamená, že záleží na stupni zúžení, uzávěru tepny, stavu kolaterálního oběhu a viskozitě krve.

Klasickým příznakem je podle Zimolové a Hoňka (in Veselka, Rohn et al., 2015) klaudikační bolest. Jedná se o projev námahové ischemie kosterního svalstva.

U části pacientů probíhá ICHDK zcela asymptomaticky a je buď náhodně objevena, nebo se u rizikových osob provádí cílené vyšetření, které chorobu diagnostikuje. Toto tvrzení uvádí Karetová, Roztočil a Herber (2011).

K tomuto názoru se přiklání i Bachleda s kolektivem (2011). Ve své publikaci uvádí, že pokud je průchodné pánevní řečiště, volná hluboká femorální arterie a kolaterální oběh do arteria poplitea je dobrý, tak při uzávěru nemusí mít pacient žádné potíže nebo jsou pouze minimální.

Ischemická choroba dolních končetin se projevuje dvěma nejdůležitějšími příznaky, tvrdí Dolina et al. (2009, s. 25). Jedná se o intermitentní klaudikace a klidové bolesti. Definují, že klaudikace je „*svíravá křečovitá bolest, jejíž příčinou je nepoměr mezi poptávkou a nabídkou, tedy ischemie svalů dolních končetin*“.

Klidovou ischemickou bolest způsobuje především omezení průtoku tepnou, to znamená, že nejsou kryty požadavky tkání na krevní zásobení.

S tím souhlasí i Firt, Hejnal a Vaněk (1991). Uvádějí, že vedoucím příznakem chronického uzávěru tepen dolních končetin jsou hlavně intermitentní klaudikace.

Až v pokročilých stádiích dochází ke klidovým bolestem a trofickým změnám. Proto použili Fontainovu klasifikaci pro přehlednost klinického obrazu.

1. stupeň je bez klinických projevů. Důvodem bývá zúžení hlavních tepen, kde není manifestace obtíží. Bolesti se mohou objevit v souvislosti s extrémní zátěží. Typický je náhodný nálezn. U pacientů se ještě může objevit pocit studených nohou jako reakce na chladné počasí, jak tvrdí Seifert (2009).

2. stupeň se už projevuje funkční ischémii. Zde se objevuje tepenná nedostatečnost a v souvislosti s nepoměrem přítoku krve a zvýšených metabolických požadavků vzniká okluze tepen dolních končetin a tím intermitentní klaudikace. Podle lokalizace klaudikační bolesti lze usuzovat na lokalizaci uzávěru. Plantární klaudikace jsou při uzávěru bérceových tepen a tepen nohy, lýtkové klaudikace (ty jsou nejčastější) při okluzi povrchové stehenní tepny a pánevního řečiště a stehenní nebo hýžděové klaudikace při obliteraci společných pánevních tepen a abdominální aorty. Seifert (2009) uvádí, že někteří pacienti tento stupeň popisují jako slabou unavitelnost končetiny. A poukazuje na postupné zkracování bezbolestného intervalu.

Klaudikační interval také závisí na rozsahu a četnosti stenóz či uzávěrů.

3. stupeň je charakterizován klidovými ischemickými bolestmi. Na začátku se jedná o noční bolesti a úlevu nabízí svěšení nohou z lůžka nebo zastavení po několika krocích. Později už je bolest trvalá.

4. stupeň se vyznačuje rozvojem trofických změn, kdy se jedná o bezprostřední ohrožení končetiny. Jako první bývají nejčastěji postiženy prsty nohy. Podle Seiferta (2009) je klidová bolest kontinuální a objevují se trofické defekty (samovolně v důsledku omezeného přítoku krve nebo po úraze).

Pro určení závažnosti choroby rovněž Hehlmannová (2010) uvádí rozdělení nedostatečného tepenného prokrvení do 4 stádií dle Fontaina (zjednodušené). Stadium I znamená plně kompenzovaný tepenný uzávěr, stadium II značí nedostatečné prokrvení při zátěži (klaudikační bolesti), stadium III se vyznačuje nedostatečným prokrvením v horizontální poloze (klidové bolesti) a stadium IV je už nekróza. Rozpracovává i problematiku bolestí končetin. Bolesti v lýtkách, které nastupují po určité době chůze a při zastavení vymizí, se odborně označují pojmem claudicatio intermittens. Bolesti

jsou dle Hehlmannové lokalizované především do bérců, ale mohou se objevit i jinde v závislosti na místě uzávěru (hýždě, stehna, nohy, paže). Navíc upozorňuje, že chronické, lokalizované bolesti končetin mohou mít různé příčiny (viz příloha 8).

Že bolest v dolních končetinách může být prvním projevem onemocnění, potvrzuje i Wyndham (2010). Zmiňuje se též o důležitosti lokalizace bolesti. Jako příklad uvádí bolest v lýtku, kdy je příčinou obstrukce v podkolenní tepně. Také definuje klaudikační bolest jako bolest dolních končetin na podkladě poruch prokrvení.

Karetová se Staňkem (2007) potvrzují, že lokalizace bolesti dolních končetin informuje o místě největších obliterativních změn.

1.2.5 Diagnostika

Základním schématem pro diagnostiku ICHDK je anamnéza, fyzikální/klinické vyšetření, laboratorní a zobrazovací metody. Bachleda et al. (2011) v publikaci „Cévní chirurgie“ napsal, že v diagnostice ICHDK jde obligátně o anamnézu (klaudikace), důkladné klinické a přístrojové vyšetření.

Fyzikální vyšetření může podle Seiferta (2009) sloužit také k odhalení asymptomatického stádia ischemické choroby dolních končetin. Řadí sem například přítomnost tepenných šelestů, vymizení nebo oslabení periferní pulsace a pokles periferního tlaku.

Anamnéza

Za klíčovou vyšetřovací metodu považují Krajíček a kolektiv (2007) i Seifert (2009) anamnézu. Správně odebrané anamnestické údaje můžou lékaře navést k diagnóze.

Karetová a Staněk (2007) říkají, že je častá pozitivní rodinná anamnéza v souvislosti s chorobami vzniklých na podkladě aterosklerózy. Pátrají po přítomnosti ischemické choroby srdeční, ischemické choroby dolních končetin, cévní mozkové příhody a diabetes mellitus v rodině.

Pátrání po rizikových faktorech je také důležité, doplňuje Roztočil (2014).

Osobní anamnéza podle Karetové a Staňka (2007) v souvislosti s ICHDK zkoumá přítomnost přidružených chorob – ischemická choroba srdeční, prodělané mozkové mrtvice a diabetes mellitus včetně možných komplikací. Dále je potřeba se vyptat na rizikové faktory a to kouření, vysoký cholesterol a hypertenzi.

V souvislosti s nynějším onemocněním hodnotí Roztočil (2014) bolesti dolních končetin. Zdali se jedná o intermitentní klaudikace, nebo už má pacient klidové bolesti. Také zjišťuje lokalizaci bolestí a klaudikační interval. K tomu Karetová se Staňkem (2007) doplňují, že je potřeba se zeptat také na růst kožních adnex, na vznik trofických defektů dolních končetin a jejich tendence k hojení.

Fyzikální/klinické vyšetření

Klinické vyšetření nemocného by se mělo podle Ručky a kol. (2011) řídit pravidlem „5P“, které vychází z anglických názvů typických příznaků ICHDK. Tyto názvy jsou pain (= bolest), pulselessness (= oslabení až vymizení pulzací), paresthesia (= ztráta senzorického čítí), pallor (= bledost končetiny), paralysis (= porucha motoriky).

Při fyzikálním vyšetření se hodnotí symetrie končetin, změny teplot a barevnosti, kvalita kůže a adnex, existence defektů nebo jiných změn (Seifert, 2009).

Inspekce podle Karetové, Roztočila a Herbera (2011) hodnotí asymetrii barvy a teploty končetin, přítomnost jizev a defektů, stav a kvalitu kůže.

Vyšetření pomocí pohledu podrobněji popisují Firt s Hejnalem a Vaňkem (1991). Při obliteraci je končetina bledá, hlavně při zvýšené poloze, po svěšení je naopak zarudlá, případně může být mramorovaná. Pokud už je ischemie končetiny, dochází ke ztrátě ochlupení, nízké pigmentaci, lomivosti nehtů. Pohledem je viditelné i aneurysma femorální arterie.

Pro ICHDK je podle Čížka (2012) specifický vzhled končetiny – štíhlá, bledá nebo mramorovaná končetina, chybějící ochlupení. Tyto znaky už na první pohled poukazují na možnost špatného prokrvení.

Při vyšetření pohledem je dobré se zaměřit na hybnost, hlavně akrálních oblastí, přítomnost otoků dolních končetin a stav svalstva (možná atrofie), doplňují Krajíček et al. (2007). Posouzení barvy, teploty kůže, trofických změn na kůži a nehtech, svalové

atrofie či případné kostní nebo kloubní deformity zařadila do klinického obrazu u ICHDK Broulíková (in Roztočil, 2014).

Za klíčový prvek v rámci fyzikálního vyšetření ICHDK Mohler a Jaff (2008) považují pohled, který přesněji definují jako vizuální kontrolu. Uvádějí, že už samotná změna barvy může být vodítkem, jež poskytuje informace o přítomnosti nebo závažnosti ischemické choroby dolních končetin. Také se zmiňují, že některé „provokativní manévry“ mohou zvýšit základní barevné změny.

Pohmat a poslech slouží podle Karetové, Roztočila a Herbera (2011) ke zjištění rozsahu cévního postižení. Teplotu kůže (oboustranně), víření krevního proudu, přítomnost či nepřítomnost tepu hodnotí pohmatem Firt, Hejnal a Vaňek (1991). Klener s kolegy (2009) navíc připomínají používání rukavic, především pokud jsou přítomné gangrény či jiné afekce.

Nejdůležitějším aspektem palpace je zhodnocení periferní pulzace. Mohler a Jaff (2008) doplňují, že není vhodné zaměřit se pouze na dolní končetiny. Měly by se tedy vyšetřovat nejen femorální, popliteální a tibiální arterie na dolních končetinách, ale také brachiální, radiální a ulnární tepny na horních končetinách, karotidy na krku a naposledy břicho (palpací lze zjistit přítomnost aneurysmatu abdominální aorty). S tím souhlasí i Klener a spol. (2009), kteří připomínají, že pokud je pulz hmatný, tak lze většinou vyloučit zúžení nebo uzávěr tepny. Upozorňují na vyhmatávání tepen uložených povrchně druhým, třetím a čtvrtým prstem přiloženými v místě průběhu palpované tepny. Způsob vyšetření je uveden v příloze 9 a 10.

Krajíček et al. (2007) se na základech shodují a přidávají i vyšetření hybnosti kloubů na dolní končetině, protože mohou být postiženy déletrvající ischemií. Poslech je podle Krajíčka (2007) nezbytnou součástí diagnostiky. Zjišťuje přítomnost šelestů. O vyšetřování přítomnosti šelestů, které jsou maximálně slyšitelné za zúžením, informují také Firt s Hejnalem a Vaňkem (1991), kteří ještě přidávají poslech karotické tepny. Musil (2007) zapsal fyzikální vyšetření zjednodušeně do tabulky (viz příloha 11).

Součástí vyšetření je provedení polohového testu podle Ratschova. Ten podle Karetové, Roztočila a Herbera (2011) ozřejmuje předpokládanou ischemii končetiny. Upozorňují na hodnocení testu vzhledem k individualitě. Proto může sloužit spíše

pro kontrolu změn prokrvení u konkrétního pacienta. Polohový test doporučuje i Seifert (2009), hlavně u pacientů s podezřením na ICHDK. Poukazuje i na možná úskalí – vyžaduje se klid na provedení a jistá praxe pro vyhodnocení. Polohový test zpracoval do tabulky (viz příloha 12).

Vyšetřovat se začíná z polohy na zádech, jak píše Karetová se Staňkem a kol. (2007). Pacient zvedne obě DK a provede plantární a dorsální flexi v kotníku, dokud se neobjeví bolest, ne však déle než 2 minuty. Poté se nemocný posadí se svěřenými končetinami a je nutné zkontrolovat, kdy se začnou končetiny prokrvovat (samozřejmě se zaznamenává každá končetina zvlášť). Karetová, Roztočil a Herber (2011) upozorňují po provedení testu na základní příznak těžké ischemie – přetrvávající bledost dolní končetiny po svěšení, nebo se objeví skvrnitá cyanóza. Poté, co se pacient posadí, svěsí dolní končetiny z lůžka, sledují se tři základní příznaky: zčervenání končetiny (fyziologická hodnota do pěti vteřin), žilní náplň na dorzu (fyziologicky do deseti vteřin) a úplné zčervenání (fyziologická hodnota do patnácti sekund), uvádí Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče (2012).

Už během testu se mohou objevit klaudikace a bledost chodidla. Je ale zároveň potřeba porovnání s druhou končetinou. Informují o tom Karetová, Roztočil a Staňk (2011). Poté je potřeba kontrolovat čas naplnění podkožních žil (optimální je 5–10 sekund) a barvu kůže na dolních končetinách. Na zdravé končetině se přibližně po 15 vteřinách objeví maximální hyperémie (zčervenání při svěšení končetiny). Na chronické obliterující arteriosklerotické změny poukazuje i vymizení pulzace na periférii končetiny po provedení „pohybových manévru“. Píše o tom Firt, Hejnal a Vaněk (1991) v „Cévní chirurgii“.

Navíc lze vzhledem k subjektivitě pociťované bolesti provádět měření klaudikační vzdálenosti. Lze to realizovat několika způsoby – výpočtem (známá rychlost pohybového pásu) nebo chůzí po chodbě (známá vzdálenost) podle metronomu. Oboje se provádí do objevení první bolesti a až poté do bolesti maximální, kdy musí pacient chůzi přerušit (Klener et al., 2009). Slezáková a kol (2007) navíc uvádí ergometrii dolních končetin, což lze charakterizovat jako zátěžový test na běhátko (treadmill), kdy se měří vzdálenost do první bolesti a vzdálenost maximálně tolerovanou. Další

alternativou je test chůze, kdy pacient „pochoduje“ tempem 120 kroků za minutu nebo rychlejší chůzí po rovině a měří se klaudikační vzdálenost, to znamená do objevení prvních klaudikačních bolestí (Nejedlá, 2006).

Laboratorní vyšetření

Laboratorní diagnostika zahrnuje kontrolu glykémie na lačno, glykemický profil v rámci screeningu přítomnosti diabetu, lipidogram za účelem posouzení stavu lipidového spektra, hemokoagulační vyšetření (aPTT, INR) a hladiny koagulačních faktorů k „vypátrání“ případné trombofilie, krevní obraz ke zjištění anémie a trombocytopenie nebo k vyloučení myeloproliferativních chorob, kam se řadí trombocytóza, polycytemie. Před plánovanou angiografií je nutno vyšetřit dusíkaté metabolity a to především kreatinin a ureu, pro zhodnocení funkce ledvin. Dále lze vyšetřit chemické složení moči pro stanovení mikroalbuminurie z důvodu možných mikrovaskulárních komplikací, které se objevují především u diabetiků a hypertoniků. (Karetová, Roztočil, Herber, 2011; Hehlmann, 2010) Procházka, Čížek a kol. (2012) vyžadují v rámci laboratorní diagnostiky před intervenčními výkony – INR (Quick), kreatinin, před trombolýzou – krevní obraz (hemoglobin, hematokrit, trombocyty, leukocyty), fibrinogen, APTT, glykémie, draslík.

Instrumentální metody

Nejjednodušším instrumentálním vyšetřením k definitivní diagnostice ICHDK a posouzení rozsahu onemocnění je podle Seiferta (2009), Broulíkové (in Roztočil, 2014), Čížka (2012) a Karetové, Roztočila a Herbera (2011) měření místních tlaků. Jedná se o kotníkový neboli ischemický index, tedy o index kotník-paže (tzv. ABI – ankle-brachial index). Vyšetření se provádí vleže a v klidu. Podstatou je změření krevního tlaku na všech čtyřech končetinách a určení poměru mezi systolickým tlakem dolní (oblast kotníku – na arteria tibialis posterior a arteria dorsalis pedis) a horní končetiny (paže – nejčastěji na arteria brachialis) na stejné straně. ABI se stanovuje pro každou končetinu zvlášť pomocí ultrazvukové sondy, jenž snímá akustické signály pod nafouknutou manžetou. Hodnoty jsou uvedeny v tabulce (viz příloha 13). Rac-Albu s kolegy (2014) považují index ABI za citlivý, jednoduchý, neinvazivní, účinný,

finančně efektivní prostředek pro screening u pacientů s rizikem ischemické choroby dolních končetin a rovněž pro diagnostiku pacientů, u nichž se symptomy již objevily.

Karetová, Roztočil, Herber (2011) upozorňují na možnou neproveditelnost vyšetření u pacientů s diabetes mellitus nebo chronickou renální insuficiencí v pokročilém stadiu či u starých nemocných. Důvodem je nemožnost stlačení tepny, kdy tepenný signál nemizí ani při maximálním nafouknutí manžety, což má za následek falešně vysoké hodnoty.

Zobrazovací metody

Pro posouzení lokalizace a rozsahu onemocnění, vhodnosti intervenční terapie, někdy k diferenciaci aterosklerotické formy choroby od jiných příčin, se využívají zobrazovací metody (Wyndham, 2010).

Zobrazovací metody se dělí na dvě podskupiny, podle nutnosti porušení kožního krytu, na neinvazivní a invazivní. Přednost mají metody neinvazivní.

Mezi základní neinvazivní vyšetření podle Zimolové a Hoňka (in Veselka, Rohn et al., 2015) patří ultrazvuk, který využívá schopnosti paprsků pronikat tkáněmi. V cévní chirurgii se používá především duplexní ultrazvuk, který umožňuje hodnotit anatomický obraz a rychlost toku krve. Některé přístroje dominují možností barevného kódování, což zvyšuje přehlednost cévního řečiště (dopplerovské měření). Duplexní ultrazvuk umožňuje ověřit stav arteriálního stromu od aorty až k nohám. U pacientů s nadváhou nebo při velkém množství plynu ve střevě může docházet k problematickému vyšetření kyčelní oblasti (Wyndham, 2010). Mimo jiné umožňuje rozlišovat podle krevního toku proudění, stav cévních stěn, odpor v cévním řečišti, přítomnost trombů, aneurysmat, vnitřního krvácení. (Procházka, Čížek a kol., 2012)

Dalšími neinvazivními metodami jsou počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR). V dnešní době se samostatně v diagnostice ICHDK příliš neuplatňují.

CT angiografie (CTA/CTAG) se využívá pro vyšetření/zobrazení cév. Využívá jódové kontrastní látky aplikované intravenózně. Po průtoku kontrastu cévami se tok zaznamenává na sérii rentgenových záznamů. Umožňuje hodnotit stěnu a lumen tepny i přilehlé struktury. Oproti tomu MR angiografie (MRA/MRAG) využívá magnet-kontrastní látku (na bázi gadolinia), takže nevyužívá rentgenové ani ionizační záření.

Obě tyto metody jsou určeny především pro tepny vyššího kalibru. (Kaletová, Veselý, 2010; Seifert, 2009; Procházka, Čížek a kol., 2013) Zimolová a Honěk (in Veselka, Rohn et al., 2015) uvádí, že CTAG a MRAG lze kromě diagnostiky onemocnění periferních tepen využít i v diagnostice cévní mozkové příhody a onemocnění aorty či tepen hlavy a krku. Kaletová a Veselý (2010) informují i o méně používaných metodách. Řadí sem fotopletysmografii (intenzita odrazu vyzařovaného infračerveného světla od hemoglobinu – prosvícení vyšetřované tkáně), kožní termometrii (teplota kůže je odrazem vlastní perfuze), pulzní oxymetrii a kapilaroskopii.

Jedinou invazivní metodou pro vyšetření tepen dolních končetin je kontrastní angiografie, jak uvádí Kaletová a Veselý z Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (2010). Jedná se o vyšetření tepen dolních končetin pomocí kontrastní látky, která je aplikována katétrem zavedeným nejčastěji do arteria femoralis a následné rentgenologické snímkování. Samostatně se používá pro intervenční řešení konkrétního nálezu s případným zavedením stentu. V dnešní době se spíše používá, jak uvádí Seifert (2009), digitální subtrakční angiografie (DSA). Jedná se vlastně o digitalizovanou formu angiografie, jejíž výhodou je nižší koncentrace kontrastní látky, zkrácení doby vyšetření a omezení komplikací.

1.2.6 Léčba ischemické choroby dolních končetin

Léčba ischemické choroby dolních končetin je založená na dvou základních pilířích. V počátečních stádiích onemocnění je pacientovi doporučena konzervativní terapie, tedy změna životního stylu a farmakologické ovlivnění choroby. Další možností je radikální řešení, a to chirurgické nebo intervenční. Snahou je zmírnit obtíže, zlepšit funkční stav pacienta a minimalizace komplikací, především kardiovaskulárních příhod, jako je infarkt myokardu nebo mozková mrtvice (Seifert, 2009). O postupu rozhoduje kolektiv lékařů, který tvoří radiolog, internista – angiolog a cévní chirurg. Zvolený způsob závisí na nálezu stavu tepenného řečiště i na celkovém stavu pacienta.

1.2.6.1 Konzervativní terapie

Režimová opatření

Základem je omezení rizikových faktorů. Richards a Edwards (2004) velice obecně definovali, že je nutno zredukovat kouření, při přítomnosti diabetu mellitu a hypertenze jejich léčba, při obezitě pokles hmotnosti.

Wyndham (2010) se zabývá především kouřením, protože ukončení snižuje progresi choroby a zároveň zlepšuje klaudikační vzdálenost. V případě závislosti nebo opakovaného „přestávání“ se navrhuje podpora speciálními prostředky (transdermální náplasti, žvýkačky), které se nejdříve aplikují podle stavu abstinčních příznaků a postupně se jejich množství snižuje (Staněk, 2007). V určitých případech je možné využít i behaviorální intervenci, ať už individuální, nebo skupinovou (Češka a kol., 2005). Stejného názoru jsou i Indráková a Kalinová (2009), které informují, že pokud jedinec přestane kouřit, dojde k výraznému poklesu rizika pro vznik ischemické choroby dolních končetin. Pro začátek doporučují návštěvu poradny pro odvykání kouření a předepsání nikotinových náhražek. Rosolová a Petrlová (2007) poukazují na tři odlišné a různě efektivní možnosti pro zbavení kuřáků jejich závislosti. Jedná se o intervenci zdravotníků při jejich každodenní práci, kdy lze aplikovat takzvanou metodu „5P“ (Ptát se na kouření za každé okolnosti, Poradit a navrhnout všem kuřákům přestat, Posoudit snahu přestat, Pomoci kuřákovi přestat, Plánovat kontroly). Dále se jedná o podporu specialistů v centrech pro odvykání kouření a poslední je intervence farmaceutická, kdy se využívá nikotinová substituční terapie (žvýkačky, nosní sprej, pastilky, inhalátor, tablety, transdermální náplasti).

Dále je vhodné pravidelné kondiční cvičení pod dohledem, ideálně každodenní. Pohybovou aktivitu považují Talafa, Zapletalová, Pastucha (2015) za nejjednodušší, nejefektivnější a nejekonomičtější metodu. Doporučuje se protahování chodidel (pata – špička), podřepy, následuje chůze zprvu pomalá, příhodná je i jízda na kole (Seifert, 2009). Cvičení má význam pro svaly, kdy jejich pravidelný trénink vede k vytvoření tzv. obchvatu zúženého místa. To vede k prodloužení ujité vzdálenosti a tím k prodloužení klaudikačního intervalu (Čížek, 2012). Pohybová aktivita má významnou

roli v prevenci kardiovaskulárních chorob (ateroskleróza je generalizovaný proces), a to především snižováním množství kyslíkových radikálů, zvyšováním maximální kyslíkové spotřeby, ovlivňováním chemických pochodů v krvi, působením na kosterní a svalovou soustavu, podílí se na snižování hmotnosti a také ovlivňuje psychiku (Kastnerová, 2012). Karetová, Vojtíšková, Ingrischová (2008) doporučují intervalový trénink, kdy se jedná o pravidelné provádění cviků zatěžujících svaly dolních končetin a pravidelnou chůzi. Pacient je může provádět sám v terénu nebo pod vedením fyzioterapeuta.

Součástí je také dietoterapie, kdy se předně jedná o omezení živočišných tuků (trans mastné kyseliny, cholesterol), rafinovaných cukrů i alkoholu. Obecně platí, že snahou je snížení energetického příjmu a normalizace tělesné hmotnosti. Principem dietního plánu je zvýšit příjem rozpustné vlákniny, fytosterolů, neslazených tekutin (upřednostňována je čistá voda), omezit solení. Povoleno je malé množství kávy – méně než 4 šálky/den (Žák et al., 2011). Jde také o rozložení jídla do pravidelných intervalů po menších porcích. Dále se doporučuje nepřejídat se, nejíst mezi jídly, vypít alespoň 2,5 litru – nejlépe před jídlem, ovoce jíst převážně dopoledne, jíst více zeleniny (Kastnerová, 2012). Astl, Astlová a Marková (2009) navíc varují před stravováním v rychlém občerstvení, před pozdními večeřemi, potraviny nepřesolovat, nevařit dlouho, nesmažit na přepáleném oleji, a také varují před tím, že se nemá zapomínat na snídani.

Další složkou je vyvarovat se zraněním a infekcí na postižené končetině (Müller a kol., 1997; Richards, Edwards, 2012).

Specifická terapie

Řadí se sem péče o diabetika, léčba dyslipoproteinémie a léčba hypertenze. Léčba pacienta s diabetes mellitus zahrnuje jednak korekci hladiny glykémie, jednak podiatrickou péči – péči o nohy. Cílem podiatrie je zabránit vzniku kožních defektů nebo nekróze. Léčení dyslipoproteinémie je především farmakologické. Ve většině případů se ordinují statiny (tzv. hypolipidemika) v jakékoliv fázi, s cílem snížit hodnoty LDL cholesterolu především u pacientů s těžkou poruchou tukové výměny. U většiny pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin je také nutná antihypertenzní terapie. Jde o snížení vysokého krevního tlaku nikoli o absolutní korekci krevního tlaku. Také je

nutné snížit množství soli bez ohledu na užívaná farmaka. (Karetová, Roztočil, Herber, 2011; Janda, Velemínský, Rokyta (in Rokyta, Höschl), 2014; Wollmer, 2004)

Farmakoterapie

Farmakoterapie je indikována ke zlepšení tolerance zátěže a prodloužení klaudikačního intervalu, neovlivňuje však prognózu pacienta.

Mezi základní indikační skupiny se řadí antiagregancia, antikoagulancia, vazodilatancia.

Antiagregancia – protidestičkové látky patří k základním pilířům léčby ICHDK pro použití ve všech stádiích. Hlavním účinkem je inhibice agregace trombocytů, tedy zabránit shlukování trombocytů v místě postiženého endotelu a tím zamezit vzniku trombu. Prvním zástupcem je Acetylsalicylová kyselina (Anopyrin, Godasal) v dávce 100 mg denně, kdy snižuje proagregaci a vazokonstrikci tromboxanu. Dalším reprezentantem je clopidogrel (Plavix, Trombex) s dávkováním 75 mg/den, jenž inhibuje agregaci trombocytů. Patří sem také přípravky s ticlopidinem (Tagren, Ticlopidin), který má obvyklou dávkou 250 mg 2krát denně a schopnost udržet průchodnost femoropopliteálního či femorotibiálního bypassu. (Indráková, Kalinová, 2009; Holý a kol., 2012; Čížek, 2012)

Antikoagulancia – protisrážlivé látky se indikují převážně u pacientů po revaskularizačním výkonu, především po rekanalizaci zavřeného bypassu. Podstatou je snížení krevní srážlivosti nejčastěji blokováním krevních srážecích faktorů, nebo snížením jejich syntézy. Dělí se na přímá (heparin, nízkomolekulární hepariny) a nepřímá (Warfarin). (Indráková, Kalinová, 2009; Holý a kol., 2012; Čížek, 2012)

Vazodilatancia – vazoaktivní látky vyvolávají rozšiřování cév. Působí buď přímo na stěnu cévy, nebo nepřímo inhibicí sympatiku. Mají většinou komplexní účinek a zároveň pozitivně ovlivňují reologické vlastnosti krve. Dělí se do tří skupin podle účinnosti – látky s prokázaným účinkem, látky s potencionálně úspěšným účinkem, látky s žádným nebo minimálním efektem. Jedním z představitelů je naftidrofuryl (Enelbin) v doporučené dávce 600 mg za den. Dalším je cilostazol (Pletal) v dávce 200 mg/den. Oba mají vazodilatační, antiagregační účinek a současně prodlužují klaudikační vzdálenost. V České republice není Pletal zatím registrován. Dalším

zástupcem této skupiny je pentoxifylin (Agapurin, Trental, Pentomer) s dávkováním 600–1200 mg/den, který má antiagregační účinek na erytrocyty a snižuje viskozitu krve. Dále se do této skupiny řadí prostaglandiny, jejichž nevýhodou je pouze intravenózní podávání. Jsou indikovány u nejtěžších stádií nemoci (krátké klaudikace a kritická ischemie). (Indráková, Kalinová, 2009; Holý a kol., 2012; Čížek, 2012; Vokurka, Hugo, 2015)

Trombolytika – fibrinolytika jsou farmaka užívaná k rozpouštění (lýze) trombů působením na fibrinolytický systém. Lze je aplikovat centrálně (systémově) nebo lokálně. V současné době se používají enzymy, rozdělené do tří skupin – tkáňové aktivátory plazminogenu – altepláza (Actilyse), streptokináza (Streptase), urokináza (Rheothromb). (Vokurka, Hugo, 2015; Kolář, 2008)

Hlavní kontraindikací antiagregancí, antikoagulancií a trombolytik jsou zejména krvácivé stavy a aktivní vředová choroba gastroduodena (Karetová, Staněk a kol., 2007).

1.2.6.2 Endovaskulární terapie

Perkutánní transluminální angioplastika (PTA)

Jedná se o invazivní terapeutický postup používající se pro odstranění stenóz nebo uzávěru tepny. Výkon je méně zatěžující než klasická operace v celkové anestezii. Podstatou je dilatace balónkovým katétre, který je zaveden po vodiči s perkutánního přístupu pod rentgenologickou kontrolou. Poté dochází ke kontrolovanému poranění ateroskleroticky změněné stěny cévy. Dilatací dochází buď k prasknutí aterosklerotického plátu, intimy a média, nebo k remodelaci arterie, nebo ke kompresi plátu do cévní stěny. Výsledek procedury závisí na morfologii léze a jejím uložení v cévě. Indikací jsou: obecné uzávěry tepen; některé stenózy v pánevní oblasti do 4 cm, ve femoropopliteálním úseku do 10 cm a uzávěry bypassů. (Krajíček a kol., 2007; Procházka a kol., 2012; Chochola, Vařejka, Heller, 2004)

Perkutánní transluminální angioplastika s implantací stentu

Jedná se o PTA se zavedením stentu – kovové, síťové výztuže, do uzavřené tepny. Implantace stentu může zvýšit úspěšnost PTA a tím následně prodloužit dobu průchodnosti tepny. Dělí se podle způsobu použití (rozvinutí stentu) na balón-expandibilní a samoexpandibilní. Indikace jsou primární – uzávěr pánevní tepny, sekundární – nevyhovující/neuspokojivý výsledek PTA. (Krajíček a kol., 2007; Procházka a kol., 2012)

Zvláštní skupinu tvoří stentgrafty – stenty opletené nepropustnou plastovou vrstvou (materiál používaný na cévní protézy), které se využívají především u aneuryzmat. Další indikací pro použití jsou ruptury cévy. (Krajíček a kol., 2007; Procházka a kol., 2012)

Nové endovaskulární metody

Renc a kol. (2015) uvádějí další specifické „možnosti“ angioplastiky – subintimální angioplastika (subintimální rekanalizace), angioplastika řezacím balónem, kryoplastika a angioplastika s balónem uvolňujícím léčivo. Dále představují arterektomii, trombektomii, brachyterapii. Indikacemi jsou – dlouhé tepenné uzávěry, pacienti s kritickou ischémií, polymorbidní pacienti, pro které je operace velice riziková. Nevýhodou je finanční náročnost výkonu.

1.2.6.3 Chirurgická terapie

Endarterektomie

Jedná se o přímé odstranění intimy spolu s aterosklerotickou hmotou disektorem či cévní kyretou. V dnešní době se preferuje otevřená endarterektomie. Kdy se podélnou incizí otevírá tepna v celém rozsahu postižení. Otvor lze poté uzavřít záplatou (nejčastěji žilní) nebo se vnitřní plochou stane media. Výhodou je zachování původního řečiště bez implantace umělé cévní protézy. Tento výkon se příliš nevyužívá u pacientů ve stadiu III a IV dle Fontainea. (Müller, 1997; Bachleda kol., 2011; Firt a kol. 1991)

Bypassy

Bypass znamená obejití nebo přemostění uzavřeného úseku. Bypass se „našívá“ podle lokalizace uzávěru nad začátek obliterace (proximálně) a pod konec obliterace (distálně). Při „vytváření“ obchvatu je nutno použít cévní náhradu. Jedná se o samostatný útvar, který se implantuje do cévního řečiště. Dělí se do několika skupin, nejčastější dělení je na biologické a umělé. (Firt a kol., 1991; Čížek, 2012)

V současnosti se v rámci biologických náhrad používá nejvíce autologní žilní štěp (žilní autotransplantát), a to vena saphena magna (velká saféna). Je to z důvodu anatomické polohy a snadného přístupu. (Karetová, Staněk a kol. 2007; Firt a kol., 1991) Tepenný autotransplantát se z důvodů omezené dostupnosti používá výjimečně. Jak uvádí Firt a kol. (1991) je nejčastěji použit krátký úsek artérie iliaca interna pro použití u dětí (rekonstrukce renální artérie). Krajíček a kol. (2007) navíc poukazuje na fakt, že pokud pacient trpí aterosklerózou, jedná se o celkové onemocnění a ne pouze o lokální postižení. Z toho důvodu je riziko rozvoje identických problémů při použití tepenné náhrady.

Druhou skupinou jsou umělé náhrady – cévní protézy. Umělé protézy se používají v případech, že nelze upotřebit vlastní cévu. Dělí se podle výrobní technologie a užitných vlastností. Základem je umělá tkanina, která musí být inertní (zjednodušeně nedráždící cévu) a bez kancerogenního či toxického působení. Dále musí mít určitou elasticitu, především podélnou a dostupné v jakékoliv délce. (Krajíček a kol., 2007; Firt, Hejnal a Vaněk, 1991) Krajíček a kol. (2007) dělí umělé protézy na neporézní (dnes se téměř nepoužívají) a na porézní. Uvádí, že pro výrobu porézních protéz se používají buď syntetické látky – nylon, dacron a teflon, nebo polyuretany – elastomery. Dále informuje o způsobu výroby – tkaní, pletení a lité protézy. Oproti tomu Firt a kol. (1991) rozděluje cévní protézy zjednodušeně na pletené, tkané, intraluminální prstencové a protézy lité.

Amputace

Jedná se o odstranění periferní části těla (v tomto případě dolní končetiny), pokud není naděje na záchranu a hrozí eventuálně ohrožení na životě (Vokurka, Hugo, 2015). Je indikovaná po vyčerpání všech možností léčby (Broulíková, 2014).

1.3 Role sestry – edukace pacienta

Zdravotní stav populace České republiky i přes pozitivní výsledky u některých ukazatelů zdravotního stavu upozorňuje na nízkou účinnost prováděné prevence (Šteflová, 2004). Hlavním cílem prevence civilizačních chorob je odpovídajícími intervencemi zamezit, nebo alespoň snížit, vystavení jednotlivců a společnosti příčinám, a tak předejít vzniku choroby. Prevenci lze chápat rovněž jako „brzdu“ postupu choroby nebo oddálení klinických projevů. Prevence tedy pokrývá veškeré etapy obvyklého vývoje nemoci. (Šteflová, 2004; Bencko, 2002)

Z tohoto důvodu současná situace a život v 21. století přináší mnoho změn, které se odrážejí i v ošetrovatelství. Kladou čím dál tím větší požadavky na sestry, jak v oblasti poskytování ošetrovatelské péče, tak v oblasti vzdělávání pacientů. Sestra se tak stává edukátorkou vzdělávání a výchovy zdravých i nemocných lidí, se kterými se v rámci své profese setkává (Magerčiaková, 2010).

Výchova ke zdraví si klade za cíl poskytnout lidem vhodným způsobem dostatek informací o možnostech a způsobech předcházení nemocem. Dále, jak zlepšit znalosti, zvýšit motivaci, ovlivnit postoje a přimět osoby k aktivnímu zájmu o své zdraví. A v neposlední řadě je přivést ke změně chování, jež vede k posílení zdraví (Wasserbauer a kol., 2002).

Edukace pacienta je dnes považována za běžnou součást standardní ošetrovatelské péče, kterou poskytuje zdravotní sestra (Nemcová, Hlinková a kol., 2010). Edukace pacientů je velice důležitou součástí terapeutické a ošetrovatelské péče (Svěráková, 2012). Podle Mazalánové a Blažkové (in Mauritzová, 2010) zdravotník, a především sestra, hraje významnou roli v procesu výchovy ke zdraví. Sestra jde osobním příkladem. Měla by tedy svým chováním, jednáním a postojem být vzorem zdravého způsobu života nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu. Tvrdí, že se jedná o prvky primární péče, které sestra prezentuje svým postojem k životnímu stylu.

Podle Nemcové a kol. (2010) je edukace proces ovlivňující chování pacienta i jeho rodiny s cílem uskutečnit změny v kognitivní oblasti (vědomosti), v oblasti afektivní (postoje) a psychomotorické (zručnost), které jsou potřebné pro udržování,

podporu a zlepšení zdraví. Edukaci považují za nejvyšší stupeň zájmu o pacienta a respektují, že nejlepším manažerem v rámci péče je sám pacient.

Edukace ve zdravotnictví znamená vzdělávání různých jedinců. Podstatou je uvědomělý postup k formulovaným cílům, které mají za úkol dosáhnout u jedinců změny v chování. Ty jim umožní adekvátně podporovat zdraví, adaptaci na stav nemoci, léčbu a ošetřování i předcházet nemocem. (Kutnohorská, Tomanová, 2010)

Kategorie zdravotní výchovy pacientů zformulovala Jarošová (2000), která je rozdělila na primární, sekundární a terciární.

Bencko (2002) navíc uvádí prevenci primordiální, jejímž účelem je omezení výskytu choroby zabráněním vzniku zvýšených rizik. Mezi hlavní postupy patří vytváření nejpříznivějších životních podmínek – správná strava, přiměřená tělesná aktivita nebo relaxace. Dále sem zařadil boj proti kouření a závislostem na jiných drogách. Upozorňuje, že pro maximální zvýšení účinnosti je vhodné začít tyto principy/zásady uplatňovat už od dětství.

Primární zdravotní výchova se zaměřuje na zdravou populaci a má za cíl předcházet zdravotním problémům. Nezabývá se jenom prevencí, ale i pozitivním zlepšením zdravotního stavu. (Jarošová, 2000) Podle Šteflové (2004) slouží primární prevence k výraznějšímu poklesu výskytu chorob, protože si klade za cíl odstranit příčiny onemocnění a také zamezit jejich vzniku. Také se zaměřuje na úpravu životních podmínek, posílení odolnosti a přizpůsobivosti osob. Ve zdravotnictví je zajišťována minimálně – preventivní prohlídky a očkování. V tomto případě by pro pacientovo budoucí zdraví podle Hlinovské, Kocurové a Němcové (2010) mělo přijít na řadu ošetřovatelství. Konkrétně výchova a vzdělávání jedinců, které představují podstatný způsob zlepšení kvality života a neodmyslitelnou složku terapie a péče. Šteflová (2004) ale poukazuje na fakt, že sestry v primární péči mají vhodnou pozici pro používání preventivních intervencí, neboť mají možnost pravidelného působení na „své“ pacienty.

Svěráková (2012) uvádí, že sestra se podílí na sekundární prevenci v rámci výchovně vzdělávací činnosti. Ta je zaměřená na pacienty trpící už nějakým onemocněním. Sekundární prevence si klade za cíl pomoci k vyléčení nebo zamezit rozvoji komplikací. Sekundární výchova může podle Jarošové (2000) zabránit přechodu

choroby do chronicity nebo ireverzibilního stádia. Zaměřuje se na informovanost pacienta o zdravotním stavu a možnostech, jak ji vzdorovat. Štefllová (2004) sem řadí i aktivní vyhledávání jedinců s počínající nemocí.

Terciární zdravotní výchova se vztahuje na dlouhodobě nemocné či invalidní a na jedince, jejichž nemoc „nedovoluje“ úplné vyléčení. Cílem je naučit tyto osoby a jejich nejbližší (nejčastěji rodinu), jak dle stávajících možností udržet kvalitu života, vyvarovat se problémům a komplikacím a také vhodně kompenzovat handicap. (Jarošová, 2000; Bencko, 2002)

V péči a edukaci o pacienta s ICHDK by měla sestra, chce-li být v edukaci úspěšná, splňovat určité požadavky. Ty specifikovaly Mazalánová a Blažková (in Mauritzová, 2010). Sestra by měla v osobnostních předpokladech být trpělivá, důsledná, svědomitá a tolerantní. Do schopností zařadily sebepoznání, sebehodnocení, empatii a získání důvěry, komunikaci. V kognitivní oblasti by sestra měla mít kvalitní znalosti z medicínských oborů (především v souvislosti s danou diagnózou), z ošetřovatelství, sociálních věd, základy pedagogiky pro schopnost edukace.

Účinná a správně provedená edukace by neměla spočívat pouze v předání informací. Sestra by měla, společně s pacientem, připravit tzv. edukační program, který usnadní pacientovi uskutečnit změnu v chování (Svěráková, 2012).

Mazalánová a Blažková (in Mauritzová, 2010) informují o tom, že před samotným zahájením edukace je potřeba si uvědomit, zdali se jedná o edukaci základní (pacient nemá žádné informace), reedukační (pacient již základní informace má, ale je nutné ho reedukovat) nebo komplexní (edukační kurzy). Sestra uskutečňuje edukační činnost většinou až po realizaci základních kroků ošetřovatelského procesu.

Pacient se musí vlivem chronického onemocnění naučit žít ve změněných životních podmínkách. Proto zdravotníci, především sestra, mohou pacientovi pomoci vytvořit/vybudovat nové stereotypy (Svěráková, 2012). Svěráková (2012) ve své knize uvádí několik podmínek, které je nutné splnit, aby k tomu mohlo dojít. Řadí sem: pacient má právo získat odpovídající úroveň informací (zdravotní stav a léčebný režim), pacient má mít možnost se kvalifikovaně rozhodnout pro změnu životního stylu (musí mít informace o příčinách onemocnění a možnostech jejich odstranění, o způsobu terapie),

měl by chápat svou roli v rámci péče o svou osobu a tím cítit změnu zodpovědnosti za své zdraví. Efektivní edukace má mírnit pacientovy obavy a pocity nejistoty. Pacient by měl obdržet dávku reálného optimismu a získat jakýsi „návod“ na nový životní styl, který odpovídá jeho zdravotnímu stavu.

V případě ICHDK by měl pacient obdržet informace související s diagnózou, a to o zanechání kouření, úpravě životosprávy (minimálně snížit množství tuků, cukrů a soli), zvolit vhodnou pohybovou aktivitu (není nutné, aby se pacient stal vrcholovým sportovcem), v rámci možností omezit míru stresových situací, naučit se je vhodně zpracovávat, případně se jim vyhnout. Je potřeba zmínit se i o úpravě terapie u přidružených diagnóz. (Čížek, 2012)

Ruiz-Canela a Martínez-González (2014) informují, že výživa v rámci primární prevence ICHDK je důležitá. Měla by obsahovat některé subtypy lipidů (bližze nespécifikují; pouze sdělují, že strava má být nízkotučná), vlákninu, vitamín E a C (jako antioxidanty), flavonoidy, vitamíny skupiny B (B₆, B₁₂, kyselina listová), vitamín D, zeleninu a ovoce. Oznamují, s odkazem na studie a Evropskou kardiologickou společnost, že je vhodnější dodržovat středomořskou stravu než nízkotučnou. Z důvodu lepšího dodržování dietního opatření, neboť pacienty lépe „nasytí“ a je chutnější a pestřejší. Kromě změny stravovacích návyků upozorňují, že do procesu změny životního stylu také patří odvykání kouření a přiměřená fyzická aktivita/cvičení.

Pro realizaci správného životního stylu je potřeba podle Wasserbauera (2002), aby byl jedinec za prvé dostatečně informován a motivován, tedy aby chtěl své zdraví šetřit, posilovat a současně eliminovat škodlivé faktory. Za druhé aby člověk přesně věděl, co je pro zdraví prospěšné a co mu naopak škodí. Jako poslední uvádí, že je potřeba vytvořit podmínky pro realizaci zdravého způsobu života.

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zhodnotit, nakolik pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin změnili po invazivním cévním výkonu životní styl.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin přistupují k prevenci rizikových faktorů?
2. Co je u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin hlavním impulzem pro případnou změnu stylu života?
3. Jakou měrou ovlivňuje operační zákrok postoj pacienta k rizikovým faktorům pro vznik ICHDK?
4. Jak zásadní je změna životního stylu u pacientů po operaci pro ICHDK?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Empirická část diplomové práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Zvolenou technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor s pacienty, ke kterému byly předem připravené otevřené otázky (příloha 14). Výzkum byl realizován v několika fázích – první rozhovor probíhal při příjmu pacienta na oddělení (před operací), další fáze následovala za 3 měsíce a poslední za 6 měsíců od operace. Původně měl být ještě prováděn rozhovor při kontrole v cévní poradně. Vzhledem k tomu, že doba objednání byla různě dlouhá, docházelo by u některých pacientů k dublování rozhovorů, a tudíž musel být jeden rozhovor úplně zrušen. Výzkum probíhal v nemocnici v Královéhradeckém kraji. Vedení nemocnice dalo souhlas k realizaci výzkumu (její souhlas je k dispozici u autorky). Oslovení respondenti byli nejdříve seznámeni s tématem a důvodem prováděného výzkumu. Všichni zúčastnění byli poučeni o zajištění anonymity a seznámeni s tím, že veškeré získané informace budou použity pouze pro výzkumné účely. Dotazovaní souhlasili s provedením rozhovoru a záznamem na připravený „tiskopis“ (příloha 15). Obsahem rozhovoru byl životní styl u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin. Otázky byly zaměřené na rizikové faktory v souvislosti s danou diagnózou – kouření, stravovací návyky, alkohol a pohybová aktivita. V první fázi byl rozhovor zaměřen také na přidružené diagnózy, které mohou druhotně ovlivňovat životní styl pacientů.

Záznamy z rozhovorů byly přepsány do elektronické podoby (pro lepší čitelnost) a vytištěny. Každý rozhovor s respondentem byl označen číslem, na které je v textu odkazováno. Rozhovory z první fáze mají čísla 1–10, rozhovory z druhé fáze 11–20, třetí fáze má čísla 21–30. Číslo 31 má závěrečná sumarizační otázka. První respondent byl označen jako R1. Rozbor dat byl prováděn, po opakovaném přečtení rozhovorů, metodou kódování v ruce, jenž je také nazýván jako metoda „papír-tužka“ (Švaříček, Šedová et al., 2014).

Při následném rozboru byla v rozhovorech vyhledávána a kódována slova, kterými se dotazovaní vyjádřili. Tím byly vytvořeny základní kategorie. Termíny vztahující se k jednotlivým kategoriím byly pro lepší orientaci v textu vyznačeny odlišnými barvami (příloha 16). U každé kategorie jsou uvedena nejčastější vyjádření respondentů s číselnými odkazy na řádku, ve kterém se dotazovaní zmínili k dané problematice, například R1/2/9 (respondent 1/rozhovor 2/řádek 9). Formulace může být zároveň doplněna o přímou citaci respondenta. Z důvodu ochrany osobních dat pacientů není záměrně uváděno celé jméno nemocnice, ve které proběhlo výzkumné šetření.

3.2 Charakteristika výzkumného prostředí

Zdravotnické zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření, je akreditovaným zdravotnickým zařízením v Královehradeckém kraji. Nemocnice nabízí široké spektrum zdravotnických služeb. Poskytuje ambulantní i lůžkové, zdravotní, diagnostické a léčebně preventivní služby v souladu s danými předpisy a smlouvami s jednotlivými pojišťovnami. Ošetřování v nemocnici probíhá na základě nejnovějších poznatků EBM/EBN a je poskytováno kvalifikovanými odborníky.

První rozhovory probíhaly přímo na standardním chirurgickém oddělení, buď přímo na pokoji pacientů, nebo na denní místnosti (pokud bylo na pokoji více pacientů) pro zajištění soukromí. Druhá fáze rozhovorů byla provedena v prostorách cévní ambulance kliniky, avšak soukromí respondentů bylo vždy důsledně zajištěno. Poslední rozhovory se konaly mimo nemocnici – kavárna, restaurace, knihovna, taktéž velmi diskrétním způsobem. Protože tyto poslední rozhovory byly vedeny mimo nemocnici a za delší čas (6 měsíců od operačního zákroku), pacienti mi pro domluvení času a místa schůzky poskytli osobní telefonní čísla a emailové adresy.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru – pacienti

Výzkumný soubor tvoří 8 pacientů (7 mužů a 1 žena). Výběr dotazovaných byl záměrný. Jednalo se o pacienty se stanovenou lékařskou diagnózou I70.2 (MNK 10) Ateroskleróza končetinových tepen (ICHDK) bez kritické ischémie. Vzhledem k tématu

bylo nutné vyloučit pacienty, kteří měli onemocnění ve vyšším stádiu (kritická ischemie), byli přijati s trofickými změnami na dolních končetinách nebo byli hospitalizováni akutně. Pacienti byli přijímáni den před plánovanou operací. Průměrný věk respondentů byl 58 let.

Původně bylo osloveno 12 respondentů, konkrétně 9 mužů a 3 ženy. V průběhu výzkumu 3 osloveni (2 muži a 1 žena) nesouhlasili s další spoluprací. 1 pacientka byla při poslední fázi rozhovorů již tři týdny hospitalizovaná z důvodu jiné diagnózy, a nevyhovovala tedy kritériím pro zařazení rozhovoru do empirické části.

Na začátku byla při výběru pacientů tendence oslovit rovným podílem (půl na půl) ženy a muže. Tento záměr nebyl naplněn, neboť žen bylo s danou diagnózou hospitalizováno daleko méně, anebo neodpovídaly zadanému kritériu (jiná diagnóza, jiné stádium, cévní defekty).

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty v předoperačním období

Kategorie Předoperační období se zaměřuje na to, jak se respondenti cítí, jaký je jejich životní styl v předoperačním období před plánovanou operací pro aterosklerotické změny na dolních končetinách a byla jim tedy diagnostikována ischemická choroba dolních končetin. V této kategorizaci bylo vytvořeno pět kategorií: kategorie Kouření a alkohol, kategorie Stravovací návyky a složení potravy, kategorie Pohybová aktivita, kategorie Změna životního stylu a kategorie Znalost rizikových faktorů a prevence. V každé kategorii a následné podkategorii jsou kódované výrazy, jež vyjadřují formulace respondentů o jejich životním stylu v předoperačním období.

Kategorie Kouření a alkohol

Podkategorie Kouření

V této podkategorii se pacienti vyjadřovali k otázkám týkajících se kouření, případné délky a počtu vykouřených cigaret. Výsledkem je, že z 8 respondentů 1 vůbec nikdy nekouřil, 2 přestali s kouřením a 5 uvedlo, že kouří. R5 na tuto otázku odpověděl, že nikdy nekouřil. Respondenti, kteří kouřit přestali, měli dříve určitou zkušenost s kouřením. R7 uvedl: „*Přestal jsem v roce 2012. Před tím jsem kouřil 30 let 20 cigaret denně.*“ R8 řekl: „*...od 20 let 10 cigaret. Od 30 let nekouřím.*“ Kuřáci uváděli různě dlouhou dobu kouření. R1 na otázku ohledně kouření odpověděl: „*...od 23 let... kouřím 40 let 15 cigaret denně.*“ R3 také začala kouřit už v mládí a jak sama řekla: „*...kouřím 30 let 20–40 cigaret denně.*“ R2 měl snahu přestat: „*Ano, s přestávkami. Nejdéle jsem vydržel 2 roky*“ a dodává: „*Ted' už 10 let kouřím 5 cigaret denně.*“ Obdobně odpovědět i R6: „*Ano, 20 let 10 cigaret denně.*“, následně doplnil: „*Měl jsem opakovanou snahu přestat. Zatím bezvýsledně.*“ R4 uvádí: „*Ano... už 30 let a... 30 cigaret denně.*“, hned vzápětí doplňuje: „*Před 5 lety, jsem to omezil na 5 cigaret denně.*“

- Nikdy jsem nekouřil R5/1/7.
- Kouřil jsem, ale přestal R7/1/10, 11; R8/1/12, 13.
- Měl jsem snahu přestat, ale stále kouřím R2/1/6, 7; R6/1/7, 8.
- Kouřím, ale omezil jsem to R4/1/8.
- Kouřím R1/1/7; R3/1/7.

Podkategorie Alkohol

Zde měli respondenti zhodnotit množství vypitého/požitého alkoholu za týden. Z 8 respondentů 2 vůbec nepijí, 4 požívají alkohol minimálně nebo občas a 2 vypijí za týden větší množství alkoholu. R1 na tuto otázku reagoval následovně: „...*pouze příležitostně. Sem tam nějaké to pivo. ‚Tvrdej‘ jenom výjimečně.*“ Když jsem pacienta požádala, aby se pokusil uvést celkové množství, odpověděl: „*Za týden tak průměrně 4 piva.*“ R2 uvedl, že pije minimálně: „*Někdy 1 pivo, někdy nic.*“ Dva respondenti nepijí a oba jsou po absolvování protialkoholního léčení. R3 řekla: „*Ted'ka nic. V minulosti jsem musela jednou na léčení.*“ Obdobně odpověděl i R4: „*Před 10 lety... protialkoholní léčení. Od té doby nic.*“ R8 sdělil: „*Výjimečně si dám červené víno.*“ R5 tvrdí, že pije pouze příležitostně a na doplňující otázku o shrnutí uvedl: „*Za týden průměrně 3 piva.*“ Oproti tomu R6 má za týden větší „spotřebu“ alkoholu, uvádí, že: „...*za týden to dělá tak 6 piv + 2–3 panáky.*“ R7 uvedl, že alkohol požívá minimálně: „...*tak 1–2 piva denně.*“

- Vůbec nepiju (po protialkoholní léčbě) R3/1/9; R4/1/10, 11.
- Piju minimálně R2/1/9,10; R5/1/9; R7/1/13; R8/1/15.
- Piju větší množství R1/1/9–11; R6/1/10.

Kategorie Stravovací návyky a složení potravy

Podkategorie Stravovací návyky

V této podkategorii odpovídali respondenti na otázku – z čeho se skládá jejich obvyklý jídelníček. Odpovědi byly velice různorodé. Někteří respondenti se snažili dodržovat zdravou stravu, jiní byli „tak někde mezi“ a poslední skupina preferovala

spíše nezdravou skladbu jídla. Mezi „vyznaváče“ zdravého stravování patří R2, který uvedl: „*Mám rád maso v jakékoliv podobě. A zeleninu. Nemusím moc sladké.*“ R7 odpověděl obdobně: „*Mám rád maso a zeleninu.*“ Uváděl také, že ze zdravotního hlediska a rodinné zátěže se snaží o změnu, proto: „*...jsem omezil živočišné tuky a méně solím...*“ Do této skupiny lze zařadit i R8, který řekl: „*Snažím se jíst zdravě. Preferuji italskou kuchyni.*“ Velkou skupinu tvořili respondenti preferující českou kuchyni. R1 konkrétně uvedl: „*Mám rád českou kuchyni.*“ Zároveň podotknul, že kvůli svým nemocem: „*...bych měl méně solit... bych měl zhubnout.*“ a ještě dodal: „*Jsem cukrovkář, ale jenom na práškách...*“ R3 byla dokonce konkrétnější, co se týká jídelníčku. Řekla: „*Nejraději mám buček a moravskýho vrabce.*“ a doplnila: „*Nemůžu sladké, mám cukrovku, ale tu a tam zahřeším.*“ Obdobně se stravuje i R6, který odpověděl: „*Mám rád českou kuchyni... buček, vepřovou se zelím, smažený řízek, svičková se šesti (smetanová), vařím zásadně se sádlem a maso... rádně prorostlé.*“ Navíc v rozhovoru uvedl, že jí nepravidelně, i přesto že je diabetik na inzulínu a podle rodiny pije nedostatečně. R4 má ve své stravě ve větší míře zastoupené polotovary a omlouvá to tím, že: „*Žiju sám a vyvařovat se mi nechce.*“ Naprosto jinak se stravuje R5, který z důvodu podnikání nedodrжуje příliš zdravou stravu a správný způsob stravování. Řekl konkrétně: „*Jím hodně nepravidelně, spíše na noc. Taky se často stavím v nějakém rychlém občerstvení. Někdy... rohlík nebo housku a 15 deka suchýho salámu.*“ Také hovořil o rodinné zátěži: „*Měl bych... jíst málo tučného a ty nízkotučné potraviny.*“ a o svém zdravotním stavu se zaměřením na jídelníček: „*...měl bych méně solit...*“

- Upřednostňuji zdravou stravu R2/1/12–14; R7/1/15–17; R8/1/17, 18.
- Preferuji českou kuchyni R1/1/13–17; R3/1/11,12; R6/1/12–17.
- časté stravování z polotovarů R4/1/13, 14.
- stravování formou rychlého občerstvení R5/1/11–19.

Podkategorie Složení stravy

Tato podkategorie se věnuje už konkrétnějším potravinám, a to z pohledu jejich četnosti v jídelníčku respondentů. Potraviny byly vybírány z hlediska vhodnosti a nevhodnosti s ohledem na zásady správné životosprávy. Mezi nevhodné či méně vhodné jsme zařadili tyto potraviny: smažená jídla, červené maso, tučné maso, máslo, sádlo, plnotučné mléko, uzeniny, slané pochutiny, polotovary, rychlé občerstvení, moučníky a sladkosti, bílé pečivo, sladké nápoje a perlivé nápoje. Pro lepší přehlednost uvádíme vyjádření respondentů k jednotlivým potravinám.

Smažená jídla: R1/1/19 – 3× týdně; R2/1/16 – 3× měsíčně; R3/1/14 – 2× týdně; R4/1/16 – 2× týdně; R5/1/21 – 5× týdně; R6/1/19 – 4× týdně; R7/1/19 – 1× týdně; R8/1/20 – 1× měsíčně

Červené maso: R1/1/20 – 1× denně; R2/1/17 – 3× měsíčně; R3/1/15 – 3× týdně; R4/1/17 – 3× týdně; R5/1/22 – 4× týdně; R6/1/20 – 5× týdně; R7/1/20 – 2× týdně; R8/1/21 – zcela výjimečně

Tučné maso: R1/1/21 – 3× týdně; R2/1/18 – vůbec; R3/1/16 – alespoň 2× týdně; R4/1/18 – 3× týdně; R5/1/23 – 1× týdně; R6/1/21 – 3× týdně; R7/1/21 – nejím; R8/1/22 – nejím

Máslo: R1/1/23 – denně; R2/1/19 – téměř vůbec; R3/1/17 – denně; R4/1/19 – denně; R5/1/24 – sporadicky; R6/1/22 – často; R7/1/22 – minimálně; R8/1/23 – ne

Sádlo: R1/1/24 – 3× týdně; R2/1/20 – minimálně; R3/1/18 – často (k vaření); R4/1/20 – denně; R5/1/25 – výjimečně k vaření; R6/1/23 – často; R7/1/23 – výjimečně na vaření; R8/1/24 – ne

Plnotučné mléko: R1/1/25 – nepiju, raději mám polotučné; R2/1/21 – nepiju, raději mám polotučné; R3/1/19 – polotučné; R4/1/21 – polotučné; R5/1/26 – polotučné; R6/1/24 – denně 1 hrnek; R7/1/24 – ne; R8/1/25 – ne

Uzeniny: R1/1/27 – 2× denně; R2/1/24 – 3× týdně; R3/1/20 – 2× denně; R4/1/22 – 2× denně; R5/1/27 – 2× denně; R6/1/25 – 2× denně; R7/1/25 – 2× týdně; R8/1/26 – 2× týdně (vysoce kvalitní)

Slané pochutiny: R1/1/19 – *ob den*; R2/1/16 – *příležitostně*; R3/1/14 – *ob den*; R4/1/16 – *denně*; R5/1/21 – *příležitostně*; R6/1/19 – *každý den*; R7/1/19 – *výjimečně (oslavy)*; R8/1/20 – *výjimečně*

Polotovary: R1/1/20 – *2× za měsíc*; R2/1/17 – *ne*; R3/1/15 – *4× měsíčně*; R4/1/17 – *5× týdně*; R5/1/22 – *2× měsíčně*; R6/1/20 – *4× měsíčně*; R7/1/20 – *ne*; R8/1/21 – *ne*

Rychlé občerstvení: R1/1/21 – *vůbec, to je spíše pro mladý*; R2/1/18 – *2× ročně*; R3/1/16 – *ne*; R4/1/18 – *ne*; R5/1/23 – *téměř denně*; R6/1/21 – *ne*; R7/1/21 – *ne*; R8/1/22 – *ne*

Moučníky a sladkosti: R1/1/23 – *nesmím, ale občas zhřeším*; R2/1/19 – *občas*; R3/1/17 – *občas zhřeším*; R4/1/19 – *1× týdně*; R5/1/24 – *3× týdně*; R6/1/22 – *nesmím*; R7/1/22 – *1× denně ke kávě*; R8/1/23 – *1× týdně*

Bílé pečivo: R1/1/25 – *denně*; R2/1/21 – *2× denně*; R3/1/19 – *denně*; R4/1/21 – *denně*; R5/1/26 – *denně*; R6/1/24 – *denně*; R7/1/24 – *ob den*; R8/1/25 – *ne*

Sladké nápoje: R1/1/27 – *nepiju*; R2/1/23 – *minimálně*; R3/1/20 – *někdy, max. 2× týdně*; R4/1/22 – *ne*; R5/1/27 – *občas*; R6/1/25 – *ne*; R7/1/25 – *výjimečně*; R8/1/26 – *výjimečně*

Perlivé nápoje: R1/1/28 – *často, ale je to nárazové*; R2/1/24 – *minimálně*; R3/1/22 – *denně*; R4/1/23 – *ne*; R5/1/28 – *téměř denně*; R6/1/26 – *téměř denně*; R7/1/26 – *výjimečně*; R8/1/27 – *výjimečně*

Mezi vhodné jsme zařadili tyto potraviny: ovoce, zelenina, luštěniny, ryby, drůbež, celozrnné pečivo, tmavá rýže, olivový olej, slunečnicový olej, neslazené nápoje, neperlivé nápoje, zakysané a nízkotučné mléčné výrobky. Pro lepší přehlednost uvedeme vyjádření respondentů k jednotlivým potravinám.

Ovoce: R1/1/31 – *1× týdně*; R2/1/26 – *2× týdně*; R3/1/24 – *2× měsíčně*; R4/1/25 – *ne*; R5/1/30 – *2× týdně*; R6/1/28 – *1× týdně*; R7/1/28 – *2× týdně*; R8/1/29 – *5× týdně*

Zelenina: R1/1/32 – *2× týdně*; R2/1/27 – *5× týdně*; R3/1/25 – *1× týdně*; R4/1/26 – *3× týdně (okurka, rajčata a mrkev)*; R5/1/31 – *1× týdně*; R6/1/29 – *1× týdně*; R7/1/29 – *5× týdně*; R8/1/30 – *5× týdně*

Luštěniny: R1/1/33 – *ty opravdu ne*; R2/1/28 – *2× za měsíc*; R3/1/26 – *leda čocku s párkem*; R4/1/28 – *3× týdně*; R5/1/32 – *zcela výjimečně*; R6/1/30 – *3× měsíčně*; R7/1/30 – *1× týdně*; R8/1/31 – *3× týdně*

Ryby: R1/1/34 – *1× za měsíc*; R2/1/29 – *5× za měsíc*; R3/1/27 – *vůbec*; R4/1/29 – *vůbec*; R5/1/33 – *2× měsíčně*; R6/1/31 – *ne (pouze na vánoce)*; R7/1/31 – *1× měsíčně*; R8/1/32 – *2× týdně*

Drůbež: R1/1/35 – *2× měsíčně*; R2/1/30 – *4× týdně*; R3/1/28 – *2× měsíčně*; R4/1/30 – *2× měsíčně*; R5/1/34 – *3× týdně*; R6/1/32 – *2× měsíčně*; R7/1/32 – *3× týdně*; R8/1/33 – *2× měsíčně*

Celozrné pečivo: R1/1/31 – *zcela výjimečně*; R2/1/26 – *občas*; R3/1/24 – *nechutná mi*; R4/1/25 – *výjimečně*; R5/1/30 – *velice málo*; R6/1/28 – *velice málo*; R7/1/28 – *ob den*; R8/1/29 – *denně*

Tmavá rýže: R1/1/32 – *ne*; R2/1/27 – *občas*; R3/1/25 – *ne*; R4/1/26 – *ne*; R5/1/31 – *ne*; R6/1/29 – *ne*; R7/1/29 – *výjimečně*; R8/1/30 – *3× týdně*

Olivový olej: R1/1/33 – *ne*; R2/1/28 – *pravidelně*; R3/1/26 – *ne*; R4/1/28 – *ne*; R5/1/32 – *ne*; R6/1/30 – *ne*; R7/1/30 – *často (téměř denně)*; R8/1/31 – *téměř denně*

Slunečnicový olej: R1/1/34 – *ne*; R2/1/29 – *občas*; R3/1/27 – *ne*; R4/1/29 – *ne*; R5/1/33 – *ne*; R6/1/31 – *ne*; R7/1/31 – *občas*; R8/1/32 – *občas*

Neslazené nápoje: R1/1/35 – *ano, denně*; R2/1/30 – *ano, denně*; R3/1/28 – *ano, denně*; R4/1/30 – *ano, denně*; R5/1/34 – *převážně*; R6/1/32 – *ano*; R7/1/32 – *ano*; R8/1/33 – *denně*

Neperlivé nápoje: R1/1/36 – *moc ne*; R2/1/31 – *často*; R3/1/29 – *ne*; R4/1/31 – *ano*; R5/1/35 – *někdy*; R6/1/33 – *někdy*; R7/1/33 – *často*; R8/1/33 – *denně*

Zakysané a nízkotučné mléčné výrobky: R1/1/37 – *minimálně, tak 2× měsíčně*; R2/1/32 – *pravidelně 1× denně*; R3/1/30 – *max. 2× měsíčně*; R4/1/32 – *2× měsíčně*; R5/1/36 – *2× týdně*; R6/1/34 – *2× týdně*; R7/1/34 – *3× týdně*; R8/1/35 – *4× týdně*

Kategorie Pohybová aktivita

Tato kategorie si kladla za cíl, aby respondenti sami zhodnotili svůj postoj k pohybové aktivitě. Nejenom typ/druh pohybové aktivity, ale také, jak často danou

aktivitu vykonávají nebo provozují. V předoperačním období mnohé z respondentů v provozování jakéhokoliv pohybu omezovaly bolesti dolních končetin. Například R1 hovořil o redukci pohybu: „...musím často zastavovat, protože mě bolí nohy.“ a proto „chodím ... 3× v týdnu na nákup... máme to za rohem.“ Bolesti v pohybu limitují i R2, který svůj současný pohyb zhodnotil takto: „Nyní téměř nic. Jsem rád, že to zvládám v práci...“ Obdobně je na tom i R3, která říká: „Maximálně si dojdu nakoupit. Bolí mě ty nohy.“ R8 také nesportuje a komentuje to následovně: „...mám dlouhotrvající bolesti... občas si jdu zaplavat.“ Přidává také informace ke svému zdravotnímu stavu: „Navíc dlouho nevěděli, co mi je...“ Zcela jinak je na tom se sportem R5 a uvádí: „Na sport nemám... čas. Výjimečně vyrazím na kole... (cca 5–7 km).“ Určitou „aktivitu“ vykonává i R4 a říká: „Jdu tak jednou týdně... do hospody... V létě chodím na houby.“ Kdežto R6 a R7 mají pohybové omezení z důvodu dalšího onemocnění. R6 má cukrovkou poškozenou sítnici a uvádí: „...špatně vidím, tak sport nepřichází v úvahu.“ Zpočátku dokonce R6 přiznává: „...hrál fotbal a nohejbal...“ R7 vypráví, jak je on na tom se zdravím: „...mám... glaukom. Navíc teď tu růži v noze.“ a s pohybem: „...jednou denně se projít... malé procházky.“

- Chodím alespoň na procházky R4/1/34, 35; R7/1/37, 38.
- Občas jdu nakoupit, ale mám bolesti R1/1/39–41; R3/1/32, 33.
- Nemám na sport čas R5/1/38, 39.
- Občas si jdu zaplavat R8/1/37.
- Nesportuji z důvodu dalšího onemocnění R6/1/36, 37; R7/1/36.
- Téměř nic, sotva to zvládám v práci R2/1/34, 35.

Kategorie Změna životního stylu

Podstatou bylo zhodnotit, zdali respondenti nějakým způsobem změnili životní styl, poté co jim byla diagnostikována ischemická choroba dolních končetin. Ve většině případů se změna týkala kouření. Třeba R1 uvedl: „Snažil jsem se přestat kouřit, ale vydržel jsem pouze 2 dny.“ Obdobně je na tom R3, která hovořila, že: „Chtěla jsem přestat kouřit, ale nešlo to.“ Snahu změnit svůj vztah ke kouření R2 zhodnotil takto:

„Omezil jsem kouření a usiloval... přestat úplně, zatím však bez efektu.“ R6 si postěžoval: „Opakovaně jsem se snažil přestat kouřit.“ O určitém úspěchu informuje R4: „Omezil jsem kouření.“ A rovněž R7: „Postupně jsem snižoval množství cigaret... přestal kouřit úplně.“ R5 se k problematice úpravy kouření jako nekuřák vůbec nevyjadřoval. Naopak si postěžoval: „Jako podnikatel... se nemůžu stravovat nějak pravidelně.“ Změna jídelníčku byla také nejednou uváděná v rámci změny životního stylu. R2 říkal, že se snaží jíst zdravěji: „více zeleniny a ovoce, omezit tlusté, uzeniny a smažené.“ To R3 se „omezila“ pouze na: „snažím se nejíst sladké...“, ale zdůvodnila to tím, že je cukrovkářka a také, že zapomíná pravidelně užívat léky. Oproti tomu R4 oznámil: „...v protialkoholní léčbě.“ a „Přidal jsem trochu zeleniny.“ R7 své vyjádření také zredukoval, řekl: „Omezil jsem živočišné tuky a množství soli...“ To R1 a R6 se netajili tím, že úprava jídelníčku nebude zrovna lehká. R1 přímo uvedl: „Mám rád pravou českou kuchyni...“ R6 měl snahu jíst zdravěji, ale podle svých slov: „...sem tomu nepřišel na chuť.“ R8 se vyjádřil velice „zvláště“, neboť nekomentoval ani kouření, ani stravování, přímo cituji: „Ne, ale jsem rád, že konečně vím, proč mám ty bolesti, a co mi je.“

- Přestal jsem kouřit R7/1/41.
- Omezil jsem kouření R2/1/38, 39; R4/1/39.
- Snaha o omezení či zanechání kouření R1/1/45; R3/1/36; R6/1/41.
- Úprava jídelníčku R2/1/40, 41; R3/1/37; R4/1/40; R7/1/42, 43.
- Bez úpravy jídelníčku R1/1/47; R6/1/42.
- Téměř nic, protože se nemůžu stravovat pravidelně R5/1/43, 44.
- Ne, ale vím, proč mám bolesti R8/1/41.

Kategorie Znalost rizikových faktorů a prevence

Podkategorie Znalost rizikových faktorů

V této podkategorii měli pacienti za úkol odpovědět, zda znají rizikové faktory ischemické choroby dolních končetin a pokud ano, tak je co nejpřesněji formulovat. Nejčastější odpovědí respondentů bylo kouření. Druhá nejpočetnější odpověď se týkala

stravování. Všech 8 respondentů odpovědělo, že vědí o rizikových faktorech. R1 odpověděl, že mezi rizikové faktory patří: „...kouření a ta česká kuchyně.“ Ovšem „lehce“ podotknul, že to ví až od lékaře. R2 také uvedl: „...kouření a špatné stravování.“ R6 se též „věnoval“ jídlu: „...kouření a hodně tučná jídla.“ R4 byl ve své odpovědi více specifický, protože řekl: „Jo, patří tam kouření a velké množství tuku.“ Rovněž R5 uvedl: „...kouření a vysoké cholesterol.“ R8 odpověděl téměř stejně: „...kouření a vysoká hladina tuků v krvi.“ R3 uvedla pouze kouření. R7 byl oproti ostatním více informován, neboť uvedl: „...kouření, hodně cholesterolu, velké množství alkoholu.“

- Pouze kouření R3/1/40.
- Kouření a česká kuchyně R1/1/49, 50.
- Kouření a špatné stravování R2/1/45.
- Kouření a vysoké množství tuku R4/1/42; R5/1/46; R6/1/44; R8/1/43.
- Kouření, hodně cholesterolu, velké množství alkoholu R7/1/48.

Podkategorie Prevence

V této podkategorii respondenti reagovali na předchozí podkategorii, protože měli definovat možnosti/způsoby prevence ischemické choroby dolních končetin. Odpovědi byly hodně totožné s výše uvedenými rizikovými faktory ICHDK a také ve velké míře souvisely s životním stylem dotazovaného. To bylo evidentní při použití některých slov – to jídlo, tolik tlustého, bude asi patřit. R7 byl ve své odpovědi nejvýstižnější. Uvedl: „...je nezbytností přestat kouřit, omezit živočišné tuky a zanechat pití alkoholu a taky se víc hýbat.“ R1 sem zařadil: „...přestat kouřit a jíst to zdravé jídlo.“ Téměř stejně reagoval na tuto otázku R4, protože tvrdí: „...aby člověk nekouřil a nejedl tolik tlustého.“ R6 doufá, že sem asi patří: „...přestat kouřit a jíst málo tuků.“ Skoro totožná odpověď byla u R8: „...nekouřit a omezit příjem tuků.“ R5 na otázku odpověděl následovně: „...nekouření a upravit hodnoty cholesterolu a tuků.“ R2 řekl: „Do prevence bych zařadil přestat kouřit, nebo ještě lépe nekouřit vůbec, zdravá strava

a málo tuků.“ Velice specifická byla odezva na otázku u R3: „Ono se řekne, nekuřte, škodí Vám to. Já ale už kouřím dlouho a přestat není jen tak.“

- Přestat kouřit R3/1/41, 42.
- Přestat kouřit a jíst zdravěji R1/1/51; R2/1/46, 47; R5/1/43,44; R6/1/45; R8/1/44.
- Nekuřit a upravit lipidy R5/1/47, 48.
- Přestat kouřit, omezit živočišné tuky a zanechat pití alkoholu a taky se víc hýbat R7/1/49, 50.

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty po 3 měsících od operačního zákroku

Kategorie s názvem Po 3 měsících od operačního zákroku se zabývá otázkou, jaký životní styl mají respondenti v tomto pooperačním období. V této kategorizaci bylo rovněž vytvořeno pět kategorií: kategorie Kouření a alkohol, kategorie Stravovací návyky a složení potravy, kategorie Pohybová aktivita, kategorie Vnímání změny a kategorie Motivace a podpora. V každé kategorii a následných podkategoriích jsou kódované výrazy, které vystihují vyjádření respondentů o jejich životním stylu v pooperačním období, konkrétně v období třech měsíců od operačního výkonu.

Kategorie Kouření a alkohol

Podkategorie Kouření

V této podkategorii respondenti hodnotili svůj postoj ke kouření, s ohledem na prodělanou operaci. Cílem bylo zjistit, zda se změnil vztah ke kouření. V tomto období se zvýšil počet nekuřáků. Z 8 dotazovaných jsou již 3 nekuřáci, 2 respondenti kouření omezili, 1 měl snahu kouření omezit, ale nakonec se vrátit na stejný počet cigaret jako před operací a 2 poslední pacienti tuto „neřest“ nijak neřešili. Nekuřáci R5 a R8 odpověděli stroze: „*Nekuřím.*“ R7 byl ve své odpovědi navíc i vtipný, protože řekl: „*Pořád nekuřím. A začínat s tím znovu opravdu nehodlám.*“ R1 a R2 patří do kategorie respondentů s omezeným kouřením. R1 uvedl: „*Nepřestal jsem... Omezil*

jsem to na 10 cigaret za den.“ Obdobně odpověděl i R2: *„Omezil jsem to na 2 cigarety denně.“* R6 byl při odpovědi na tuto otázku lehce posmutnělý a jeho sdělení bylo: *„Zatím bohužel ne. Zpočátku... srazil na 5 cigaret za den, Po měsíci a půl... původních 10 cigárek za den.“* Jistou snahu měla i R3, jak uvedla: *„Nepřestala, ale snažila jsem se.“* A R4 se vyjádřil následovně: *„Nepřestal, ale kouřím těch 5 denně.“*

- Nepřestali kouřit R3/2/2; R4/2/2.
- Měl snahu, ale nedopadlo to R6/2/2, 3.
- Omezili kouření R1/2/3; R2/2/3.
- Nekouří R5/2/2; R7/2/2; R8/2/2.

Podkategorie Alkohol

V této podkategorii měli dotazovaní uvést, jak „jsou na tom“ s alkoholem, s ohledem na prodělanou operaci. Cílem bylo vypátrat, zda respondenti snížili nebo úplně přestali požívat alkohol. Výsledky jsou následující, z 8 pacientů 2 nepijí vůbec, 6 popijí alkohol příležitostně nebo občas. Respondenti R3 a R4 uvádějí shodně: *„Nepiju“* (dříve absolvovali protialkoholní léčení). R6 řekl: *„Občas... si dám 2 pivečka a 2 malé panáky.“* R1 učinil změnu, jak sám říká: *„...úplně jsem přestal pít ‚tvrdý alkohol.‘“* a dodal: *„Zatím ty 2 piva týdně.“* R5 se považuje za příležitostného pivaře a potvrzuje to svou odpovědí: *„Příležitostně si dám 1–2 piva.“* Mezi „malé pivaře“ se podle svých slov řadí i R2: *„...minimálně, Max. 1 pivo.“* R7 vzhledem k léčbě Warfarinem uvádí: *„...musím opatrně, ale dám si občas 1–2 piva.“* R8 se vymyká oblíbeným mokem, což následně objasnil svou odpovědí: *„Příležitostně ‚dvojičku‘ červeného vína.“*

- Vůbec nepiju R3/2/4; R4/2/4.
- Piju příležitostně nebo občas R2/2/6; R5/2/4; R7/2/5; R8/2/4.
- Piju příležitostně a přestal jsem pít „tvrdý“ alkohol R1/2/5, 6.
- Piju občas i tvrdý alkohol R6/2/5, 6.

Kategorie Stravovací návyky a složení potravy

Podkategorie Stravovací návyky

V této podkategorii odpovídali respondenti na otázku – z čeho se nyní (3 měsíce po operačním zákroku) skládá jejich obvyklý jídelníček. Záměrem bylo zjistit, zda po prodělané operaci dotazovaní změnili svůj postoj k jídlu, jestli jedí „zdravěji“. Odpovědi byly opět různorodé. Někteří respondenti se snažili dodržovat zdravou stravu už z předoperačního období, jiní se ještě snaží změnit a další dávají přednost spíše nezdravému jídlu. Bez jakékoliv změny je podle jeho slov R8: *„Je to stejné. (...) věrný italské kuchyni.“* Bez velkých změn jsou i R4 a R5. R4 uvedl: *„Stále kupuji ty polotovary. A té zelenině také zrovna moc nedám.“* I když jisté změny tu jsou: *„...snažím moc nesolit. Ale kolik ‚sole‘ je v těch jídlech sem nezkoumal.“* Vzhledem k omezenému rozpočtu R4 ještě uvedl: *„...mám rád maso, ale na nějaké lepší nemám peníze. (...) podle ceny.“* R5 z důvodu toho, že je pořád v jednom kole řekl: *„Přetrvává rychlé občerstvení...“* na svou „obhajobu“ podotknul, že: *„...v těch fast foodech zeleninovej salát... méně... smažená jídla.“* A také: *„...se snažím omezit tu rychlovku.“* R2 rovněž učinil určité drobné změny: *„...omezit slaná jídla – hlavně uzeniny, ... více zeleniny; piju více čisté vody...“* R7 udělal taky jistý pokrok: *„...více ovoce a zeleniny, ... významně snížil příjem bílého pečiva.“* R1 se přiznal, že neustále: *„...rád českou kuchyni. Ale lehce to upravil – méně solím a mírně jsem omezil uzeniny. (...) trochu zeleniny.“* To R3 vůbec žádnou změnu neudělala a taky to v rozhovoru přiznala: *„...pořád stejný. (...) buček, párky, uherák. A na vaření je nejlepší sádlo.“* A stejně tak je na tom i R6, který v rozhovoru uvedl: *„...českou kuchyni. (...) buček, smažený vepřový řízek a svíčkovou.“* A následně podotkl, že drobná změna nastala: *„...někdy sádlo vyměním za olej.“*

- Neprovedl jsem žádnou změnu (preference české kuchyně) R3/2/6, 7; R6/2/8–11.
- Neprovedl jsem žádnou změnu (italská kuchyně) R8/2/6, 7.
- Drobná změna v jídelníčku R1/2/9, 10; R4/2/6–11.
- Větší změna v jídelníčku R2/2/9–11; R5/2/6–9.

- Zásadní změny v jídelníčku R7/2/8–13.

Podkategorie Složení stravy

Tato podkategorie se také věnuje konkrétnějším potravinám a to z pohledu jejich četnosti v jídelníčku respondentů. Potraviny byly vybírány z již známého hlediska. Stanovili jsme si za cíl, zjistit, zda dotazovaní po operaci provedli či nikoli úpravu jídla (ve smyslu poklesu). Mezi nevhodné či méně vhodné potraviny jsme zařadili: smažená jídla, červené maso, tučné maso, máslo, sádlo, plnotučné mléko, uzeniny, slané pochutiny, polotovary, rychlé občerstvení, moučníky a sladkosti, bílé pečivo, sladké nápoje a perlivé nápoje. Pro lepší přehlednost uvádíme vyjádření respondentů k jednotlivým potravinám.

Smažená jídla: R1/2/12 – 3× týdně; R2/2/13 – 3× měsíčně; R3/2/10 – 2× týdně; R4/2/13 – 2× týdně; R5/2/11 – 2× týdně; R6/2/13 – 3× týdně; R7/2/15 – 1× měsíčně; R8/2/9 – 1× měsíčně

Červené maso: R1/2/13 – 5× týdně; R2/2/14 – 3× týdně; R3/2/11 – 3× týdně; R4/2/14 – 3× týdně; R5/2/12 – 3× týdně; R6/2/14 – 5× týdně; R7/2/16 – 1× týdně; R8/2/10 – zcela výjimečně

Tučné maso: R1/2/14 – 3× týdně; R2/2/15 – vůbec; R3/2/12 – 2× týdně; R4/2/15 – 2× týdně; R5/2/13 – 2× měsíčně; R6/2/15 – 3× týdně; R7/2/17 – ne; R8/2/11 – ne

Máslo: R1/2/15 – denně; R2/2/16 – minimálně (k vaření); R3/2/13 – denně; R4/2/16 – denně; R5/2/14 – sporadicky; R6/2/16 – často; R7/2/18 – zcela výjimečně; R8/2/12 – ne

Sádlo: R1/2/16 – 3× týdně; R2/2/17 – minimálně (k vaření); R3/2/14 – pravidelně k vaření; R4/2/17 – denně; R5/2/15 – zcela výjimečně; R6/2/17 – občas; R7/2/19 – zcela výjimečně; R8/2/13 – ne

Plnotučné mléko: R1/2/17 – nepiju; R2/2/18 – nepiju; R3/2/15 – nepiju; R4/2/18 – nepiju; R5/2/16 – nepiju; R6/2/18 – 1 hrnek denně; R7/2/20 – ne; R8/2/14 – ne

Uzeniny: R1/2/18 – ob den; R2/2/19 – max. 2× týdně; R3/2/16 – 1× denně; R4/2/19 – 2× denně; R5/2/17 – 3× týdně; R6/2/19 – 2× denně; R7/2/21 – 1× týdně; R8/2/15 – 1× týdně (vysoce kvalitní)

Slané pochutiny: R1/2/12 – 3× týdně; R2/2/13 – příležitostně; R3/2/10 – 2× týdně; R4/2/13 – ob den; R5/2/11 – příležitostně; R6/2/13 – ob den; R7/2/15 – výjimečně; R8/2/9 – výjimečně

Polotovary: R1/2/13 – 2× měsíčně; R2/2/14 – ne; R3/2/11 – 4× měsíčně; R4/2/14 – 3× týdně; R5/2/12 – 2× měsíčně; R6/2/14 – 4× měsíčně; R7/2/16 – ne; R8/2/10 – ne

Rychlé občerstvení: R1/2/14 – ne; R2/2/15 – zatím ne; R3/2/12 – ne; R4/2/15 – ne; R5/2/13 – téměř denně; R6/2/15 – ne; R7/2/17 – ne; R8/2/11 – ne

Moučníky a sladkosti: R1/2/15 – ne; R2/2/16 – občas; R3/2/13 – zatím ne; R4/2/16 – 1× týdně; R5/2/14 – 3× týdně; R6/2/16 – nesmím; R7/2/18 – občas; R8/2/12 – 1× týdně

Bílé pečivo: R1/2/17 – denně; R2/2/18 – 1× denně; R3/2/15 – denně; R4/2/18 – denně; R5/2/16 – ob den; R6/2/18 – denně; R7/2/20 – zcela výjimečně; R8/2/14 – ne

Sladké nápoje: R1/2/18 – nepiju; R2/2/19 – nepiju; R3/2/16 – nepiju; R4/2/19 – nepiju; R5/2/17 – občas; R6/2/19 – ne; R7/2/21 – ne; R8/2/15 – výjimečně

Perlivé nápoje: R1/2/19 – občas; R2/2/20 – minimálně; R3/2/17 – pravidelně; R4/2/20 – ne; R5/2/18 – téměř denně; R6/2/20 – téměř denně; R7/2/21 – ne; R8/2/15 – výjimečně

Mezi vhodné potraviny jsme zařadili: ovoce, zeleninu, luštěniny, ryby, drůbež, celozrnné pečivo, tmavou rýži, olivový olej, slunečnicový olej, neslazené nápoje, neperlivé nápoje, zakysané a nízkotučné mléčné výrobky. Pro lepší přehlednost uvádíme vyjádření respondentů k jednotlivým potravinám.

Ovoce: R1/2/21 – 1× týdně; R2/2/22 – 3× týdně; R3/2/19 – 2× měsíčně; R4/2/22 – ne; R5/2/20 – 3× týdně; R6/2/22 – 1× týdně; R7/2/24 – 4× týdně; R8/2/18 – 1× denně

Zelenina: R1/2/22 – 3 × týdně; R2/2/23 – 1 × denně; R3/2/20 – 3 × týdně; R4/2/23 – 3 × týdně; R5/2/21 – 3 × týdně; R6/2/23 – 2 × týdně; R7/2/25 – 5 × týdně; R8/2/19 – 1 × denně

Luštěniny: R1/2/23 – ne; R2/2/24 – 2× měsíčně; R3/2/21 – max. čočka s párkem; R4/2/24 – 3× týdně; R5/2/22 – zcela výjimečně; R6/2/24 – 3× měsíčně; R7/2/26 – 1× týdně; R8/2/20 – 1× týdně

Ryby: R1/2/24 – 1× měsíčně; R2/2/25 – 1× týdně; R3/2/22 – ne; R4/2/25 – ne; R5/2/23 – 2× měsíčně; R6/2/25 – ne; R7/2/27 – 3× měsíčně; R8/2/21 – 3× týdně

Drůbež: R1/2/25 – 2× měsíčně; R2/2/26 – 4× týdně; R3/2/23 – 2× měsíčně; R4/2/26 – 2× měsíčně; R5/2/24 – 3× týdně; R6/2/26 – 2× měsíčně; R7/2/28 – 2–3× týdně; R8/2/22 – 1× týdně

Celozrné pečivo: R1/2/21 – 1× týdně; R2/2/22 – 1× denně; R3/2/19 – nechutná mi; R4/2/22 – výjimečně; R5/2/20 – ob den; R6/2/22 – velmi málo; R7/2/24 – 1–2× denně; R8/2/18 – 1–2× denně

Tmavá rýže: R1/2/22 – ne; R2/2/23 – 4× měsíčně; R3/2/20 – ne; R4/2/23 – ne; R5/2/21 – ne; R6/2/23 – ne; R7/2/25 – 1× týdně; R8/2/19 – 3× týdně

Olivový olej: R1/2/23 – ne; R2/2/24 – pravidelně; R3/2/21 – ne; R4/2/24 – ne; R5/2/22 – ne; R6/2/24 – ne; R7/2/26 – ne; R8/2/20 – denně

Slunečnicový olej: R1/2/24 – ne; R2/2/25 – občas; R3/2/22 – ne; R4/2/25 – ne; R5/2/23 – ne; R6/2/25 – občas; R7/2/27 – téměř denně; R8/2/21 – občas

Neslazené nápoje: R1/2/25 – ano, denně; R2/2/26 – ano, denně; R3/2/23 – ano, denně; R4/2/26 – ano, denně; R5/2/24 – převážně; R6/2/26 – ano; R7/2/28 – denně; R8/2/22 – denně

Neperlivé nápoje: R1/2/26 – moc ne; R2/2/27 – často; R3/2/24 – ne; R4/2/27 – ano; R5/2/25 – někdy; R6/2/27 – někdy; R7/2/29 – denně; R8/2/23 – denně

Zakysané a nízkotučné mléčné výrobky: R1/2/27 – minimálně, tak 2× měsíčně; R2/2/28 – 1× denně; R3/2/25 – 4× měsíčně; R4/2/28 – 2× měsíčně; R5/2/26 – 2× týdně; R6/2/28 – 2× týdně; R7/2/30 – 3× týdně; R8/2/24 – 5× týdně

Kategorie Pohybová aktivita

Tato kategorie si stanovila za cíl, zjistit úroveň pohybové aktivity respondentů 3 měsíce po operačním zákroku. Tedy jak často danou pohybovou aktivitu provádějí a také její typ/druh. Z dotázaných si 2 ještě stěžují na bolesti dolních končetin, konkrétně R1 a R3. Nejhuře, co se týká pohybu, je podle svých slov R3: „*Chodím jenom na ty nákupy. Ještě mě bolí nohy...*“ R1 uvádí: „*Chodím... 3× týdně... Jednou za čas... na 1–2 piva do hospody.*“, což zdůvodňuje tím, že jak říká: „*...mě ještě občas*

bolí nohy.“ Další 2 respondenti jsou v pohybové aktivitě limitováni přidruženým onemocněním. Oba tedy nesportují klasickým způsobem, ale snaží se vykonávat alespoň nějakou menší aktivitu. R6 nesportuje, jak sám říká: „...*kvůli cukrovce skoro nevidím.*“ Zároveň dodává, že se snaží: „...*alespoň ob den na delší procházku, tak kilometr, kilometr a půl.*“ To R7 nesportuje z důvodu jiného onemocnění. Jedná se podle jeho slov o: „...*glaukom a růže.*“ A potom pokračuje: „...*alespoň jednou denně na delší procházku. A jednou týdně delší výlet.*“ Oproti nim R5 také moc nesportuje, ale z jiného důvodu. Uvádí: „...*málo, nestíhám. Kolo... jsem si netroufnul po té operaci*“ Hned potom doplňuje, že se snaží: „...*více chodit pěšky, ale při podnikání to není moc často...*“ Ostatní se aktivitě také věnují, ať už ve větší či menší míře. R2 řekl: „*Chodím denně na procházky...*“ a „...*na kole kratší vzdálenost.*“ R4 prozradil, že: „*Chodím s chlapama do hospody jednou týdně.*“ Hned vzápětí dodává, že to není jediná aktivita, ale navíc: „*Byl jsem 3× v lese...*“ a „...*kousek na kole.*“ Kolo jako pomůcku pro pohyb používá i R8, který řekl: „*Denně kratší procházky a 3× týdně do práce na kole.*“

- Chodím alespoň na procházky (občasné bolesti) R1/2/29–31; R3/2/27, 28.
- Nesportuji z důvodu dalšího onemocnění R6/2/30, 31; R7/2/32–34.
- Moc nesportuji (nestíhá) R5/2/28–30.
- Chodím na procházku a snažím se na kole R2/2/30, 31; R4/2/30–32; R8/2/26.

Kategorie Vnímání změny

Podkategorie Změna životního stylu

Podstatou bylo posoudit, zda respondenti nějakým způsobem změnili celkový životní styl od doby provedení operace. Dotazovaní se nejčastěji snažili upravit kouření, stravu a pohyb. R1 uvedl, že změnil stravovací návyky: „*Omezil jsem sůl, uzeniny. Přidal jsem trochu té zeleniny.*“ a také přístup ke kouření: „*Snížil jsem počet vykouřených cigaret za den.*“ Obdobně je na tom i R2, který řekl: „*Snížil jsem počet vykouřených cigaret za den. Přidal jsem více zeleniny.*“ R6 byl, co se týká stravování konkrétnější, protože sdělil: „*Snížil jsem množství sádla.*“ R6 ale na druhou stranu prozradil, že: „*Usiloval jsem o omezení počtu cigaret, ..., nepovedlo se mi to.*“ R3 a R5

učinili téměř shodné změny v životním stylu. R3 prozradila, že „Změnila jsem jídlo, ale hodně málo. Snažím se pravidelně užívat léky.“ R5 uvedl podobnou změnu: „Změnil jsem přístup k jídlu, ale velice málo. Snažím se pravidelně brát prášky na tlak a na cholesterol“ Co se týká změny ve stravování, je na tom stejně i R4, který řekl: „Změnil jsem jídlo, ale hodně málo.“ Navíc uvedl: „Snažím se pravidelně ‚hejbat‘...“ R7 povídal: „Přidal jsem více pohybu...“ a „Zjistil novinky v dietě při užívání Warfarinu...“ R8 na tuto otázku odpověděl: „Ne, jenom jsem se začal trochu více hýbat.“

- Upravil/a jsem stravu R1/2/34, 36; R2/2/35.
- Upravil/a jsem stravu, ale málo R3/2/31; R4/2/35; R5/2/34; R6/2/35.
- Snižil/a jsem počet cigaret R1/2/35; R2/2/34.
- Pravidelně jsem začal/a užívat léky R3/2/32; R5/2/35.
- Přidal/a jsem více pohybu R4/2/36; R7/2/37; R8/2/29.
- Snažil jsem se omezit počet cigaret R6/2/36, 37.
- Novinky v dietě (léčba Warfarinem) R7/2/38.

Podkategorie Náročnost změny

Dotazovaní měli určit, s ohledem na předchozí otázku, jak moc náročné byly tyto změny. Odpovědi respondentů byly velice rozmanité. Například R1 uvedl: „Bylo, a stále je, to hodně těžké. Moc mi to nešlo, zavádět ‚náky‘ novinky, hlavně v jídlu.“ Podobně je na tom i R6, který pravil: „Dost, taky jsem toho moc nezměnil. V mém věku je to těžký.“ Velice specificky odpověděla R3: „Bylo to hodně náročné, protože kouřím už hodně dlouho. A vyměnit bůček za kuře?!“ R4 to zhodnotil následovně: „Je to těžký, jsem sám a peněz taky není nazbyt.“ Rovněž R5 měl podle svých slov, problém se změnou životního stylu, protože jak sám řekl: „Při mém podnikání se životní styl mění těžko.“ Naprosto rozdílnou odpověď měl R2: „Jo, celkem to šlo.“ R7 odpověděl: „Ani moc ne. Nějaké změny jsem učinil už po předchozí operaci.“ Svým způsobem zvláštní byla reakce R8, který odpověděl: „Nebylo to tak těžké, ale je pravda, že tu stravu jsem moc nezměnil. Vím, že bych celkově mohl udělat větší změny.“

- Bylo to hodně těžké R1/2/41, 42; R3/2/36, 37.
- Je to těžké R4/2/40; R5/2/41; R6/2/42, 43.
- Celkem to šlo R2/2/39.
- Ani moc ne R7/2/44, 45.
- Nebylo to těžké, ale šlo udělat víc R8/2/33–34.

Kategorie Motivace a podpora

Podkategorie Motivace

Záměrem této podkapitoly bylo „vypátrat“, co, kdo nebo jaký faktor vedl respondenty k výše uvedeným změnám. Aby nebolely nohy, byla nejčastější pohnutka ke změně. To vyslovila například R3: „*Aby mě nebolely ty nohy.*“ Rovněž to i s dodatkem uvedl R4: „*Aby mě nebolely nohy a mohl jsem se o sebe starat sám.*“ Do této „skupiny“ patří i R5, který řekl: „*Aby mě nebolely nohy... Předejít komplikacím a neskončit jako táta.*“ Dalšími podněty byly snaha co nejdříve se vrátit do běžného života, strach o nohu, nepřidělovat starosti nejbližším nebo zpomalení procesu. R2 uvedl: „*Co nejdříve začít žít normálně, hlavně bez bolesti.*“ R1 prozradil, jaký měl důvod ke změně: „*Abych nezůstal manželce ‚na krku‘, nemusela se o mne starat.*“ Pro R6 byl podnětem strach, jak sám uvedl: „*Abych nepřišel o nohu. Stačí to poškození očí kvůli cukrovce.*“ R8 sdělil: „*Chtěl jsem se cítit líp, měl jsem strach, aby se to nezhoršilo.*“ Specifický důvod ke změně měl R7, který prozradil: „*Zpomalit proces ucpávání cév... Hodně jsem se o svých nemocech teď informoval.*“

- Aby mě nebolely nohy R3/2/34; R4/2/38; R5/2/37.
- Co nejdříve začít žít normálně R2/2/37.
- Strach o nohu R6/2/39, 40.
- Nezůstat manželce „na krku“ R1/2/38.
- Cítit se lépe R8/2/31.
- Zpomalit proces ucpávání cév R7/2/40, 41.

Podkategorie Podpora

Cílem této podkapitoly bylo zjistit, kdo pomáhal respondentům při realizaci změn. Mnohokrát se v odpovědích objevovali rodinní příslušníci, následovali kolegové a kamarádi. Jako kupříkladu R5, jenž řekl: „*Moji nejbližší – manželka a matka.*“ R3 se svěřila: „*Dcera mi pořád promlouvá do duše, snažím se, ale to víte...*“ R2 vypovídal, že to byli: „*Rodina (nejbližší), kolegové z práce.*“ Rodina byla oporou i R7: „*Manželka a děti.*“ Ten navíc uvedl i velice specifickou formu podpory a to konkrétně: „*Hodně mi pomáhá to, že si vyhledávám informace.*“ U R8 „figurovali“: „*Přítelkyně a kolegové z práce.*“ R6 ocenil práci manželky, i přesto se svěřil, že: „*Snazila se vařit zdravěji, ale odmítal jsem to jíst. Také chlapi měli snahu mi dávat dobré rady.*“ Protože R4 žije sám, podpora přišla odjinud: „*Kamarádi – chlapi z hospody.*“ R1 „dostal“ rovněž trochu neobvyklou formu podpory a to od jeho kamaráda. R1 uvedl: „*Pepa mi říkal, ať máknu a nezůstanu starej a chromej dědek. Aby se o mě manželka a děcka nemusely starat.*“ Nezapomněl i na podporu dětí.

- Rodinní příslušníci R1/2/47; R2/2/41; R3/2/39; R5/2/43; R6/2/45; R7/2/47; R8/2/36.
- Kolegové z práce R2/2/41; R8/2/36.
- Kamarádi R1/2/44–46; R4/2/42; R6/2/46.
- Vyhledávání informací R7/2/48.

4.3 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty po 6 měsících od operačního zákroku

Kategorie Po 6 měsících od operačního zákroku se zabývá otázkou životního stylu respondentů v tomto pooperačním období. V této kategorizaci bylo vytvořeno šest kategorií: kategorie Kouření a alkohol, kategorie Stravovací návyky a složení potravy, kategorie Pohybová aktivita, kategorie Změna životního stylu, kategorie Vnímání změny a kategorie Motivace a podpora. V každé kategorii a následných podkategoriích

jsou kódované výrazy, které vyjadřují formulace respondentů o jejich životním stylu v období šesti měsíců od operačního výkonu.

Kategorie Kouření a alkohol

Podkategorie Kouření

V této podkategorii se pacienti vyjadřovali k otázkám týkajících se postoje ke kouření z hlediska delšího časového úseku od prodělané operace. Účelem bylo určit, jestli došlo u dotázaných ke změně ve vztahu ke kouření. Z 8 respondentů jsou nyní 4 nekuřáci, 1 dotazovaný kouření omezil, 3 měli stejný počet cigaret jako před operací. Co se týká nekuřáků, tak sem patří R2, R5, R7 a R8. R8 řekl: „*Pořád nekouřím.*“ Stejně odpověděl R7: „*Pořád nekouřím.*“ R5 opět stroze pronesl: „*Nekouřím.*“ Kdežto R2 uvedl: „*Přestal jsem nadobro.*“ R3 se řadí do skupiny „omezených cigaret“, protože řekla: „*...snížila jsem to na 20 za den.*“ Oproti tomu R1 kouřit nepřestal, neb tvrdil: „*Zůstal jsem na těch 10 cigaretách denně.*“ Totožně to řekl i R6: „*Pořád kouřím těch 10 cigaret denně.*“ Posledním citovaným je R4, který tvrdil „*Kouřím pořád, těch 5 za den. Ale chtěl bych to skončit.*“

- Nekuřáci R2/3/2; R5/3/2; R7/3/2; R8/3/2.
- Omezili kouření R3/3/2.
- Kouřit nepřestal, ale chtěl by R4/3/2.
- Nepřestali kouřit (kouřili pořád stejně) R1/3/2; R6/3/2.

Podkategorie Alkohol

Tato podkategorie si kladla za cíl, zjistit, jestli respondenti snížili, nebo úplně přestali požívat alkohol s ohledem na prodělanou operaci. Dotazovaní měli stanovit množství vypitého/požitého alkoholu za týden. Z 8 respondentů 2 vůbec nepijí a 4 požívají alkohol minimálně nebo občas. Mezi abstinenty se řadí R3 a R4, kteří shodně uvedli: „*Držím se a nepiju.*“ Ostatní pijí alkohol pouze příležitostně. Například R5 řekl: „*Jenom příležitostně. Za týden tak 1 pivo.*“ Obdobně je na tom R2, jenž pravil: „*Maximálně 1 pivo týdně nebo nic.*“ R7 to zhodnotil následovně: „*Občas si dám*

1–2 piva.“ Občas pije i R6, který podle svých slov: „...zajdu na 2 piva.“ R8 uvedl, že: „Příležitostně 2 deci červeného vína.“ Specificky odpověděl R1: „Příležitostně a ,tvrdej‘ absolutně žádný. Průměrně 2 piva týdně.“

- Abstinenci R3/3/4; R4/3/4.
- Příležitostně 1–2 piva R2/3/4; R5/3/4; R6/3/4; R7/3/4.
- Příležitostně 2 dl vína R8/3/4.
- Průměrně 2 piva za týden R1/3/5.

Kategorie Stravovací návyky a složení potravy

Podkategorie Živočišné tuky ve stravě

Cílem bylo, aby dotazovaní sami posoudili, jaké je množství živočišných tuků ve stravě a zdali došlo vzhledem k prodělané operaci k nějakým změnám. Výsledky by se daly rozdělit do dvou základních skupin – vysoký a nízký podíl živočišných tuků ve stravě. Vysoké hodnoty uvedli R1, R3 a R6. R1 řekl: „*Neustále hodně. ...dobrá česká kuchyně.*“ To R3 stroze odpověděla: „*Dost vysoký.*“ A R6 prozradil: „*...tu českou kuchyni, ...dost vysoký. S jídlem je to asi tak, jako když jsme mluvili posledně.*“ Druhou skupinu lze ještě rozdělit na ty, kteří se je snaží omezit a na ty, kteří si myslí, že je to množství nízké. Například R5 sdělil: „*...asi vyšší. Ale snažím se to minimalizovat. Přesné množství nevím.*“ R2 naproti tomu uvedl pouze: „*Snažím se to minimalizovat.*“ R4 to zhodnotil následovně: „*Snad je to lepší, jen jsem to nějak nezkoumal.*“ R7 zkonstatoval: „*Myslím, že malý. Snažím se je omezovat.*“ To R8 si je jistější, protože řekl: „*Určitě nízký. ...olivový olej a nejím červené maso,*“

- Hodně vysoký podíl živočišných tuků R1/3/7; R3/3/6; R6/3/6, 7.
- Asi vyšší, snaží se minimalizovat R5/3/6, 7.
- Snaží se minimalizovat R2/3/6; R4/3/6.
- Malý/nízký podíl živočišných tuků R7/3/6; R8/3/6.

Podkategorie Stravovací návyky

Tato podkategorie chtěla zjistit, z čeho se v nynější době, tedy 6 měsíců od operace, skládá obvyklý jídelníček respondentů. Odpovědi byly velice rozdílné. Každý z dotazovaných přistoupil ke změně nějak jinak. Někteří to „vzali z gruntu“, jiní mění skladbu jídelníčku pozvolna. Žádnou změnu neuskutečnil R8, protože stroze zkonstatoval: „*Pořád italská kuchyně.*“ R2 podle svých slov žádné velké změny neprovedl. Řekl jenom: „*Hodně masa a zeleniny. Co nejméně bílého pečiva a sladkého.*“ R4 se zaměřil na omezení své „neřesti“, poněvadž uvedl: „*Snažím se míň kupovat ty polotovary. Jím více zeleniny.*“ Podobně usiloval o změnu svých stravovacích návyků i R5, když prozradil: „*...méně... fast foody a jíst rychlovky. Manželka mi začala vařit dietní jídla a tu a tam mi je dá do práce. (...) objednávat jídlo v blízké kantýně. Jím více zeleniny a ovoce.*“ R7 dokonce některé potraviny zcela eliminoval. Na danou otázku odpověděl: „*Vůbec nepoužívám máslo a sádlo, smažené minimálně. Úplně jsem přestal jíst bílé pečivo.*“ S humorem dodal: „*Živím se jako králik – zeleninou a ovocem.*“ a ještě doplnil: „*Více kontroluji, co jím, kvůli tomu Warfarinu.*“ Takové razantní změny R1 neučinil. Uvedl: „*Jím více zeleniny. (...) nemůžu moc ovoce. Omezil... smažená jídla, jím méně knedlíků a tlustého. Máslo se snažím nahradit tou Ramou, ale moc mi to nejede.*“ R3 prozradila, že to bylo náročné: „*Úplně jsem vyloučila sladké. Snažím se nejíst to tlusté maso, ale je to těžké. Začala (...) tmavé pečivo. Jím více zeleniny.*“ Naproti tomu R6 neučinil téměř žádné změny, protože uvedl: „*Nepřestal jsem jíst to nezdravé. Přidal jsem celozrnné pečivo a trochu zeleniny.*“

- Přidání zeleniny (ovoce) v jídelníčku R1/3/9; R3/3/11; R4/3/9; R5/3/13; R6/3/10.
- Více celozrnného pečiva ve stravě R3/3/10; R6/3/10.
- Omezení některých jídel R1/3/10; R2/3/9; R3/3/9.
- Méně polotovarů R4/3/8.
- Méně rychlého občerstvení R5/3/9.
- Eliminace určitých potravin R3/3/8; R7/3/8, 10.

- Téměř žádná změna (nezdravá strava) R6/3/9.
- Pořád italská kuchyně R8/3/8.

Podkategorie Složení stravy

Podkategorie se též věnuje konkrétním potravinám, a to z hlediska jejich množství v jídelníčku respondentů. Potraviny byly vybírány z už známého hlediska. Stanovili jsme si za cíl, zjistit, zda dotazovaní po operaci provedli, či neprovedli úpravu jídla (ve smyslu poklesu). Mezi nevhodné či méně vhodné potraviny jsme zařadili: smažená jídla, červené maso, tučné maso, máslo, sádlo, plnotučné mléko, uzeniny, slané pochutiny, polotovary, rychlé občerstvení, moučníky a sladkosti, bílé pečivo, sladké nápoje a perlivé nápoje. Pro lepší přehlednost uvádíme vyjádření respondentů k jednotlivým potravinám.

Smažená jídla: R1/3/18 – 1× týdně; R2/3/13 – 3× měsíčně; R3/3/16 – 3× týdně; R4/3/14 – 2× týdně; R5/3/19 – 2× týdně; R6/3/15 – 3× týdně; R7/3/15 – 1× měsíčně; R8/3/12 – 1× měsíčně

Červené maso: R1/3/19 – 5× týdně; R2/3/14 – 1× týdně; R3/3/17 – 3× týdně; R4/3/15 – 3× týdně; R5/3/20 – 2× týdně; R6/3/16 – 5× týdně; R7/3/16 – 1× týdně; R8/3/13 – ne

Tučné maso: R1/3/20 – 3× týdně; R2/3/15 – vůbec; R3/3/18 – 1× za 14 dní; R4/3/16 – 1× týdně; R5/3/21 – sporadicky; R6/3/17 – 2× týdně; R7/3/15 – ne; R8/3/12 – ne

Máslo: R1/3/21 – 5× týdně; R2/3/16 – minimálně (k vaření); R3/3/19 – denně; R4/3/17 – denně; R5/3/22 – minimálně; R6/3/18 – často; R7/3/18 – ne; R8/3/15 – ne

Sádlo: R1/3/22 – 3× týdně; R2/3/17 – minimálně (k vaření); R3/3/20 – 2× týdně; R4/3/18 – ob den; R5/3/23 – téměř vůbec; R6/3/19 – občas; R7/3/19 – ne; R8/3/16 – ne

Plnotučné mléko: R1/3/23 – ne (polotučné); R2/3/18 – ne (polotučné); R3/3/21 – ne (polotučné); R4/3/19 – ne (polotučné); R5/3/24 – ne (polotučné); R6/3/20 – 1 hrnek denně; R7/3/20 – ne; R8/3/17 – ne

Uzeniny: R1/3/24 – 3× týdně; R2/3/19 – ne; R3/3/22 – 1× denně; R4/3/20 – 1× denně; R5/3/25 – 1× týdně; R6/3/21 – 1× denně; R7/3/21 – 1× měsíčně; R8/3/18 – 1× týdně (vysoce kvalitní)

Slané pochutiny: R1/3/18 – příležitostně; R2/3/13 – příležitostně; R3/3/16 – občas; R4/3/14 – 3× týdně; R5/3/19 – minimálně; R6/3/15 – ob den; R7/3/15 – zcela výjimečně; R8/3/12 – výjimečně

Polotovary: R1/3/19 – 2× měsíčně; R2/3/14 – ne; R3/3/17 – 4× měsíčně; R4/3/15 – 3× týdně; R5/3/20 – 2× měsíčně; R6/3/16 – 4× měsíčně; R7/3/16 – ne; R8/3/13 – ne

Rychlé občerstvení: R1/3/20 – ne; R2/3/15 – ne; R3/3/18 – ne; R4/3/16 – ne; R5/3/21 – 3× týdně; R6/3/17 – ne; R7/3/15 – ne; R8/3/12 – ne

Moučníky a sladkosti: R1/3/21 – ne; R2/3/16 – téměř vůbec; R3/3/19 – ne; R4/3/17 – 1× týdně; R5/3/22 – 2× týdně; R6/3/18 – ne; R7/3/18 – minimálně; R8/3/15 – 1× týdně

Bílé pečivo: R1/3/23 – 4× týdně; R2/3/18 – 3× týdně; R3/3/21 – ob den; R4/3/19 – denně; R5/3/24 – 3× týdně; R6/3/20 – ob den; R7/3/20 – ne; R8/3/17 – ne

Sladké nápoje: R1/3/24 – nepiju; R2/3/19 – nepiju; R3/3/22 – nepiju; R4/3/20 – nepiju; R5/3/25 – občas; R6/3/21 – ne; R7/3/21 – ne; R8/3/18 – ne

Perlivé nápoje: R1/3/25 – hodně málo; R2/3/20 – téměř vůbec; R3/3/23 – denně; R4/3/21 – ne; R5/3/26 – 3× týdně; R6/3/22 – téměř denně; R7/3/22 – ne; R8/3/19 – ne

Mezi vhodné potraviny jsme zařadili: ovoce, zeleninu, luštěniny, ryby, drůbež, celozrnné pečivo, tmavou rýži, olivový olej, slunečnicový olej, neslazené nápoje, neperlivé nápoje, zakysané a nízkotučné mléčné výrobky. Pro lepší přehlednost uvádíme vyjádření respondentů k jednotlivým potravinám.

Ovoce: R1/3/27 – 1× týdně; R2/3/22 – 3× týdně; R3/3/25 – 2× měsíčně; R4/3/23 – ne; R5/3/28 – 5× týdně; R6/3/24 – 1× týdně; R7/3/24 – 5× týdně; R8/3/21 – 1× denně

Zelenina: R1/3/28 – 5× týdně; R2/3/23 – 1× denně; R3/3/26 – 5× týdně; R4/3/24 – 5× týdně; R5/3/29 – 5× týdně; R6/3/25 – 4× týdně; R7/3/25 – 5× týdně; R8/3/22 – 2× denně

Luštěniny: R1/3/29 – *ne*; R2/3/24 – 4× *měsíčně*; R3/3/27 – *jenom čočku s párkem*; R4/3/25 – 3× *týdně*; R5/3/30 – *zcela výjimečně*; R6/3/26 – 3× *měsíčně*; R7/3/26 – 1× *týdně*; R8/3/23 – 1× *týdně*

Ryby: R1/3/30 – 2× *měsíčně*; R2/3/25 – 2× *týdně*; R3/3/28 – *ne*; R4/3/26 – *ne*; R5/3/31 – 3× *měsíčně*; R6/3/27 – *ne*; R7/3/27 – 3× *měsíčně*; R8/3/24 – 3× *týdně*

Drůbež: R1/3/31 – 3× *měsíčně*; R2/3/26 – 4× *týdně*; R3/3/29 – 4× *měsíčně*; R4/3/27 – 3× *měsíčně*; R5/3/32 – 3× *týdně*; R6/3/28 – 3× *měsíčně*; R7/3/28 – 2× *týdně*; R8/3/25 – 1× *týdně*

Celozrnné pečivo: R1/3/27 – 3× *týdně*; R2/3/22 – *pravidelně*; R3/3/25 – *ob den*; R4/3/23 – *výjimečně*; R5/3/28 – *denně*; R6/3/24 – *ob den*; R7/3/24 – 2× *denně*; R8/3/21 – 2× *denně*

Tmavá rýže: R1/3/28 – *ne*; R2/3/23 – 4× *měsíčně*; R3/3/26 – *ne*; R4/3/24 – *ne*; R5/3/29 – *ne*; R6/3/25 – *ne*; R7/3/25 – 1× *týdně*; R8/3/22 – 3× *týdně*

Olivový olej: R1/3/29 – *ne*; R2/3/24 – *pravidelně*; R3/3/27 – *ne*; R4/3/25 – *ne*; R5/3/30 – *občas*; R6/3/26 – *ne*; R7/3/26 – *ne*; R8/3/23 – *denně*

Slunečnicový olej: R1/3/30 – *ne*; R2/3/25 – *občas*; R3/3/28 – *ne*; R4/3/26 – *ne*; R5/3/31 – *ne*; R6/3/27 – *občas*; R7/3/27 – *téměř denně*; R8/3/24 – *občas*

Neslazené nápoje: R1/3/31 – *ano, denně*; R2/3/26 – *ano, denně*; R3/3/29 – *ano, denně*; R4/3/27 – *ano, denně*; R5/3/32 – *převážně*; R6/3/28 – *ano*; R7/3/28 – *denně*; R8/3/25 – *denně*

Neperlivé nápoje: : R1/3/32 – *moc ne*; R2/3/27 – *denně*; R3/3/30 – *ne*; R4/3/28 – *ano*; R5/3/33 – *někdy*; R6/3/29 – *někdy*; R7/3/29 – *denně*; R8/3/25 – *denně*

Zakysané a nízkotučné mléčné výrobky: R1/3/33 – *minimálně, tak 3× měsíčně*; R2/3/28 – 1× *denně*; R3/3/31 – 4× *měsíčně*; R4/3/29 – 3× *měsíčně*; R5/3/34 – 3× *týdně*; R6/3/30 – 2× *týdně*; R7/3/30 – 5× *týdně*; R8/3/27 – 1× *denně*

Kategorie Změna životního stylu

Účelem bylo zjistit, jestli se respondentům daří udržet změny životního stylu. Z 8 dotazovaných se 3 vyjádřili v pozitivní rovině, další 3 přiznali, že je to těžké a zbylí 2 připustili, určitou formu selhání. Pozitivně se vyslovil třeba R2: „*Celkem ano, snažím se.*“ R8 to zhodnotil jasně a stručně: „*V pohodě.*“ To R7 byl o něco sdílnější: „*Ale jo, dobrý. Snažím se hlavně všechny ty změny udržet.*“ Těžkosti při udržování měli dotázaní z různých příčin. Kupříkladu R5 příčinu nezapřel: „*Je to těžké, to víte, podnikatel.*“ a hned vzápětí se pochlubil, že si dal takové jako předsevzetí: „*Alespoň o volném víkendů budeme s manželkou jíst zdravě.*“ R4 má jiné důvody, což zhodnotil následovně: „*Je to těžké, to víte, když je člověk sám.*“, ale neprodleně dodal: „*Mám teď cíl, přestat kouřit.*“ R3 připustila, že to není jednoduché. Řekla přesně: „*Je to těžké. Nedaří se mi přestat kouřit. Stojí mě to hodně sil, pořád myslet na to, co můžu a co nesmím.*“ Zcela jinak jsou na tom R1 a R6. R1 připustil složitost zrealizovat změnu. Uvedl: „*Příliš se mi to nedaří. Ještě jsem nepřestal kouřit. V jídle to taky není moc slavný.*“ Obdobně je na tom R6, jež prozradil: „*Moc ne – nepřestal jsem kouřit, jím nezdravě a ne zrovna pravidelně. A s pohybem... nic moc.*“

- Podařilo se mi udržet změny R2/3/11; R7/3/13; R8/3/10.
- Mám těžkosti při zvládnání udržet změnu R3/3/13, 14; R4/3/11, 12; R5/3/15–17,
- Nepodařilo se mi provést a udržet změny R1/3/14–16; R6/3/12, 13.

Kategorie Pohybová aktivita

Tato kategorie si kladla za cíl, zjistit intenzitu pohybové aktivity respondentů 6 měsíců po operačním zákroku. Nejenom typ/druh pohybové aktivity, ale také jak často danou aktivitu provozují. Všech 8 dotázaných nějakou aktivitu vykonává. Mezi dotázanými jsou však rozdíly v typu a v intenzitě pohybové činnosti. Nejméně pohybu má podle svých slov R1: „*Chodím... 3× v týdnu na nákup... Jednou za čas... na 1–2 piva do hospody.*“ Obdobně je na tom R6, který řekl: „*Chodím pouze na procházky – denně tak 1 kilometr. Jinak nesportuju.*“ R5 přidal i jízdu na kole, ale jak sám uvedl: „*Snažím se alespoň 2× týdně vyjet na kole někam do přírody. Zatím jenom kratší trasy,*

na delší se ještě necítím.“ Mnoho pohybu nemá ani R3, která přiznala: „Chodím na nákupy. Někdy... kratší výlet. Občas jedu na nákup na kole (je to kousek).“ R7 sdělil: „Zatím pravidelně nesportuji. (...) chodím denně na procházku. 1–2× týdně... různé výlety. Opatrně zkusím jízdu na kole.“ R4 na tuto otázku odpověděl: „Zůstalo mi to chození jednou týdně... do hospody, ale bez alkoholu. Už jsem byl 3× v lese na houbách. (...) 2× týdně na kole... delší trasu a k tomu 2× týdně... kratší trasu.“ To R2 se pochlubil: „Pravidelné procházky. Jednou za 14 dní delší výlet. Každý den jízda na kole.“ R8 zkonstatoval: „Jezdím denně do práce na kole. Jednou týdně... nějaký výlet – turistika. 2× týdně si chodím zaplavat...“

- Občasné procházky R1/3/35–37; R3/3/33; R4/3/31–33.
- Pravidelné procházky R2/3/30; R6/3/32, 33; R7/3/33.
- Občasná jízda na kole R3/3/35; R5/3/36, 37; R7/3/35.
- Pravidelná jízda na kole R2/3/32; R4/3/34, 35; R8/3/29.
- Výlety (kratší i delší) R2/3/31; R3/3/34; R7/3/33, 34; R8/3/30.
- Plavání R8/3/31.

Kategorie Motivace a podpora

Záměrem kapitoly bylo vypátrat, co by dotazovaní potřebovali k uskutečnění a udržení změny v životním stylu. Chtěli jsme, aby sami respondenti vyjádřili, co by oni sami „vylepšili“ v procesu změny. Někteří by rádi získali informace o rizikových faktorech už v mládí. Kupříkladu R4, který zkonstatoval: „Kdyby mi tohle všechno někdo řekl už v mládí – ohledně toho kouření a tak.“ S tím souhlasí i R3, která rovněž uvedla: „Aby mi v mládí někdo řekl, že když budu pořád kouřit a jíst to tlustý, jak to dopadne. To víte, teď ve stáří jsou všechny změny těžký.“ Současně dodala i potřebu jiné pomoci a to konkrétně: „...si popovídat s někým, kdo má stejnou chorobu jako já.“ Jiní by uvítali více informací a zároveň nabídnutí pomoci, především při zanechání kouření. Třeba R1 řekl: „Větší pomoc při zanechání kouření, (...) tu odvykací poradnu.“ a také: „Více informací o tom, jak to škodí.“ Obdobně odpovídal i R2: „...vysvětlit, co všechno se dá v mojí nemoci změnit. Asi na to kouření vysvětlit, jak se používají ty náplasti

a tak.“ Přitom bych i chtěl: *„Kdyby mi někdo tohle všechno podrobně a v klidu vysvětlil.“* Další odpovědi byly už dosti specifické, protože se jednalo o reakci na konkrétní problém respondenta. R6 jako milovník tradiční české kuchyně uvedl: *„Nevím, asi možná, kdyby se mi změnily chuťové buňky.“* Rovněž přiznal: *„Nemám dost odvahy přestat jíst své oblíbené jídlo.“* Oproti tomu by R8 podle svých slov potřeboval něco jiného: *„Vědět, co to přesně způsobilo a jestli tomu šlo předejít.“* Zcela jiné požadavky měl R7: *„Jak se zbavit té zatracené trombofilie.“* A možná také: *„Kdybych začal hledat všechny ty odborné informace na netu daleko dřív.“* To R5 se vůbec netajil svým postojem: *„Asi nic. Musel bych totiž naprosto skončit s podnikáním a to je pro mě v současnosti nereálné.“*

- Kdyby mi někdo řekl už v mládí, jak je to škodlivé R3/3/41, 42; R4/3/41.
- Popovídat si s někým, kdo má stejnou chorobu R3/3/43.
- Pomoc při zanechání kouření R1/3/44, 45; R2/3/38.
- Více informací o škodlivosti R1/3/46.
- Vysvětlit, co všechno se dá změnit R2/3/37, 39,
- Asi nic, musel by zanechat podnikání R5/3/44, 45.
- Změnit chuťové buňky R6/3/38, 39.
- Zbavit se trombofilie R7/3/44.
- Vyhledat informace na netu dříve R7/3/45.
- Vědět, co to způsobilo a jestli tomu šlo předejít R8/3/36.

Kategorie Vnímání změny

Cílem bylo určit, jak velkou mírou ovlivnila prodělaná operace životní styl respondentů. Co jim operace přinesla/dala nebo eventuálně vzala. Nejčastěji bylo uváděno, že je přestaly bolet nohy. Také jsme kladli důraz na to, aby se na závěrečnou otázku dotazovaní nebáli pravdivě odpovídat. Šlo nám pouze o jejich svobodné rozhodnutí, jak oni sami hodnotí celkovou změnu životního stylu na stupnici 0–10 (kdy 0 = žádná změna a 10 = maximální možná změna). R3 zprvu ani nedoufala, že může po operaci nastat nějaká změna. Řekla přesně: *„Zpočátku jsem tomu nevěřila, že by to*

operace mohla zlepšit. *Ted' mě nohy nebolí ...*“ R3 změnu životního stylu ohodnotila „číslem 3“. „Číslo 3“ pro změnu životního stylu uvedl rovněž R1, který řekl: *„Přestaly mě bolet nohy. (...) více zredukovat to špatné.... Jenom nevím, jak zvládnou přestat kouřit, ale v budoucnu bych chtěl.“* R6 zkonstatoval: *„Je fajn, že zmizely bolesti a tolik se nebojím, že přijdu o nohu.“*, ale změny v životním stylu ocenil „číslem 1“. R5 při odpovědi na otázku, co mu operace přinesla, to zhodnotil následovně: *„...lepší než před operací,... zmizely ty bolesti. Měl jsem možnost trochu zvolnit. A... abych se tolik nehonil.“* Změně životního stylu přiřadil „číslo 4“. Obdobně to řekl i R4: *„Je to samozřejmě lepší než před operací.“* A hned vzápětí dodal: *„Chci proto přestat kouřit, abych nemusel znova na operaci.“* Při hodnocení změny životního stylu uvedl „číslo 4–5“. Zcela jinak se k významu operace vyjádřil R8: *„Jsem rád, že se konečně vyřešilo, co mi je.“* a změnu životního stylu hodnotím „číslem 5–6“. Velice pozitivně operace ovlivnila R2, který pronesl jasnou odpověď: *„Hodně, vyhlídkou bylo období bez bolesti.“* „Číslem 7“ oceňuji změnu životního stylu. Naprosto jiným způsobem přistupoval k významnosti operace R7, jenž pronesl: *„Tato operace pouze minimálně, ... upevnil změny v jídelníčku. Po té předchozí to bylo radikálnější, dva roky jsem se snažil přestat kouřit a povedlo se! Navíc jsem věděl, do čeho jdu.“* Změně životního stylu uděluji „číslo 8“.

- Přestaly mě bolet nohy; chci přestat kouřit R1/3/39, 41.
- Hodně; období bez bolesti R2/3/34.
- Operaci jsem moc nevěřila, přestaly mě bolet nohy R3/3/37, 38.
- Je to lepší než před operací; chci přestat kouřit R4/3/37, 38.
- Lepší než před operací; zmizely bolesti; nechci se tolik honit R5/3/39–41.
- Zmizely bolesti; nebojím se, že přijdu o nohu R6/3/35.
- Tato operace minimálně; upevnil jsem změny v jídelníčku; věděl jsem, do čeho jdu R7/3/37, 38, 41.
- Jsem rád, že se to vyřešilo R8/3/33.

Subjektivní sumarizační hodnocení respondentů o změně životního stylu:

- 1 – R6/3/44
- 3 – R1/3/51; R3/3/48
- 4 – R5/3/50
- 4–5 – R4/3/46
- 5–6 – R8/3/41
- 7 – R2/3/44
- 8 – R7/3/50

5 Diskuze

Životní styl zásadně působí na náš zdravotní stav. Nadto zdravý životní styl je účinným řešením pro prevenci vzniku nejen ischemické choroby dolních končetin, ale i jiných onemocnění, především kardiovaskulárních. Není jednoduché se rozhodnout pro jeho změnu, vzhledem k tomu, že jedinec musí při změně zdolávat řadu překážek a nesnází. Cílem práce bylo zhodnotit, nakolik pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin změnili po chirurgickém výkonu životní styl. Budou-li chtít změnit životní styl ve sledovaných oblastech. Zdali změni své rizikové chování, konkrétně vztah ke kouření, požívání alkoholu, stravovací návyky a složení stravy i fyzickou/pohybovou aktivitu. Na začátku jsme si položili čtyři výzkumné otázky: Jak pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin přistupují k prevenci rizikových faktorů? Co je u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin hlavním impulzem pro případnou změnu stylu života? Jakou měrou ovlivňuje operační zákrok postoj pacienta k rizikovým faktorům pro vznik ICHDK? Jak zásadní je změna životního stylu u pacientů po operaci pro ICHDK? Ke zhodnocení a zodpovězení otázek jsme použili polostrukturovaný rozhovor s předem připravenými otázkami.

V této diplomové práci jsme se pokusili prostřednictvím výše analyzovaných rozhovorů o vytvoření určitých kazuistických vhledů k tématu životní styl vs. diagnóza ICHDK u vybraných pacientů. Jak již bylo zmíněno v metodické části práce, strukturované rozhovory byly vedeny opakovaně, a to před operačním zákrokem a dále v období tří a šesti měsíců po něm. Ačkoli tato práce nemá za cíl výstupy z rozhovorů nějak přesněji kvantifikovat a při osmi respondentech ani nelze očekávat jakékoli validní statistické zpracování, přesto se v této pasáži pokoušíme o abstrahování určitých závěrů a zobecnění. Výstupy empirické části této práce jistě nemohou sloužit jako univerzální nástroj praxe, přesto si myslíme, že obsahový vývoj odpovědí respondentů v rozhovorech postihuje poměrně ilustrativním způsobem přístup velké části pacientů k otázkám změny či úpravy životního stylu. V první části diskuze se zabýváme podrobněji fenoménem procesu změny, a to lehce optikou oborů psychologie

a adiktologie. Perspektiva pojmu „změna“, tak jak ji chápe sociální práce, může být pro nás zdravotníky velkou inspirací, protože je zvyklá více pracovat s pacientem/klientem jako autonomní jednotkou a celistvou bytostí v kontextu jeho životní reality i minulosti.

V druhé části diskuze nabídneme čtenáři stručné a přehledné zpracování kazuistik jednotlivých respondentů s anamnestickými údaji a souhrnem nastalých změn v životním stylu, pro vytvoření ucelenější představy o pacientech, se kterými jsme v daném časovém úseku pracovali. V závěru diskuze bude prezentováno určité shrnutí informací získaných výsledků z rozhovorů a odpovědi na výzkumné otázky položené v kapitole metodika.

Dle pojetí Rollnicka a Millera (2003) je samotný proces změny složitý a dlouhodobý mechanismus, který můžeme chápat jako pokus o obměnu opakujících se, často již nevyhovujících, vzorců chování. Celkový proces změny je tedy postupná, časově náročná vnější i vnitřní proměna jednotlivce. Ta se neodehrává jen ve sféře chování, ale je velmi úzce spjatá s problematikou vnitřní i vnější motivace pacienta/klienta.

Vést pacienta směrem ke změně životního stylu, nás staví před daleko náročnější a komplexnější úkol, než by se mohlo na první pohled zdát. Ošetřovatelství a medicína vnímá mnohdy tato „režimová opatření“ pouze jako okrajovou záležitost celé léčby, kdy těžiště leží ve farmakoterapii či operační léčbě, a nevnímá nutnost se věcí zabírat do hloubky. Jindy zdravotníci silně vnímají důležitost proměny životního stylu a to, že změna je ve skutečnosti podmínkou zdárné prognózy, ale na dlouhodobé doprovázení pacienta změnou nějak chybí čas, energie, lidé a peníze. Další skupina lékařů a sester žije v přesvědčení, že zásadní změny ve stravování, úprava hmotnosti či zanechání kouření nastanou u pacienta po letech škodlivých návyků tak nějak samy od sebe a není třeba se jim více věnovat. Jako zdravotníci bychom se z nejrůznějších důvodů často rádi spokojili s rychlým a bezproblémovým akceptováním našich rad a doporučení pacientem. Často s ním při komunikaci můžeme sklouznout k představě, že pouhé předání vhodné informace nebo maximálně obsáhlejší jednorázová edukace přece musí ke změně stačit. Pokud by tomu tak skutečně bylo, těžko by ještě existovali lidé, kteří

kouří, nadměrně holdují alkoholu či jiným drogám, nevhodně se stravují a zanedbávají pohybovou aktivitu, mají nadváhu, ignorují preventivní prohlídky a podobně. Na tato témata byly přece napsány stovky publikací, internet a další média jsou zdravým životním stylem doslova „zaplaveny“, tak proč je situace ve společnosti stále tak málo uspokojivá? Ukazuje se, že mít informace a znát doporučení lékaře či sestry nestačí, ačkoli je to jistě dobrý a nezbytný základ a první krok k jakékoli změně. Velmi užitečná až nezbytná je pro zdravotníka podrobnější znalost vlastního průběhu procesu změny, tj. povědomí o tom, jaké psychologické děje se typicky objevují a jaké faktory vstupují do „hry“. Nezanedbatelný je také respekt k tomu, že každý jedinec prožívá tyto etapy svým individuálním způsobem, různým tempem a různě dlouhou dobu. Akceptace individuálních zvláštností pacienta/klienta, včetně jeho tempa přijímání a zpracovávání náročných životních událostí a změn, by mělo být pro pomáhající profesionály samozřejmostí. Respekt k subjektivnímu a individuálnímu pohledu pacienta na svůj vlastní život, včetně přijetí jeho hodnotového systému a životních preferencí, je v praxi častou Achillovou patou mnohých zdravotnických pracovníků. Zde také narážíme na dědictví zdánlivě již přežitého nerespektujícího paternalistického přístupu v medicíně a ošetrovatelství.

V dnešní době je také tristní většinová absence pravidelných supervizí ve zdravotnické praxi a místy nulové povědomí zdravotníků o obsahu, cílech a významu takových supervizních setkání. Není třeba připomínat, že péče o duševní hygienu zdravotníka a práce pod supervizí jsou vedle odbornosti a materiálního zázemí klíčovými nositeli kvality poskytované péče. V této oblasti se může zdravotnictví, coby obor, od sociální sféry v budoucnu mnohé učit. Poskytování sociálních služeb není dnes již bez supervize všech pracovníků v pobytových, ambulantních či terénních službách myslitelné a legislativně možné. Jde o jedno z nepominutelných kritérií pravidelných akreditačních a certifikačních procesů v organizacích poskytující sociální služby.

Obecně přijímanou a respektovanou teorií procesu změny ve světě sociální práce, poradenství a psychoterapie je tzv. kolo změny dle Prochasky a DiClementeho (1984). Ta prezentuje tento proces jako částečně uzavřený kruh, do kterého je možno v určitých bodech vstupovat a z něho vystupovat, jednotlivé fáze tedy na sebe navazují a mnohdy

se i opakují. V této části práce se pokusíme postihnout jednotlivé fáze procesu změny ilustrativními příklady za využití odpovědí z rozhovorů s respondenty šetření.

Jako počáteční pilíř změny je zmiňována nejčastěji dostatečná vnitřní i vnější motivace ke změně. Motivace je proměnlivá charakteristika, která je významně ovlivnitelná zvenčí, v tomto případě zdravotníkem, a to jak ve smyslu pozitivním, tak negativním. Skládá se ze třech hlavních komponentů: chtít, být schopen a být připraven. Bohužel je problematika motivace často v obecném povědomí redukována jen na první složku, tj. „chtít“. Vnější motivace nebo přímo tlak okolí ke změně je spíše určitou stimulací, která může fungovat na počátku, je zdánlivě snadná, ale funguje jen krátkodobě a není trvalá. Motivace z vnitřního světa klienta zahrnuje i jeho potřeby a hodnotový systém, funguje daleko trvaleji a účinněji, ale je daleko obtížnější ji aktivovat.

Některé prvky aktivace vnitřní motivace mohou pramenit z psychického stresu, který představuje vidina budoucí ztráty nebo zhoršení aktuálního stavu – v našem případě, např. hrozba další operace, jak dokládá kupř. odpověď R1/29: *“pokusím se ještě více zredukovat to špatné, abych vícekrát nemusel”*. Nebo odpověď R5/18: *„předejít komplikacím a neskončit jako táta“*, případně R4/29: *„chci proto přestat kouřit, abych nemusel znova na operaci“*. Vnitřní motivace může být ale také naopak podpořena budoucím ziskem pro jedince, jak uvádí ve své odpovědi R5/18: *„aby mě nebolely nohy a mohl jsem pokračovat naplno s prací“* nebo v retrospektivách R6/29: *„je fajn, že zmizely bolesti a už se nebojím, že přijdu o nohu“* a dále také R3/29: *„ted’ mě nohy nebolí, tak je to mnohem lepší“*. V případě pacientů s ICHDK je nejčastějším motivačním prvkem, ve výše zmíněném smyslu, bolest dolních končetin a omezení při chůzi. Jak uvádí Tóthová a kol. (2013), až 43 % pacientů jejich výzkumu uvedlo, že má vážné potíže s chůzí. Naopak jen 15 % jejich respondentů uvádí, že chodí bez potíží. Autoři uvádí, že téměř 33 % respondentů jejich výzkumu má střední bolesti a potíže a obdobné procento pacientů dokonce hodnotí tyto bolesti a potíže jako silné. Dále autoři upozorňují na fakt vyplývající ze závěrů jejich práce – totiž, že je potenciale ohrožena také budoucí soběstačnost pacienta. Posledně zmiňovaný fakt bývá v praxi

podstatným motivačním impulzem na cestě ke změně, což dokládá např. odpověď R1/38: „*abych nezůstal manželce na krku a nemusela se o mě starat*“.

Jedním z kroků v rámci upevňování a navyšování vnitřní motivace je tedy společně s pacientem verbálně vytvořit určitou bilanci zisků a ztrát, ještě účinnější je, pokud si bilanci pacient sám sepiše. Co konkrétně v budoucnu vezme/přinese pacientovi, když svůj navyklý způsob života opustí ve prospěch zdravějšího a co se stane, co hrozí, když u něj zůstane a nic nezmění. Tuto fázi bilancování je však třeba zařadit až ve stádiu, kdy pacient sám projevuje jistou tendenci a inklinaci ke změnám, zatím však jen v rovině úvah.

Nejnáročnější fází jak pro pacienta, tak pro zdravotníka je počáteční stádium prekontemplace, tedy předuvažování o změně (Rollnick a Miller, 2003). V této etapě si pacient pravděpodobně vůbec neuvědomuje problém a jeho příčinné souvislosti, tudíž si nepřipouští, že je změna žádoucí. Naším cílem je konfrontovat klienta s realitou, ovšem nikoli prostřednictvím konfliktního či přímo direktivního rozhovoru. Má-li být posun efektivní, je potřeba, aby se pacient cítil být zdravotníkem bezpečně přijímán a respektován. Řada klientů v této fázi svůj podíl na problému popírá, a to z nejrůznějších důvodů. Často se jedná o projevy váhavosti, racionalizace, rezignaci, či naopak určitého „rebelství“. Tyto symptomy psychologického odporu souvisí se ztrátou pocitu bezpečí a pocitem ohrožení ve smyslu, že pacient není respektován v tom, jak žil/žije svůj život, že je mu odpíráno právo na autonomní rozhodování o sobě samém (Úlehla, 2006).

Jakmile si pacient svůj problém uvědomí, dostává se do fáze uvažování o změně, ale také určité ambivalence. Zároveň o změně aktivně přemýšlí a stejně silně ji odmítá. Typické je střídání argumentů pro a proti, a to často i v jednom souvětí, jak demonstruje např. odpověď R6/30: „*snažím se jíst opravdu zdravěji, ale šlo by to asi jen, kdyby se mi změnily chuťové buňky*“ nebo R4/13: „*taky bych určitě rád jedl zdravější maso, ale na nějaké lepší nemám peníze, nakupuju podle ceny*“ případně R5/5: „*lčím se ještě s vysokým tlakem, takže vím, že bych měl méně solit, ale vzhledem k mému stylu stravování to není úplně snadné*“. Pacient většinou již dospěl k přesvědčení, že je potřeba učinit změnu, zatím ale ještě zvažuje, jakou „cenu“ je za změnu ochoten

zaplatit. Někdy bývá také zmaten množstvím protichůdných informací, obtížně se v nich orientuje a také se často jeho životní problémy kumulují. Klíčovým úkolem zdravotníka v této fázi je podpořit pacientovy argumenty pro změnu, stejně tak jako víru v jeho vlastní schopnosti. Posilování vlastních kompetencí pacienta ke změně, zdůrazňování faktu, že disponuje dostatkem energie a sil pro zvládnutí změny a jeho celková podpora je často opomíjena. Z praxe mám bohužel četnou zkušenost, že někdy dokonce zdravotníci naopak více či méně vědomě sklouznou k zastrašování až vyhrožování, omezí se na výčet všemožných rizik a nebezpečí, která nastanou, pokud pacient změny neprovede. Tento postoj nemá s pochopitelně respektujícím partnerským vztahem klient – zdravotník nic společného. Navíc ještě takový přístup často podkopává důvěru pacienta v sebe sama a destruuje drobné pozitivní změny, ke kterým měl nakročeno nebo se kterými již začal.

Celkově ho takto nasměrujeme spíše k rezignaci než k práci na sobě. To, že podpora okolí je na cestě za změnou důležitá ilustrují i některé odpovědi respondentů. R8/20: *„nejvíce mi pomáhala přítelkyně, bez její podpory bych to vůbec nezvládnul“*, R2/20: *„rodina a kolegové z práce mi hodně pomáhali a to bylo důležité“*.

Pacient, který je připravený ke změně, vykazuje většinou určité typické znaky. V rozhovoru přestává popírat, namítat, hádat se a zdá se, že je více v klidu, uvolněnější a mírnější. Často tato fáze přichází až po období odporu nebo smutku. Pacient vyslovuje tak zvané sebemotivující prohlášení, příkladem může být odpověď R4/25: *„mám teď cíl – přestat kouřit“*. Pokud na pacienta v předešlých fázích nenaléháme a projevujeme trpělivost a přijetí jeho životního příběhu, často se sám ptá, co by měl nebo mohl udělat proto, aby se jeho situace změnila k lepšímu. Ideální je, pokud může zdravotník v této fázi zachovat i nadále partnerský přístup a veškeré intervence do oblasti životního stylu jsou míněny jako doporučení a návrhy, ke kterým pacient dostane informace, ale finální rozhodnutí může učinit on sám. Vhodné je aktivně deklarovat nezměněnou možnost zdravotnické péče, léčby a to i v případě, kdy se klientovi nepodaří provést a integrovat všechny potřebné změny dostatečně rychle a důsledně, případně vůbec. Profesionalita zdravotníkovi velí informovat pacienta o veškerých negativních důsledcích, které pravděpodobně nastanou, když životní styl nezmění, nikdy by tím však neměl

podmiňovat další odbornou péči. V praxi se však s takovým způsobem nátlaku až vydírání stále setkáváme. Může vůbec nějaký skutečný profesionál profitovat z toho, když se potřebný pacient, který sice žije i nadále nevhodným způsobem života, ocitne mimo zdravotní péči? Zde se však již dotýkáme etických otázek poskytování zdravotní péče a problematiky používání moci v pomáhajících profesích.

V procesu změny ideálně na fázi rozhodnutí navazuje stádium „akce“ neboli realizace změn. V této etapě se osvědčuje nabídnout pacientovi profesionální doprovod a možnost setkání, konzultací nebo další odborné péče či poradenství. Typickým problémem je odvykání kouření. Pokud byl pacient dlouholetý silný kuřák, těžko očekávat, že snadno vyřeší situaci svépomocí. Závislost na tabáku patří jednoznačně do gesce adiktologie, kde existuje síť ambulantních poradenských zařízení. Stejně tak změnu stravování a snižování hmotnosti nelze podceňovat a je ideální, pokud pacient dostane nabídku spolupráce s odborníkem, poradcem či terapeutem. Přímé zprostředkování kontaktu s příslušným odborníkem by se mohlo zdát až příliš opatrovnické a podceňující klientovy schopnosti, má však svá pozitiva. Tím, že je klient částečně vtažen rovnou k činu, nemá prostor si novou akci pod vlivem stereotypu svého života rozmyslet nebo ji odložit na neurčito. Zároveň nám taková „přímá akce“ jako jediná může podat pravdivý obraz o klientově skutečné motivaci, která se dá měřit pouze jeho činy, nikoli slovy.

Klíčovou a často opomíjenou fází je udržení dosažené změny. Tady je na místě poskytnout pacientovi především ocenění a podporu, ale nezanedbat prevenci návratu ke starým stereotypům, který se v adiktologii nazývá „relaps“. Období realizace změn je pro pacienty velmi těžké, často se objevují propady, odklony od původních plánů a předsevzetí, zvláště po období prvotního nadšení a elánu. V této fázi může nedůvěra ve vlastní schopnosti, neúspěch, rezignace opravdu vést k relapsu, pocitům selhání, kdy se pomyslné kolo změny roztáčí nanovo. V rozhovorech to dokumentuje šest měsíců od zákroku např. R1/25: *„příliš se mi to nedaří, ještě jsem nepřestal kouřit, v jídle to taky není moc slavný“*, dále ve stejném období R6/25: *„nepřestal jsem kouřit, jím nezdravě a ne zrovna pravidelně. A s pohybem to vzhledem k té cukrovce taky není moc“*.

Pro zdravotníky je podstatné naučit se brát pacientův relaps v oblasti životního stylu jako přirozenou součást pokusu o změny. Každý pacient tuto skutečnost však vnímá jinak, záleží také na tom, kolik změn a jak dlouho se mu podařilo realizovat, tedy jak dlouhé bylo období „nového životního stylu“. Je obvyklé, že se nějaká forma selhání objeví a klient by měl být předem na tuto možnost připraven. Cílem zdravotníka v období relapsu by mělo být zabránit návratu pacientovy motivace do úplných počátků na „kole změny“ a podporovat její k „naskočení“ do dalších fází a iniciovat další pokusy a pokračování v realizaci změn. Pracovat na tom, aby výčitek, pocitů selhání, viny a negativního hodnocení sebe sama u pacienta ubývalo, nikoli naopak. Ideální je, pokud je možné se znovu rovnou napojit do fáze akce.

Bylo by velmi vhodné, pokud by na teoretické povědomí o dynamice motivace a procesu změny, navazovala praktická dovednost „motivačních rozhovorů“ – komunikačního přístupu zaměřeného na podporu klientů při změně chování. V praxi tuto metodu vytvořili výše citovaní Rollnick a Miller (2003), výuka této techniky je dnes běžně dostupná a snad se brzy dostane do povědomí také zdravotníkům, kteří pečují o pacienty, kde je změna životního stylu žádoucí.

Kazuistické souhrny:

Respondent 1 (R1) je 63letý muž, který má 15 let klaudikační potíže, které jsou v poslední době dost omezující. Před 8 lety podstoupil perkutánní transluminální angioplastiku. Nyní došlo ke zhoršení obtíží. Před operačním zákrokem již 40 let kouří 15 cigaret denně, má rád českou kuchyni a alkohol pije pouze příležitostně (za týden asi tak 4 piva). Nemá mnoho pohybu z důvodu bolestí dolních končetin. Trpí nadváhou, BMI je 33. Léčí se s hypertenzní nemocí, diabetes mellitus má korigován perorálními antidiabetiky. Po 3 měsících od operačního zákroku omezil kouření na 10 cigaret za den, přestal pít tvrdý alkohol, méně solí, jí méně uzenin a přidal trochu zeleniny. Pohybově se příliš „neposunul“, protože chodí pouze třikrát v týdnu kratší trasu do samoobsluhy za rohem. Trpí totiž ještě občasnými bolestmi dolních končetin. Po 6 měsících pořád kouří 10 cigaret denně, omezil alkohol na 2 piva týdně a v rámci stravování jí více zeleniny, omezil smažená jídla, knedlíky a tučné maso. I přes „odpor“

se snaží živočišné tuky vyměnit za rostlinné. Operační zákrok přispěl k tomu, že ho nebolí dolní končetiny. Dovedl ho k rozhodnutí v budoucnu zanechat kouření i s případnou pomocí odvykací poradny. Také se pokouší zredukovat špatné zlovyky, především ve stravování. Cílem je, aby nemusel znovu absolvovat operační výkon.

Respondent 2 (R2) je 58letý muž s potížemi trvajících 6 let. Trpí bolestmi dolních končetin, jež ho nyní limitují v práci, kterou je fyzicky náročná. Při předoperační přípravě mu byl diagnostikován větší nález. V předoperačním období kouří už 10 let s přestávkami 5 cigaret denně. Nejdéle nekouřil 2 roky. Alkohol pije minimálně (maximálně 1 pivo týdně). Snaží se jíst zdravě, v jídle preferuje maso, přidává zeleninu a sladké příliš nemusí. V pohybu ho omezují bolesti, takže nesportuje. Dříve jezdil na kole. Se žádným dalším onemocněním se neléčí, ischemickou chorobu dolních končetin mají v rodině. Vzhledem k alergii na kontrastní látku nemohl podstoupit PTA. 3 měsíce po operaci omezil počet cigaret na 2 denně, stále pije maximálně 1 pivo za týden. V jídle omezil slaná jídla, uzeniny. Jako závazek si dal jednu porci zeleniny denně a přidal v pití čisté vody. Denně chodí na procházky a začíná jezdit na kole, prozatím kratší vzdálenosti. 6 měsíců od operace se pochlubil, že úplně přestal kouřit. Množství alkoholu je stejné, ve stravě je preference masa a zeleniny, omezení bílého pečiva a sladkého. Podniká pravidelné procházky, jednou za 14 dní delší výlet a denně jezdí na kole. Operační zákrok ho ovlivnil vyhlídkou na bezbolestné období. Motivoval ho k ukončení kouření a úpravě stravy.

Respondentem 3 (R3) je žena ve věku 60 let s 10 let trvajících bolestmi. Přiznává však, že se to táhne mnohem déle. Předoperační informace jsou, že kouřit začala ve třiceti a denně vykouří 20–40 cigaret denně. Alkohol nyní nepije, protože v minulosti (nespecifikovala) podstoupila protialkoholní léčení pro abúzus alkoholu. Strava je velice nezdravá, neb upřednostňuje tučné maso (například bůček), vysoce kalorickou stravu a občas zahřeší tím, že si vezme něco sladkého, i když by neměla. Kvůli bolestem dolních končetin si nanejvýš dojde nakoupit. Pokud jsou bolesti intenzivnější, nechodí nikam. Léčí se s diabetem mellitus na perorálních antidiabetických, které však užívá značně nepravidelně. Po 3 měsících od chirurgického výkonu bez přestání kouří stejný počet cigaret, stále abstinuje a zůstala „věrná“ svému způsobu

stravování (hodně tučná a kalorická jídla). Z důvodu dosud trvajících bolestí dolních končetin, chodí pouze na nákupy. Snaží se pravidelně užívat ordinovaná farmaka. Při rozhovoru po 6 měsících od operace se přiznala, že kouřit nepřestala, pouze snížila na 20 cigaret denně. Abstinuje, z jídelníčku zcela vyloučila sladké, usiluje o omezení tučného, přidala zeleninu a tmavé pečivo. V pohybové aktivitě se dostavilo zlepšení, chodí na nákupy, někdy absolvuje kratší výlet, občas jede nakoupit na kole. V pooperačním období došlo k ústupu bolestí, i když původně tomu nevěřila. Nedošlo však k zásadní změně ve stravování a vtahu ke kouření.

62letý muž s 20 let trvajících obtížemi je **respondentem 4 (R4)**. Při rozhovoru před operací sdělil, že kouří už 30 let a dříve vykouřil 30 cigaret denně, ale před 5 lety to snížil na 5 cigaret za den. V současnosti abstinuje, protože před 10 lety se podrobil protialkoholnímu léčení. Nestravuje se úplně zdravě, je totiž sám a celkem často si kupuje polotovary. Nechce si pro sebe nějak extra vyvařovat. V rámci fyzické aktivity se projde jednou týdně do hospody (alkohol nepije), v létě chodí do lesa na houby. Léčí se s hypertenzí, před 10 lety ho postihl akutní infarkt myokardu. Při druhém rozhovoru, který proběhl 3 měsíce od operace, pořád kouří 5 cigaret denně, abstinuje a kupuje již zmíněné polotovary. Snaží se méně solit, ale množství soli v jídlech nezkontroluje. Maso nakupuje nikoliv podle druhu a kvality, ale podle ceny, je totiž sám a nemá moc peněz. Opět chodí jednou týdně do hospody za chlapy, byl už třikrát v lese, zkusil ujet kousek na kole. Třetí rozhovor, časově veden 6 měsíců po operačním zákroku, přinesl informace o stálém kouření, abstinenci, omezeném nakupování polotovarů i zvýšeném přísunu zeleniny. Navštěvuje jednou týdně hospodu, byl třikrát na houbách, jezdí na kole kratší i delší trasy. Operaci považuje za impuls pro změnu. Chce přestat kouřit, protože nechce operační zákrok podstoupit znovu.

Respondentem 5 (R5) je muž ve věku 55 let. Má 3 roky bolesti dolních končetin, které jsou nyní limitující. Je nekuřák a alkohol pije pouze příležitostně, maximálně 3 piva za týden. V předoperačním období se nestravoval příliš zdravě, neboť jí dost nepravidelně a spíše na noc. Z důvodu podnikání často navštěvuje rychlé občerstvení nebo si koupí rohlík či housku a nějaký suchý salám. Přiznává, že by vzhledem k základnímu onemocnění měl méně solit, jíst málo tučného a nízkotučné potraviny.

Pohybu rovněž není mnoho, protože nemá z důvodu podnikatelské činnosti čas, ale výjimečně si vyjede na kole. Léčí se s hypertenzí, která je žel nekorigovaná, poněvadž neužívá pravidelně léky. Rodinnou zátěží je zvýšená hodnota lipidů, především cholesterolu. Jeho otec zemřel na cévní mozkovou příhodu a matka také trpí hypertenzí. Po 3 měsících od operačního zákroku snížil množství alkoholu na 1–2 piva týdně. Neustále se stravuje v rychlém občerstvení, ale snaží se, dát si tam zeleninový salát. Omezil smažená jídla a svou „rychlou“ – houska se salámem. Pohybovou aktivitu pořád nestíhá, na kolo si netroufá, ale snaží se více chodit pěšky. Při rozhovoru za 6 měsíců od operace uvedl, že pije pouze příležitostně, méně navštěvuje fast foody, eliminoval „rychlou“, jí více ovoce a zeleniny. Manželka mu začala vařit dietní jídla, nebo si objednává jídlo v blízké kantýně, protože se snaží snížit množství živočišných tuků. 2× týdně podniká kratší výlety na kole do přírody. V současnosti kvůli pracovnímu vytížení vidí jako nereálné podnikat jakékoliv změny v životním stylu. S tím souvisí i to, že nyní nepožaduje radu nebo pomoc.

6. respondentem (R6) je též 55letý muž, který má cévní potíže středního charakteru 5–10 let. Před 4 lety podstoupil perkutánní transluminální angioplastiku. První rozhovor, jenž proběhl před operačním zákrokem, „odhalil“ 20 let kouření deseti cigaret denně. Zároveň prozradil, že měl opakovanou snahu přestat kouřit, zatím ale bezvysledně. Co se týká alkoholu, je to asi 6 piv týdně proložených 2–3 panáky tvrdé kořalky. Preferuje českou kuchyni, konkrétně buček, vepřovou se zelím, řízek, svíčkovou, maso řádně prorostlé. K vaření používá výhradně sádlo. Nejí pravidelně a málo pije nealkoholické nápoje. Nesportuje z důvodu těžké diabetické retinopatie, zpočátku hrál fotbal a nohejbal. Je diabetik léčený intenzifikovaným inzulínovým režimem. Za tři měsíce od operace pořád kouří, zpočátku to srazil na 5 cigaret za den a po měsíci a půl se vrátil na 10 cigaret denně. Piva vypije tak 2 půllitry týdně a 2 malé panáky. Výše uvedená jídla má stále rád, někdy vymění sádlo za olej a navíc se stravuje nepravidelně. V pohybové aktivitě je to slabé, vzhledem k poškození očí diabetem mellitus. Alespoň obden chodí na delší procházku. 6 měsíců od operačního zákroku neustále kouří 10 cigaret denně, občas zajde na 2 piva. Nezdravá jídla, typu buček a smažený řízek, jí pořád. Přidal celozrnné pečivo a malé množství zeleniny. Denně se

prochází asi tak 1 kilometr. Chtěl by brát operaci jako odrazový můstek. K tomu prý nutně potřebuje změnit chuťové buňky. Nemá dost odvahy přestat jíst své (výše uvedené) oblíbené jídlo.

64letý muž s cévními obtížemi trvajících 20 let je **respondent 7** (R7). V roce 2002 prodělal bypass. Před operací sdělil, že od roku 2012 nekouří. Předtím kouřil 30 let 20 cigaret denně. Alkohol požívá minimálně. Ve stravování preferuje maso a zeleninu. Dost se snaží omezovat tuky a méně solí. Nesportuje kvůli zdravotnímu handicapu, má glaukom a růži, přesto se snaží jednou denně se projít. Má trombofilii nyní na Fraxiparinu a Warfarinu, léčí se s hypertenzí, hyperlipoproteinémií, glaukodem a od roku 2010 má erysipel. 3 měsíce od operace, pořád nekouří, z alkoholu občas maximálně 1–2 piva, protože musí opatrně kvůli Warfarinu. Udělal drobné změny v jídelníčku: přidal ovoce, zeleninu, téměř zcela vyloučil bílé pečivo. V pohybu z důvodu glaukomu a erysipelu musí být opatrný. Snaží se alespoň jednou denně na procházku a jednou týdně na delší výlet. Po 6 měsících od operačního zákroku zůstaly maximálně 1–2 piva. V jídle zcela vyloučil máslo a sádlo, omezil smažená jídla, jí poměrně hodně ovoce a zeleniny, zcela přestal jíst bílé pečivo. Zároveň přiznal, že více kontroluje, co jí, z důvodu užívání Warfarinu. Co se týká pohybu, denně chodí na procházky, 1–2× týdně, podniká různé výlety, zkouší jízdu na kole. Operace, byť ta předchozí, vedla ke změně životního stylu. Potřeboval by se zbavit trombofilie a přiznal se, že si měl odborné informace hledat už dříve.

50letý muž, který byl 10 let léčen různými specialisty (ortopedie, rehabilitace, neurologie + vyšetření šlach, dokonce psychiatrie; žádný sonografický nález), pro bolesti dolních končetin ve vyšším úseku, což bylo přisuzováno úrazu pánve v 25 letech. To je **respondent 8** (R8). Před rokem podstoupil angiologické vyšetření pro přetrvávající obtíže. V prvním rozhovoru před operací, uvedl, že je nekuřák, ale přiznal krátkou epizodu, od 20 do 30 let kouřil 10 cigaret za den. Z alkoholu si výjimečně dá červené víno. Snaží se jíst zdravě a upřednostňuje italskou kuchyni. Nesportuje pro dlouhotrvající bolesti, jenom občas si jde zaplavat. Navíc dlouho nevěděli, co mu je. Druhý rozhovor byl proveden po 3 měsících od operačního zákroku. Pořád nekouří, příležitostně si dá „dvoječku“ červeného vína. V jídle nenastala žádná změna, pořád je

to italská kuchyně. Denně se jde projít a 3× v týdnu jede do práce na kole. Po 6 měsících od operace se v oblastech kouření, alkoholu a stravy nic nezměnilo. Výrazné změny přišly v pohybové aktivitě. Denně jezdí do práce na kole, jednou týdně podniká výlet a 2× v týdnu si chodí zaplavat. Operace mu pomohla od bolestí, ale rád by věděl, co obtíže způsobilo a jestli tomu šlo předejít.

Pokud se chceme pokusit o určitý souhrn a výstup respondentských odpovědí vzhledem k položeným výzkumným otázkám, v první řadě narážíme na specifikum kvalitativního pojetí šetření, tedy, že v našem případě jde jen o jakýsi „vzorek“. První výzkumná otázka zjišťovala: *Jak pacienti s ischemickou chorobou dolních končetin přistupují k prevenci rizikových faktorů?* Zde se ve všech případech projevil určitý kvalitativní posun k lepšímu v souvislosti s prodělaným operačním zákrokem. Dá se říci, že ve skupině pacientů, kde proběhly rozhovory, byla míra povědomí i faktických opatření v souvislosti s rizikovými faktory, nejnižší právě v prvním kole rozhovorů, tedy před operací. V dalších fázích rozhovorů, tedy tři a šest měsíců po operaci, se povědomí o kauzalitě rizikových faktorů zvyšovalo. Jak již bylo naznačeno v pasáži o motivaci a procesu změny, míra informovanosti, znalost rizikových faktorů a skutečná intervence, tedy snižování rizikových faktorů, jsou dvě odlišné věci. Pro úspěšnou eliminaci rizikových činitelů, případně nové zařazení či posílení protektivních faktorů, jen informace, odhodlání, chuť a motivace vždy nestačí. Znovu se dostáváme k oné triádě úspěšné změny – chtít + být schopen + být připraven. Pokud některá z těchto složek chybí, nebo je oslabená, nemůžeme očekávat hlubší a trvalé změny. Přesto ale řada pacientů dokáže v relativně krátké době řadu drobných či větších pozitivních změn realizovat. Jak vyplynulo z rozhovorů, velká část dotazovaných pacientů jako by drobnější změny a úpravy v životním stylu přehlížela, nebo ignorovala a za „skutečné“ pokládala jen ty velké. V této souvislosti stojí za to, obrátit se ke zdrojům přinášející statistická data, která naše šetření pomocí rozhovorů jen podtrhuje a dokresluje. Například Pták (2010) ve své práci informoval, že z odborných publikací a zároveň z klinické praxe je možno konstatovat, že působením ischemické choroby dolních končetin nastávají podstatné změny v různých oblastech života všech jedinců. Autor

např. uvádí, že v rámci jeho šetření vyplynulo, že až 41 % klientů akceptovalo změnu stravovacích návyků a 44 % respondentů dokonce přestalo kouřit. Pohybová aktivita u pacientů s ICHDK je poněkud náročným bodem. Pacienti před operací jsou v drtivé většině limitováni intenzitou klaudikačních obtíží, po zákroku zase často přichází nevědomá potřeba „šetřit se po operaci“, větší či menší obavy z pohybu, někdy i určitý blok. Jistě není nutné zdůrazňovat, jaké nejrůznější benefity pravidelná pohybová aktivita přináší. Zmíníme jen některé, dle „Zprávy o zdraví obyvatel České republiky“ (2014) : snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění, zlepšení profilu krevních lipidů, zvýšení imunitního stavu organismu, udržení optimální hmotnosti aj.

Druhá výzkumná otázka se zajímala o to, *co je u pacientů s ICHDK hlavním impulzem pro případnou změnu stylu života*. V kontextu naší práce můžeme konstatovat, že se ukázaly dva hlavní klíčové motivační prvky – obava z nutnosti (další) operace a vyhlídka na život bez obtíží, bolestí a pohybových omezení. Operační zákrok je logicky pro většinu pacientů nechtěný důsledek dlouhodobě progredujícího stavu, navíc s nejasným výsledkem do budoucna. Drtivá většina oslovených respondentů operační zákrok uvádí jako zásadní prvek a impuls pro realizaci změn v jejich životě. Většinou to bylo podmíněno přáním, aby se případně zákrok nemusel v budoucnu opakovat. Tím v podstatě odpovídáme na další výzkumnou otázku: *jakou měrou ovlivňuje operační zákrok postoj pacienta k rizikovým faktorům pro vznik ICHDK?* Každý invazivní zákrok, rizika, hospitalizace a celkový dyskomfort s tím spojený, je pro pacienty silným motivačním prvkem.

K vyhodnocení toho, *jak moc zásadní je změna životního stylu u pacientů po operaci pro ICHDK*, jsme použili jednoduchou škálu, která umožňuje jistou sumarizaci. Pacient měl na stupnici 0–10 vyjádřit míru toho, jak moc zásadní a náročné pro něj změny byly. Přičemž 0 vyjadřovala stav žádné změny a nenáročného procesu a 10 nejvyšší možnou představitelnou změnu. Průměrně svou subjektivně pocíťovanou náročnost změn respondenti označili číslem 4,2. Protože se jedná o velmi malý vzorek odpovědí, nepřekvapí velká různorodost, kdy se rozptýl odpovědí a číselných vyjádření pohyboval od č. 1 do č. 8. Zde je opět na místě zdůraznit velké individuální rozdíly v přístupu ke změnám u jednotlivých respondentů, s ohledem na jejich anamnézu

a celkový životní příběh, zkušenosti, které v tomto směru prodělali a způsob jejich léčby.

V této souvislosti jsou zajímavé závěry Šedové (2010), která se, krom jiného, zaměřila na rozdíly ve výskytu některých rizikových faktorů u nemocných klientů poradny Centra prevence civilizačních chorob a zdá se, že členství v těchto klubech a organizacích má pozitivní vliv minimálně v oblasti znalostí a postojů k redukci rizikových faktorů.

Význam svépomocných sdružení a podpůrných organizací je znám již řadu let i u nás, a to v oblasti nejružnějších poruch, onemocnění či závislostí (Sdružení celiaků České republiky, Mamma HELP, Česká Alzheimerovská společnost, Svaz postižených civilizačními chorobami v České republice, Anonymní alkoholici a podobně). Jejich síla a účinnost v praxi vychází z několika hlavních principů, kdy kromě sdílení a pocitu „jsme všichni na jedné lodi“ se přidružuje i další mocný motivační prvek – neposuzování, neodsuzování druhých. Opět se tedy dostáváme k celkovému procesu změny, které bylo zmíněno v úvodu kapitoly a celkovým podmínkám pro úspěšný rozvoj motivace. Bohužel, mnohdy bývá v kontrastu s praxí, která je v našich ordinacích nejčastější, kdy často nacházíme přesný opak toho, co je úspěšné ve svépomocných skupinách – tedy hodnocení, odsudky, kárání, rady, poučování, zastrašování. Také výše zmiňovaná autorka ve svých doporučeních pro praxi upozorňuje na nutnost podpořit hlubší stránky edukace pacientů s chronickými kardiovaskulárními chorobami a vyzývá k většímu propojení sociální a zdravotní oblasti v komunitní péči o tyto pacienty.

6 Závěr

Diplomová práce „Životní styl u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin před a po operaci“, si na podkladě polostrukturovaných rozhovorů kladla za cíl zjistit, jestli došlo u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin po prodělané operaci ke změně životního stylu. Zda byla, či nikoli, spouštěčem změny operace.

Jak již bylo řečeno výše, problematika motivace jedince ke změně a její realizace je problematika značně složitá a často komplikovaná. Z našich rozhovorů s pacienty vyplynulo, že minimálně 50 % z nich se o nějakou změnu a eliminaci rizikových faktorů pokusilo. Ukazuje se, že největší překážkou pro tyto pacienty není nedostatek informací či nevědomost o tom, jaké následky na jejich zdraví má například kouření či nezdravá strava. To, jak jsou ve svých snahách úspěšní, závisí na mnoha faktorech a okolnostech. Velkou roli hraje pochopitelně doba, která předcházela změně, tedy kolik let tito pacienti fixovali své špatné návyky a stereotypy. Nezbytná je citová, ale i čistě praktická podpora nejbližšího okolí, rodiny, partnera, kolegů v zaměstnání.

Pacienti mají často tendenci setrvávat u takových způsobů chování, které zjevně ohrožují je samé. Více či méně vědomě volí krátkodobé uspokojení a zvyk, přestože je to v dlouhodobé perspektivě ohrožující. Během práce s našimi respondenty se odkazy na dlouholeté zvyky, návyky a stereotypy objevovaly v podstatě v každém rozhovoru. Tendence a směřování k vyšším hodnotám a neurčitým pozitivním ziskům v budoucnu, namísto okamžitého uspokojení „teď a tady“, je velkou výzvou pro každého z nás.

Jedním ze zásadních činitelů podporujících úspěch či neúspěch ve změně životních návyků, jsme naštěstí také my zdravotníci. Jde o náš přístup v otázkách edukace a posuzování životního stylu u pacientů, který může být více či méně vhodný a efektivní nebo naopak. V diplomové práci jsme zmiňovali v praxi dobře využitelnou metodu motivačních rozhovorů, která je ideální právě pro klienty, kteří se chystají na velkou změnu v jejich životním stylu nebo jsou jejich návyky lety zautomatizovány natolik, že pouhé rozhodnutí již nestačí. To byl ve valné části případ všech našich respondentů. Naštěstí lze v praxi využít i jednodušší postupy a dílčí metody odvozené

z této techniky, a to i v podmínkách, kdy máme jen omezené množství času nebo možnost pouze jednorázové intervence. Důležité je mít na vědomí, že cílem nemusí být v rámci jednoho setkání okamžité řešení situace či velké plánování, postačí, pokud pacienta posuneme o drobný krok kupředu žádoucím směrem. Možná postačí i to, když se po rozhovoru s námi dokáže na situaci podívat z jiného úhlu, ale s pocitem větší kompetence a důvěrou ve své vlastní možnosti. Žádné změny nejsou však možné bez navázání bezpečného a důvěryhodného vztahu s pacientem. Existují i možnosti tzv. krátkých intervencí (Úlehla, 2006), které vždy zahrnují několik dílčích složek. V první řadě dobré empatické naslouchání, dále poskytnutí zpětné vazby, která nebude mít hodnotící až odsuzující charakter. Následuje jasné doporučení ke změně rizikového chování a nabídka možných způsobů, jak změnu uskutečnit, pokud má pacient zájem. Vždy je třeba podpořit důvěru pacienta ve vlastní schopnosti, víru v to, že změna je možná i po letech nevhodného chování. Na závěr zdůraznění osobní zodpovědnosti a respektu k tomu, k čemu se pacient rozhodne, případně k tomu, že změny provádět nechce či nemůže a zůstává u stávajícího modelu chování. Zjednodušeně platí, že čím méně máme na intervenci času, tím méně si můžeme dovolit použít metody, které u pacienta vyvolávají nutnost obhajoby a psychologického odporu.

Jeden z hlavních impulzů vzniku a rozšíření metod a postupů na bázi motivačních rozhovorů byla neefektivnost mnoha dřívějších přístupů v léčbě, která vyžadovala změnu pacientova chování (závislosti, civilizační onemocnění). Stále se bohužel v praxi tradují a praktikují postupy, které nedoznaly větších úspěchů – konfrontace, získání náhledu, direktivní přístup. Stále ještě mnoho zdravotníků pohlíží na věc spíše laicky a propagují postoje typu: „on prostě jen málo chce“, „nesáhl si ještě na dno“, „je líný“ a podobně. Je snadné se k tomuto uchýlit, když se úspěch nedostavuje a pacientovi se nedaří. Tyto postoje nám také dlouhodobě slouží jako určitá ochrana před zklamáním a bezmocí a označením jednoznačných „viníků“ dávají našemu světu určitý řád, pomáhají nám uchovat pocit moci a kontroly nad situací.

Pokud bychom přemýšleli nad přesahem všech našich zjištění do zdravotnické praxe, vhodným návrhem by mohly být semináře a kurzy v rámci celoživotního vzdělávání zdravotníků, zaměřené právě na výcvik v motivačních rozhovorech nebo

krátkých intervencích. Nabízí se také intenzivnější spolupráce s organizacemi poskytující sociální služby pro klienty se závislostí, kde prochází kurzem motivačních rozhovorů každý pracovník. Přednáška či beseda adiktologa, sociálního pracovníka či terapeuta, možnost sdílení metodických materiálů, konzultace, supervize a vzájemné setkávání nad tímto tématem, by jistě obohatilo naši zdravotnickou praxi.

7 Seznam použitých zdrojů

ASTL, J., E. ASTLOVÁ a E. MARKOVÁ, 2009. *Jak jíst a udržet si zdraví, aneb Vyvážený zdravý životní styl pro každý den: příručka poradce*. 1.vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-175-2.

BACHLEDA, Petr et al., 2012. *Cévní chirurgie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2958-8.

BENCKO, Vladimír, et al., 2002. *Epidemiologie, výukové texty pro studenty 1. LF UK, Praha*. 2.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0383-7.

BROULÍKOVÁ Alena. 2014. Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK). In ROZTOČIL Karel et al. *Angiologie*. 1.vyd. Praha: Triton, s. 99-104. ISBN 978-80-7387-716-3.

Centrum preventivní medicíny při Ústavu preventivního lékařství LF MU. *Pohybová aktivita* [online]. 2015 [cit. 2015-11-25].

Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/zdravy-zpusob-zivota/14-pohybova-aktivita.html>

ČESKO, 2012. MULTIMEDIÁLNÍ TRENAŽÉR PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE. [Ose.zshk.cz](http://ose.zshk.cz). [Online]. Hradec Králové, [cit. 2015-09-20]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/info/uvod.aspx>

ČEŠKA, Richard et al., 2005. *Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií*. 1.vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-738-0.

ČÍŽEK, Vladimír, 2012. *Průvodce cévními chorobami pro pacienty*. 1.vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-297-1.

DOLINA, Jiří, 2009. *Civilizace a nemoci*. 1.vyd. Praha: Futura. ISBN 978-80-86844-53-4.

DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ, 2008. *Sociologie životního stylu*. 1.vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-123-6.

FIRT, Pavel, Jaroslav HEJNAL a Ivan VANĚK, 1991. *Cévní chirurgie*. 1.vyd. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0047-4.

FREJ, David, 2006. *Dietní sestra: diety ve zdraví a nemoci*. 1.vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-537-X.

FROHLICHOVÁ, Linda, 2013. *Kouření vodní dýmky*. [online]. Praha: Státní zdravotní ústav. [cit. 2015-11-22]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/vodni-dymka?highlightWords=kou%C5%99en%C3%AD>

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

HEHLMANN, Annemarie, 2010. *Hlavní symptomy v medicíně: Praktická příručka pro lékaře a studenty*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 13: 978-80-247-2612-0.

HLINOVSKÁ, Jana, Jana KOCUROVÁ a Jitka NĚMCOVÁ, 2010. Edukační dokumentace v klinické praxi. In Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií, Ústav aplikovaných společenských věd, *Pedagogika v ošetrovatelství - tradice, současnost a perspektivy: Sborník z konference*.

Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, s. 30–31. ISBN 978-80-7318-995-2.

HOLÝ, Jiří, Martin HOLÝ, Zsolt KECZKEMETHY, Kamila NOVÁKOVÁ a Pavel HAVRÁNEK, 2012. Farmakoterapie chronických forem ischemické choroby dolních končetin podle současných doporučení. *Via practica*. Bratislava: Solen, **9**(3), 102-105. ISSN 1336-4790.

CHOCHOLA, Miroslav, 2009. Ischemická choroba dolních končetin. *Medicína pro praxi*, Olomouc: Solen, **6**(3), s. 172–173. ISSN 1214-8687.

CHOCHOLA, Miroslav, Petr VAŘEJKA a Samuel HELLER, 2004. Možnosti intervenční léčby onemocnění tepen dolních končetin. *Interní medicína pro praxi*, **6**(11), s. 542–546. ISSN 1212-7299

INDRÁKOVÁ, Jarmila a Lucie KALINOVÁ, 2009. Farmakologická léčba ischemické choroby. *Klinická farmakologie a farmacie*. Olomouc: Solen, **23**(2), 71–75. ISSN 1212-7973

JANDA, Jan, Miloš VELEMÍNSKÝ a Richard ROKYTA, 2014. Je zvýšený příjem soli odpovědný za hypertenzi? In ROKYTA, Richard a Cyril HÖSCHL. *Emoce v medicíně II a III: Emoce v životním cyklu člověka / Úzkost, stres a životní styl*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, s. 133–139. ISBN 978-80-204-3340-4.

JANDOUREK, Jan, 2007. *Sociologický slovník*. 2.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-269-0.

JAROŠOVÁ, Darja, 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství. ISBN 80-85866-55-2.

KALETOVÁ Markéta a Jaroslav VESELÝ, 2012. *Tvorba a ověření e-learningového prostředí pro integraci výuky preklinických a klinických předmětů na LF a FZV UP Olomouc: Nemoci periferních tepen a nemoci tepen* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc. [cit. 2016-04-13]. Dostupné z: <http://pfyziol.fup.upol.cz/castwiki2/?p=2604>

KARETOVÁ, D., K. ROZTOČIL, O. HERBER et al., 2011. *Ischemická choroba dolních končetin: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. 1.vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-43-5.

KARETOVÁ, Debora a František STANĚK et al., 2007. *Angiologie pro praxi*. 2.vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-115-8.

KARETOVÁ, Debora, Jana VOJTÍŠKOVÁ a Michaela INGRISCHOVÁ, 2008. MOET – Projekt časně detekce ischemické choroby dolních končetin a její efektivní terapie. *Practicus: Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. **7**(7), s. 10–14. ISSN 1213-8711.

KASTNEROVÁ, Markéta, 2012. *Poradce zdravého životního stylu*. 1.vyd. České Budějovice: Nová Forma. ISBN 978-80-7453-250-4.

KHAWAJA, Farhan J. a Iftikhar J. KULLO, 2009. Novel markers of peripheral arterial disease. *Vascular Medicine* [online]. **14**(4), 381-392 [cit. 2016-06-28]. ISSN 1358863X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=44603595&scope=sit>
e

KLENER, Pavel et al., 2009. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3.vyd.. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-643-4.

KOLÁŘ, Jozef, 2008. Alfimepráza – nové fibrinolytikum. *Klinická farmakologie a farmacie*. Olomouc: Solen, **22**(1), s. 18 – 22. ISSN 1212-7973.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2014. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 978-80-85047-49-3

KRAJÍČEK, Milan et al., 2007. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0607-8.

KUBÁTOVÁ, Helena, 2009. *Sociologie životního způsobu*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2456-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana a Danuška TOMANOVÁ, 2010. Etické principy edukace ve výuce ošetrovatelství. In Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií, Ústav aplikovaných společenských věd, *Pedagogika v ošetrovatelství - tradice, současnost a perspektivy: Sborník z konference*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, s. 58–63. ISBN 978-80-7318-995-2.

MAGERČIAKOVÁ, Mariana, 2010. Klíčové kompetencie sestry edukátorky. In Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií, Ústav aplikovaných společenských věd, *Pedagogika v ošetrovatelství - tradice, současnost a perspektivy: Sborník z konference*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, s. 121–125. ISBN 978-80-7318-995-2.

MARKOVÁ, Marie, 2012. *Determinanty zdraví*. 1.vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-545-7.

MAZALÁNOVÁ Anna a Veronika BLAŽKOVÁ, 2010. Výchova ke zdraví v práci sestry v 21. století. In MAURITZOVÁ, Ilona. *Zdraví a péče o člověka v 21. století: mezinárodní recenzovaný sborník Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, s. 22–26. ISBN 978-80-7043-908-1.

MOHLER, III., Emile R. a Michael R. JAFF, 2008. *Peripheral arterial disease*. Philadelphia: American College of Physicians. ISBN 19-305-1396-8.

MÜLLER, Markus a spolupracovníci, 1997. *Chirurgie pro studium a praxi: Chirurgie v poznámkách pomůcka pro přípravu na státní zkoušku a lékařskou praxi*. 1.vyd. Praha: Goldstein & Goldstein. ISBN 80-86094-10-3.

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

NEMCOVÁ, Jana, Edita HLINKOVÁ et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9.

NUTRIZONE – poradna zdravého životního stylu, 2016. *Výživová pyramida*. [online]. [cit. 2016-01-29]. Dostupné z: <http://nutrizone.cz/jak-potravinove-pyramidy-pomahaji-s-dodrzovanim-vyzivovych-doporuceni-odborniku/>

PIŤHA, Jan, 2012. Specifika aterosklerózy končetinových tepen. Jsou rizikové faktory ischemické choroby dolních končetin odlišné od ostatních tepenných řečišť? *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá Fronta. **12**(1), 43-47. ISSN 1212-4184.

PIŤHA, Jan. 2014. Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK). In ROZTOČIL Karel et al. *Angiologie*. 1.vyd. Praha: Triton, s. 41–45. ISBN 978-80-7387-716-3.

PROCHASKA, J. O. a DICLEMENTE, C. C., 1984. *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. ISBN neuvedeno

PROCHÁZKA, Václav, Vladimír ČÍŽEK et al., 2012. *Vaskulární diagnostika a intervenční výkony*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, ISBN 978-80-7345-284-1.

PTÁK, Petr. Změna životního stylu u klientů po rekonstrukční cévní operaci tepen dolních končetin. Č. Bud., 2010. disertační práce (Ph.D.). Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta

RAC-ALBU, Marius, Luminita ILIUTA, Suzana Maria GUBERNA a Crina SINESCU, 2014. The Role of Ankle-Brachial Index for Predicting Peripheral Arterial Disease. *Maedica - a Journal of Clinical Medicine* [online]. **9**(3), 295–302 [cit. 2016-06-28]. ISSN 18419038. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com>

RENC, Ondřej et al., 2015. *Nové metody endovaskulární rekanalizace končetinových tepen*. [online]. [cit. 2015-05-09]. Dostupné z: http://hrubaskala.net/mini_soubory/10/suppa/renc.pdf

RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS, 2012. *A Nurse's Survival Guide to the Ward*. 3rd ed. London: Churchill Livingstone. ISBN 978-0702046032.

ROLLNICK,S. a MILLER, W., 2003. *Motivační rozhovory*. 1.vyd. Tišnov: Scan. ISBN 80-86620-09-3

ROSCH, Paul J., 1979. *Reminiscences of Hans Selye, and the birth of "stress"*[online]. New York: The American Institute of Stress. [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: <http://www.stress.org/about/hans-selye-birth-of-stress/>

ROSOLOVÁ, Hana a Barbora PETRLOVÁ, 2007. Kouření jako rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění - možnosti terapie. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, **9**(4), s. 427–430. ISSN 1212-4184.

ROZTOČIL, Karel, 2014. *Angiologie*. 1.vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-716-3.

RUČKA, David, Jean Claude LUBANDA, Miroslav CHOCHOLA a Debora KARETOVÁ. 2011. Akutní ischemie dolních končetin. *Medicína pro praxi*. **8** (10), s. 431–434. ISSN 1214-8687.

RUIZ-CANELA, Miguel a Miguel A MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, 2014. Lifestyle and Dietary Risk Factors for Peripheral Artery Disease. *Circulation journal*. Tokyo: Japanese Circulation Society, **78**(3), p. 553-559. ISSN 1346-9843.

RYBA Lukáš a Štěpánka BUFKOVÁ, 2010. Význam pohybové aktivity v léčbě civilizačních onemocnění 21. století způsobených hyperaktivitou. In MAURITZOVÁ, Ilona. *Zdraví a péče o člověka v 21. století: mezinárodní recenzovaný sborník Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, s. 72–81. ISBN 978-80-7043-908-1.

SEIFERT, Bohumil, 2009. Ischemická choroba dolních končetin a praktický lékař. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. Praha: Mladá fronta, **11**(7), 789–793.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty II: Pediatrie, chirurgie*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2040-1.

SOVINOVÁ, H., P. SADÍLEK a L. CSÉMY, 2012. *Zpráva o vývoji prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření. Výzkumná zpráva* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav. [cit. 2015-12-02]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/2013/ZpravaKuractvi2011.pdf>

SOVINOVÁ, Hana. 2008. *31. květen – Světový den bez tabáku. SZÚ: Tabák a zdraví, informační bulletin* [online]. **6(1)** [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/TaZ/TaZbrezen08.pdf>

STAFFA, Robert, 2005. *Záchrana kriticky ischemické končetiny: pedální bypass*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0957-0.

Státní zdravotní ústav. *Alkohol*. [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/modules/search/index.php>

Státní zdravotní ústav. *Kouření*. [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007, [cit. 2015-12-1]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/koureni>

Státní zdravotní ústav. *Zdravější životní styl*. [online]. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007, [cit. 2015-12-1]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/zdravejsi-zivotni-styl>

STRNADOVÁ, Věra, 2005. *Kurz psychologie I, Přehled základních témat moderní psychologie*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-475-8.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1.vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

SVOBODA, Martin, 2015. *Citáty slavných osobností* [online]. [cit. 2015-11-19]. Dostupné z: <http://citaty.net/vyhledavani/>

ŠEDOVI, Lenka. Životní styl a kardiovaskulární onemocnění. Č. Bud., 2010. disertační práce (Ph.D.). Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta

ŠTEFLOVI, Alena, 2004. Prevence v primární péči. *Postgraduální medicína - příloha: Preventivní péče v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Mladá Fronta, **6**(4), s. 4. ISSN 1212-4184.

ŠŤASTNÝ Jan, 2006. *Zdraví a nemoc* 1. díl. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-775-7

ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVI et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vyd. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

TALAFI, Viktor, Jana ZAPLETALOVÁ a Dalibor PASTUCHI. 2015. *Pozitivní vliv pravidelné fyzické aktivity u zdravých lidí na snížení rizikových faktorů pro kardiovaskulární onemocnění*. *Medicína pro praxi*, **12** (4), s. 194–196. ISSN 1214-8687.

TÓTHOVI, V., H. HRADOVI, F. DOLÁK et al., 2013. K problematice vykonávání běžných denních činností u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin. *KONTAKT - odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. [online]. **15**(4), s. 370–378. [cit. 2015-05-12]. ISSN 1804-7122 (online verze). Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2013/1079-k-problematice-vykonavani-beznych-dennich-cinnosti-u-pacientu-s-ischemickou-chorobou-dolnich-koncetin>.

TUČEK, Milan et al, 2003. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-22-9.

ULRICHOVÁ, Monika, 2012. *Člověk, stres a osobnostní předpoklady - souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu*. 1.vyd. Ústí nad Orlicí: Oftis. ISBN 978-80-7405-186-9.

ÚLEHLA, Ivan, 2006. *Umění pomáhat – učebnice metod sociální praxe*. 2.vyd. Písek: Renesance Písek. ISBN neuvedeno

Ústav preventivního lékařství Lékařská fakulta MU v Brně. *Prevence nemoci a podpora zdraví – Výživa* [online]. 2015 [cit. 2015-11-26].

Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/zdravy-zpusob-zivota/14-pohybova-aktivita.html>

VALENTA, Jiří et al. *Základy chirurgie*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1344-4.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2000. *Praktický slovník medicíny*. 6. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

VOLEKOVÁ, Mária a Vasil ŠATNÍK, 2008. *Manuál klinickej výživy*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-274-8.

VOLLMER, Helga, 2004. *Arterioskleróza: vyhnutelné riziko*. vyd. neuvedeno, Praha: Pragma. ISBN 80-7205-923-8.

WASSERBAUER, Stanislav et al., 2002. *Výchova ke zdraví: pro vyšší zdravotnické školy a střední školy*. 3. vyd. Jihlava: KHS Jihlava a SZÚ, ISBN 80-7071-172-8.

WYNDHAM, Mike, 2010. Peripheral arterial disease. *Practice Nurse* [online]. **39**(12) [cit. 2015-12-02]. ISSN 09536612. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.svkhk.cz>

ZIMOLOVÁ Petra a Jakub HONĚK, 2015. Onemocnění periferních tepen - ischemická choroba dolních a horních končetin. In VESELKA, Josef a Vilém ROHN. *Kardiovaskulární medicína*. 1.vyd. Brno: Facta Medica, s. 4–8. ISBN 978-80-88056-00-3 (online: pdf). Dostupné z: <http://www.kv-medicina.eu/>

ŽÁK, Aleš et al., 2011. *Ateroskleróza: nové pohledy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3052-3.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Schéma základních variant používání terminologické triády

Příloha 2: Výživová pyramida

Příloha 3: Funkční klasifikace dle Fontainea

Příloha 4: Funkční klasifikace dle Fontainea

Příloha 5: Funkční klasifikace dle Fontainea

Příloha 6: Rutherfordova klasifikace

Příloha 7: Klaudikace a možná záměna

Příloha 8: Diferenciální diagnóza při chronických, lokalizovaných bolestech končetin

Příloha 9: Znázornění palpce tepen krkavice a tepen horních končetin

Příloha 10: Znázornění palpce tepen dolních končetin

Příloha 11: Fyzikální vyšetření dolních končetin

Příloha 12: Polohový test podle Ratschowa

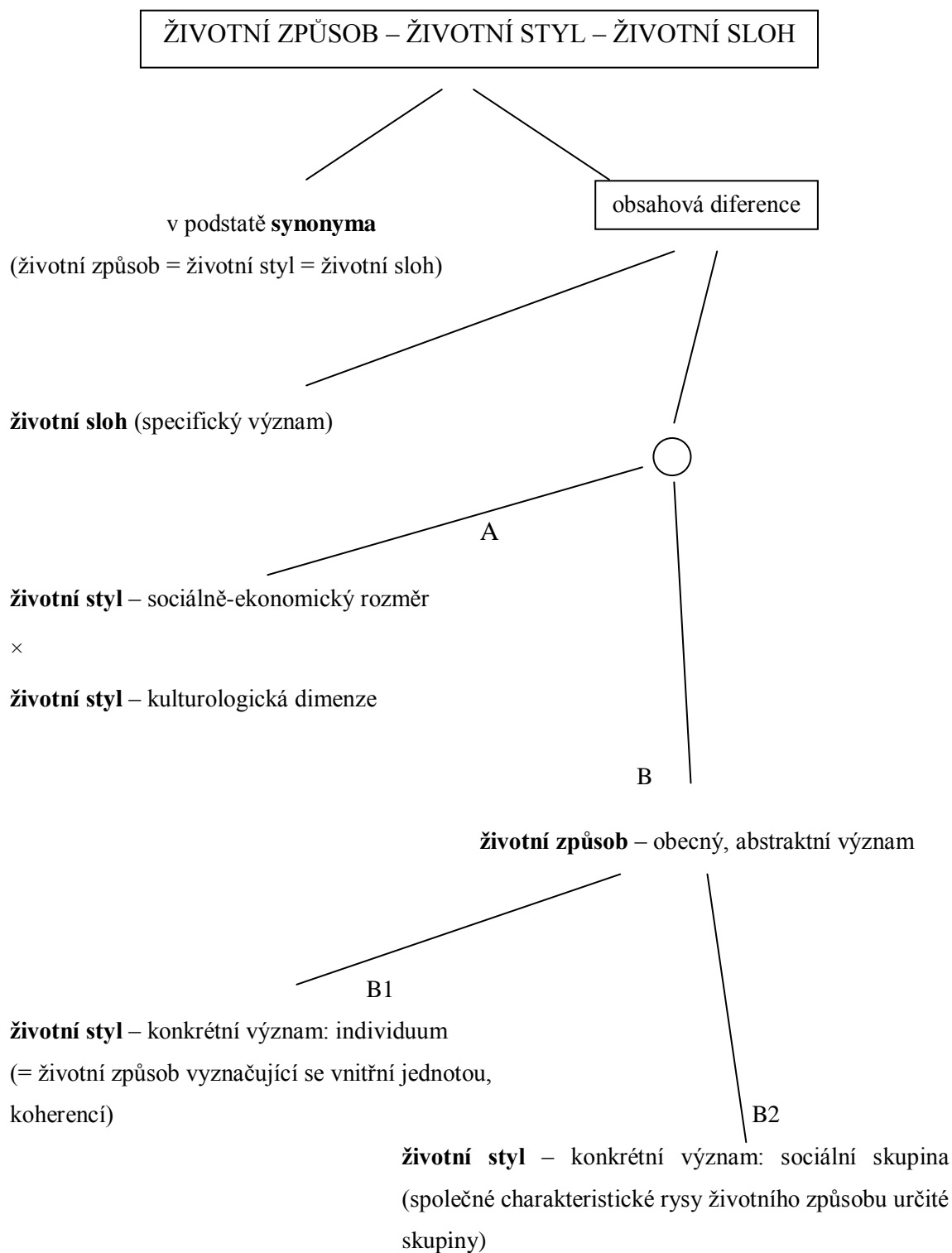
Příloha 13: Hodnoty ABI indexu ve vztahu k tíži ICHDK

Příloha 14: Otázky k rozhovoru

Příloha 15: Připravený tiskopis

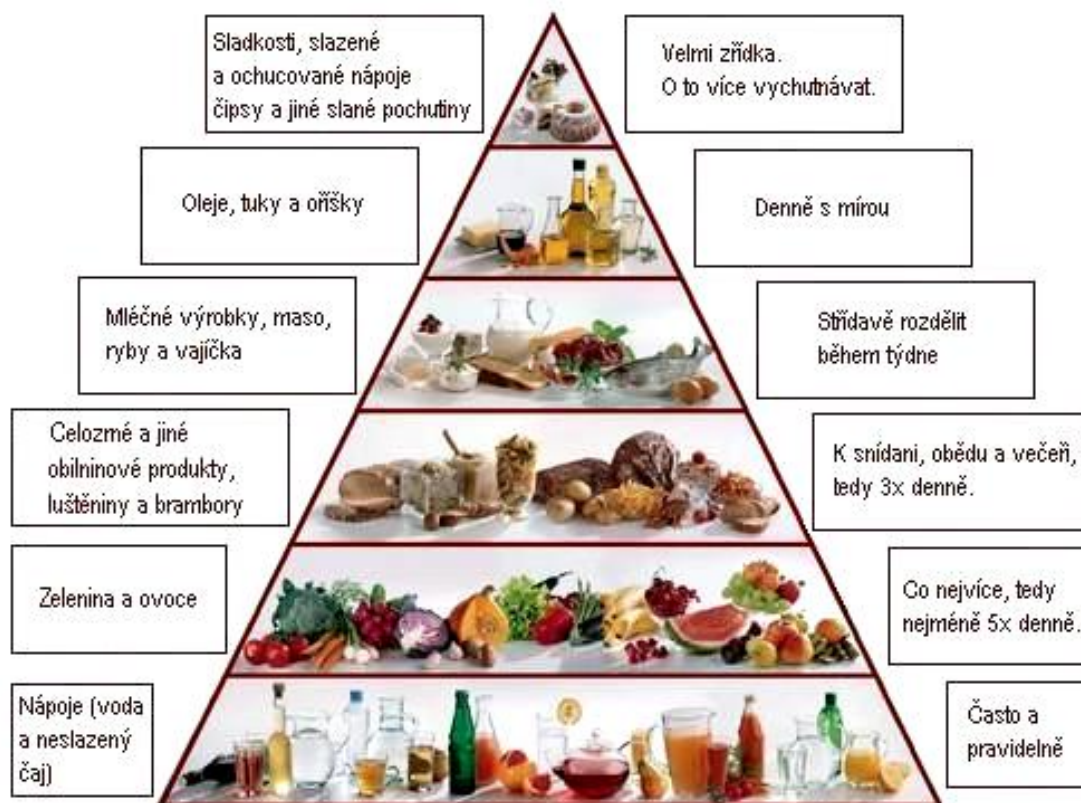
Příloha 16: Otevřené kódování

Příloha 1: Schéma základních variant používání terminologické triády



Zdroj: DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ, 2008. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, ISBN 978-80-7380-123-6.

Příloha 2: Výživová pyramida



Zdroj: NUTRIZONE – poradna zdravého životního stylu, 2016. *Výživová pyramida*. [online]. [cit. 2016-01-29]. Dostupné z: <http://nutrizona.cz/jak-potravinove-pyramidy-pomahaji-s-dodrzoanim-vyzivovych-doporuceni-odborniku/>

Příloha 3: Funkční klasifikace dle Fontainea

1. stadium	bezpříznakové (asymptomatické)
2. stadium	klaudikační
3. stadium	klidové ischemické bolesti
4. stadium	trofické defekty

Zdroj: KARETOVÁ, Debora a František STANĚK et al., 2007. *Angiologie pro praxi*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, s. 37. ISBN 978-80-7345-115-8.

Příloha 4: Funkční klasifikace dle Fontainea

stadium	klinický projev
I	klinicky latentní stadium (asymptomatologické)
IIa	klaudikace □ 200 m
IIb	klaudikace □ 200 m
IIc	klaudikace □ 50 m
III	ischemická klidová bolest
IV	ulcerace nebo gangrény

Zdroj: KARETOVÁ, D., K. ROZTOČIL, O. HERBER et al., 2011. *Ischemická choroba dolních končetin: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, s. 4. ISBN 978-80-86998-43-5.

Příloha 5: Funkční klasifikace dle Fontainea

1. stádium - asymptomatické
subjektivně žádné potíže, při podrobném vyšetření odchylky od normy
2. stádium - klaudikační
typické bolesti v končetinách při námaze, ustupující po zastavení
2a klaudikační vzdálenost delší než 200 m
2b klaudikační vzdálenost kratší než 200 m
2c klaudikační vzdálenost kratší než 50 m
3. stádium – klidových bolestí
bolest v klidu, hlavně v noci v horizontále, ustupující po svěšení končetiny
3a kotníkový tlak větší než 50 mm Hg
3b kotníkový tlak nižší než 50 mm Hg
4. stádium – trofických defektů
4a stádium ohraničené nekrózy
4b stádium šířící se nekrózy nebo gangrény

Zdroj: BROULÍKOVÁ Alena. 2014. Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK). In ROZTOČIL Karel et al. *Angiologie*. Praha: Triton. s. 100. ISBN 978-80-7387-716-3.

Příloha 6: Rutherfordova klasifikace

stupeň	kategorie	
0	0	asymptomatický pacient
I	1	„mild claudication“
I	2	„moderate claudication“
I	3	„severe claudication“
II	4	klidová ischemická bolest
II	5	trofické defekty na noze („minor tissue loss“)
III	6	defekty se rozšiřují proximálně („major tissue loss“)

Zdroj: KARETOVÁ, Debora a František STANĚK et al., 2007. *Angiologie pro praxi*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, s. 36. ISBN 978-80-7345-115-8.

Příloha 7: Klaudikace a možná záměna

Postižená tepna	Lokalizace klaudikací	S čím se mohou splést
pánevní	hýždě, kyčel stehno, lýtko	porucha bederní páteře, artróza kyčle
stehenní	lýtko	artróza kolene
podkolenní	lýtko	artróza kolene
lýtková	chodidla, nárt	plochá noha, artróza v nártu, ostruha patní kosti

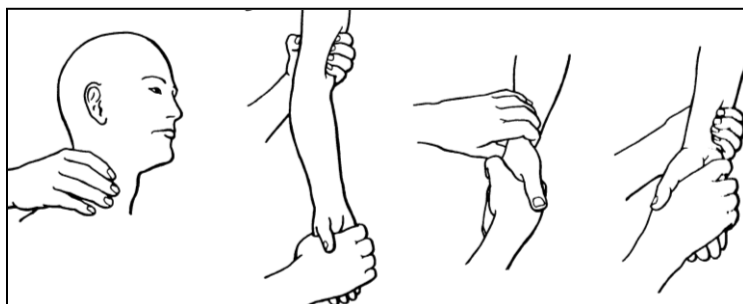
Zdroj: ČÍŽEK, Vladimír, 2012. *Průvodce cévními chorobami pro pacienty*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, s. 89. ISBN 978-80-7345-297-1.

Příloha 8: Diferenciální diagnóza při chronických, lokalizovaných bolestech končetin

Potíže a symptomy	Příčiny
klaudikacím podobné symptomy při zachovaných pulzech	dilatační arteriopatie, aneurysma, arteriální kompresní syndrom
deformity kloubů a končetin	chybné postavení kloubů
bolest vázaná na klouby, příp. s otokem a deformitami	zánětlivá a degenerativní onemocnění kloubů
klidová – spontánní bolest bez vnějších podnětů	nekrózy kostí
progredující klidová bolest, příp. otok	nádory kostí
otok; periferní porucha prokrvení; porucha citlivosti periferních nervů a vyzařující bolesti	nádory měkkých tkání
bodově lokalizovaná spontánní či tlaková bolest, příp. vyzařující do oblasti, kterou nerv inervuje	periferní neurinomy
ohraničené bolesti kostí	osteoid, osteom
záchvatovité, velmi silné bolesti svalů s otokem	myositis ossificans
suchá kůže; atrofie rukou a nohou se ztrátou funkčnosti	Sudeckův syndrom (stadium III)

Zdroj: HEHLMANN, Annemarie, 2010. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 83 - 84. ISBN 978-80-247-2612-0.

Příloha 9: Znázornění palpace tepen krkavice a tepen horních končetin



a. carotis

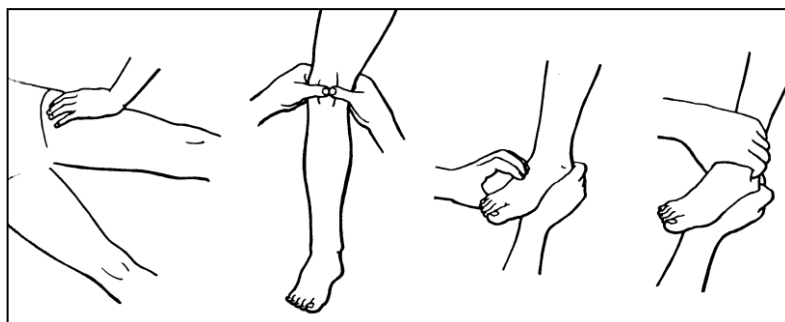
a. brachialis

a. radialis

a. ulnaris

Zdroj: KLENER, Pavel et al., 2009. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén, s. 98. ISBN 978-80-7262-643-4.

Příloha 10: Znázornění palpace tepen dolních končetin



a. femoralis

a. poplitea

a. dorsalis
pedis

a. tibialis
posterior

Zdroj: KLENER, Pavel et al., 2009. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén, s. 99. ISBN 978-80-7262-643-4.

Příloha 11: Fyzikální vyšetření dolních končetin

Fyzikální vyšetření DK	
pohledem	svalové atrofie, chybění ochlupení, suchá a bledá kůže, onychodystrofie, ulcerace, gangréna
pohmatem	studená kůže, vymizení nebo oslabení pulzací tepen v třísle, v podkolení a na noze
poslechem	šelesty nad tepnami

Zdroj: MUSIL, Dalibor, 2007. Ischemická choroba dolních končetin. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 9(4), s. 171. ISSN 1212-7299.

Příloha 12: Polohový test podle Ratschowa

Provedení	Posouzení	Porucha prokrvení			
		Nepřítomna	Lehká	Střední	Těžká
pacient na zádech, elevace končetin 2 min, flexe, extenze střídavě	zblednutí prstů, nohy a plosky, jak rychle (s), rovnoměrně	žádné zblednutí	> 60 s	< 60 s	již při elevaci končetin
posadit se a svěsit nohy	zčervenání hřbetů nohy a prstů, jak rychle (s), rovnoměrně	5 – 10 s	10 – 30 s	30 – 60 s	> 60 s
	následné zčervenání	přiměřené	+	++	+++
	plnění žil nohy, jak rychle (s)	až 15 s	20 – 30 s	30 – 60 s	> 60 s

Zdroj: SEIFERT, Bohumil, 2009. Ischemická choroba dolních končetin a praktický lékař. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá Fronta, **11**(7), s. 791. ISSN 1212-4184.

Příloha 13: Hodnoty ABI indexu ve vztahu k tíži ICHDK

Hodnoty ABI indexu	Míra postižení
0,9 – 1,3	normální hodnoty
0,9 – 0,7	mírné postižení
0,7 – 0,5	střední postižení
pod 0,5	těžká porucha
při ABI nad 1,3	další vyšetření angiologické, např. duplexní sono

Zdroj: SEIFERT, Bohumil, 2009. Ischemická choroba dolních končetin a praktický lékař. *Postgraduální medicína*. roč. 11, č. 7, s. 791. ISSN 1212-4184.

Otázky k rozhovoru:

Předoperační období

1. Kolik Vám je let?
2. Jak dlouho víte o své diagnóze ICHDK?
3. Kouříte? Jak dlouho a kolik cigaret denně?
4. Jaké množství alkoholických nápojů vypijete za týden?
5. Z čeho se skládá Váš obvyklý jídelníček?
6. Jak často jíte tyto potraviny: smažená jídla, červené maso, tučné maso, máslo, sádlo, plnotučné mléko, uzeniny, slané pochutiny, polotovary, rychlé občerstvení, moučníky a sladkosti, bílé pečivo, sladké a perlivé nápoje?
7. Jak často jíte tyto potraviny: ovoce, zelenina, luštěniny, ryby, drůbež, celozrnné pečivo, tmavá rýže, zakysané a nízkotučné mléčné výrobky, olivový olej, slunečnicový olej, neslazené neperlivé nápoje?
8. Jak často se věnujete nějaké pohybové aktivitě? Uveďte jaké.
9. Změnil/a jste nějakým způsobem celkový životní styl od doby, kdy Vám byla diagnostikována ICHDK?
10. Znáte rizikové faktory a prevenci onemocnění ICHDK?

Po 3 měsících od operačního zákroku

11. Přestal jste kouřit? Omezil jste kouření?
12. Snížil jste množství alkoholických nápojů? Přestal jste pít alkohol?
13. Z čeho se nyní skládá Váš obvyklý jídelníček?
14. Jak často jíte tyto potraviny: smažená jídla, červené maso, tučné maso, máslo, sádlo, plnotučné mléko, uzeniny, slané pochutiny, polotovary, rychlé občerstvení, moučníky a sladkosti, bílé pečivo, sladké a perlivé nápoje?
15. Jak často jíte tyto potraviny: ovoce, zelenina, luštěniny, ryby, drůbež, celozrnné pečivo, tmavá rýže, zakysané a nízkotučné mléčné výrobky, olivový olej, slunečnicový olej, neslazené neperlivé nápoje?

16. Jak často se věnujete nějaké pohybové aktivitě? Uveďte jaké.
17. Změnil/a jste nějakým způsobem celkový životní styl od doby provedení operace?
18. Co Vás nejvíce motivovalo k výše uvedeným změnám?
19. Jak moc náročné pro Vás tyto změny byly?
20. Kdo Vás při realizaci změn nejvíce podporoval?

Po 6 měsících od operačního zákroku

21. Jak jste na tom nyní s kouřením?
22. Jaké množství alkoholických nápojů nyní vypijete?
23. Jaký je podíl živočišných tuků ve Vaší současné stravě?
24. Z čeho se nyní skládá Váš obvyklý jídelníček?
25. Jak se Vám daří udržovat veškeré změny v životním stylu?
26. Jak často jíte tyto potraviny: smažená jídla, červené maso, tučné maso, máslo, sádlo, plnotučné mléko, uzeniny, slané pochutiny, polotovary, rychlé občerstvení, moučníky a sladkosti, bílé pečivo, sladké a perlivé nápoje?
27. Jak často jíte tyto potraviny: ovoce, zelenina, luštěniny, ryby, drůbež, celozrnné pečivo, tmavá rýže, zakysané a nízkotučné mléčné výrobky, olivový olej, slunečnicový olej, neslazené neperlivé nápoje?
28. Jak často se věnujete nějaké pohybové aktivitě? Uveďte jaké.
29. Jak moc Váš životní styl ovlivnila prodělaná operace?
30. Co byste potřeboval/a k tomu, abyste změnil/a nebo udržel/a veškeré změny v životním stylu?

Závěrečná sumarizační otázka:

31. Pokud byste měl/a svou celkovou změnu životního stylu ohodnotit na stupnici 0 – 10 (0 = žádná změna, 10 = maximální možná životní změna), jaké číslo byste přiřadil/a?

Otázky k rozhovoru:

Předoperační období

1. Kolik Vám je let?
2. Jak dlouho víte o své diagnóze ICHDK?
3. Kouříte? Jak dlouho a kolik cigaret denně?
4. Jaké množství alkoholických nápojů vypijete za týden?
5. Z čeho se skládá Váš obvyklý jídelníček?
6. Jak často jíte tyto potraviny? :

◆ smažená jídla	◆ slané pochutiny
◆ červené maso	◆ polotovary
◆ tučné maso	◆ rychlé občerstvení
◆ máslo, sádlo	◆ moučníky a sladkosti
◆ plnotučné mléko	◆ bílé pečivo
◆ uzeniny	◆ sladké a perlivé nápoje

7. Jak často jíte tyto potraviny? :

<input type="checkbox"/> ovoce	<input type="checkbox"/> celozrnné pečivo
<input type="checkbox"/> zelenina	<input type="checkbox"/> tmavá rýže
<input type="checkbox"/> luštěniny	<input type="checkbox"/> olivový olej
<input type="checkbox"/> ryby	<input type="checkbox"/> slunečnicový olej
<input type="checkbox"/> drůbež	<input type="checkbox"/> neslazené, neperlivé nápoje
<input type="checkbox"/> zakysané a nízkotučné mléčné výrobky	

8. Jak často se věnujete nějaké pohybové aktivitě? Uveďte jaké.

9. Změnil/a jste nějakým způsobem celkový životní styl od doby, kdy Vám byla diagnostikována ICHDK?

10. Znáte rizikové faktory a prevenci onemocnění ICHDK?

Po 3 měsících od operačního zákroku

11. Přestal jste kouřit? Omezil jste kouření?

12. Snižil jste množství alkoholických nápojů? Přestal jste pít alkohol?

13. Z čeho se nyní skládá Váš obvyklý jídelníček?

14. Jak často jíte tyto potraviny? :

◆ smažená jídla	◆ slané pochutiny
◆ červené maso	◆ polotovary
◆ tučné maso	◆ rychlé občerstvení
◆ máslo, sádlo	◆ moučníky a sladkosti
◆ plnotučné mléko	◆ bílé pečivo
◆ uzeniny	◆ sladké a perlivé nápoje

15. Jak často jíte tyto potraviny? :

☐ ovoce	☐ celozrnné pečivo
☐ zelenina	☐ tmavá rýže
☐ luštěniny	☐ olivový olej
☐ ryby	☐ slunečnicový olej
☐ drůbež	☐ neslazené, neperlivé nápoje
☐ zakysané a nízkotučné mléčné výrobky	

16. Jak často se věnujete nějaké pohybové aktivitě? Uveďte jaké.

17. Změnil/a jste nějakým způsobem celkový životní styl od doby provedení operace?

18. Co Vás nejvíce motivovalo k výše uvedeným změnám?

19. Jak moc náročné pro Vás tyto změny byly?

20. Kdo Vás při realizaci změn nejvíce podporoval?

Po 6 měsících od operačního zákroku

21. Jak jste na tom nyní s kouřením?

22. Jaké množství alkoholických nápojů nyní vypijete?

23. Jaký je podíl živočišných tuků ve Vaší současné stravě?

24. Z čeho se nyní skládá Váš obvyklý jídelníček?

25. Jak se Vám daří udržovat veškeré změny v životním stylu?

26. Jak často jíte tyto potraviny? :

◆ smažená jídla	◆ slané pochutiny
◆ červené maso	◆ polotovary
◆ tučné maso	◆ rychlé občerstvení
◆ máslo, sádlo	◆ moučníky a sladkosti
◆ plnotučné mléko	◆ bílé pečivo
◆ uzeniny	◆ sladké a perlivé nápoje

27. Jak často jíte tyto potraviny? :

<input type="checkbox"/> ovoce	<input type="checkbox"/> celozrnné pečivo
<input type="checkbox"/> zelenina	<input type="checkbox"/> tmavá rýže
<input type="checkbox"/> luštěniny	<input type="checkbox"/> olivový olej
<input type="checkbox"/> ryby	<input type="checkbox"/> slunečnicový olej
<input type="checkbox"/> drůbež	<input type="checkbox"/> neslazené, neperlivé nápoje
<input type="checkbox"/> zakysané a nízkotučné mléčné výrobky	

28. Jak často se věnujete nějaké pohybové aktivitě? Uveďte jaké.

29. Jak moc Váš životní styl ovlivnila prodělaná operace?

30. Co byste potřeboval/a k tomu, abyste změnil/a nebo udržel/a veškeré změny v životním stylu?

Závěrečná sumarizační otázka:

31. Pokud byste měl/a svou celkovou změnu životního stylu ohodnotit na stupnici 0 – 10 (0 = žádná změna, 10 = maximální možná životní změna), jaké číslo byste přiřadil/a?

Příloha 16: Otevřené kódování

KOUŘENÍ A ALKOHOL

STRAVOVACÍ NÁVYKY A
SLOŽENÍ POTRAVY

POTYBOVÁ AKTIVITA

ZMĚNA ŽIV. STYLU

ZHAGOST ZIŽIKOVÝCH

Otázky k rozhovoru: FAKTORI A PREVENCE

R7 - muž

Předoperační období (rozhovor 1)

- 1 1. Kolik Vám je let?
2 - 64 let
- 3 2. Jak dlouho víte o své diagnóze ICHDK?
4 - Potíže mám asi 20 let. V roce 2010 mi byl proveden bypass.
5 - Nyní jsou obtíže ještě celkem ucházející.
6 - Trpím trombofilií a lékaři mi říkali, že se to může vrátit (myšleno obtíže –
7 pozn. autorky). Navíc mám vysoké tuky.
8 - Od roku 2010 se navíc přidala ta růže na noze.
- 9 3. Kouříte? Jak dlouho a kolik cigaret denně?
10 - Nyní už nekouřím. Přestal jsem v roce 2012.
11 - Před tím jsem kouřil 30 let 20 cigaret denně.
- 12 4. Jaké množství alkoholických nápojů vypijete za týden?
13 - Minimálně, asi tak 1-2 piva za den.
- 14 5. Z čeho se skládá Váš obvyklý jídelníček?
15 - Je to běžná strava, nic extra. Mám rád maso a zeleninu.
16 - Snažím se to upravovat, dost jsem omezil živočišné tuky a méně solím, mám
17 totiž taky vysoký tlak.
- 18 6. Jak často jíte tyto potraviny? :

19	♦ smažená jídla – 1 × týdně	♦ slané pochutiny – výjimečně (oslavy)
20	♦ červené maso – 2 × týdně	♦ polotovary – ne
21	♦ tučné maso – nejím	♦ rychlé občerstvení – ne
22	♦ máslo – minimálně	♦ moučníky a sladkosti – 1 × denně
23	♦ sádlo – výjimečně na vaření	ke kávě
24	♦ plnotučné mléko – ne	♦ bílé pečivo – ob den
25	♦ uzeniny – 2 × týdně	♦ sladké nápoje – výjimečně
26		♦ perlivé nápoje – výjimečně

27 7. Jak často jíte tyto potraviny? :

28	<input type="checkbox"/> ovoce – 2 × týdně	<input type="checkbox"/> celozrné pečivo – ob den
29	<input type="checkbox"/> zelenina – 5 × týdně	<input type="checkbox"/> tmavá rýže – výjimečně
30	<input type="checkbox"/> luštěniny – 1 × týdně	<input type="checkbox"/> olivový olej – často (téměř denně)
31	<input type="checkbox"/> ryby – 1 × měsíčně	<input type="checkbox"/> slunečnicový olej – občas
32	<input type="checkbox"/> drůbež – 3 × týdně	<input type="checkbox"/> neslazené – ano
33		<input type="checkbox"/> neperlivé nápoje – často
34	<input type="checkbox"/> zakysané a nízkotučné mléčné výrobky – 3 × týdně	

35 8. Jak často se věnujete nějaké pohybové aktivitě? Uveďte jaké.

- 36 - Nesportuju, mám ještě k tomu všemu glaukom. Navíc teď tu růži v noze.
- 37 - Ale snažím se alespoň jednou denně se projít. Teď jsou to spíš takové malé procházky (úsměv – pozn. autorky).
- 38

39 9. Změnil/a jste nějakým způsobem celkový životní styl od doby, kdy Vám byla diagnostikována ICHDK?

- 40
- 41 - Postupně jsem snižoval množství cigaret, až jsem přestal kouřit úplně.
- 42 - Omezil jsem živočišné tuky a množství soli, celkově jsem se na jídlo zaměřil.
- 43
- 44 - Doktor však říkal, že vzhledem k té trombofilii, to není až tak nutné. I přes
- 45 veškerou snahu se to bude opakovat. Ale nedal jsem na něj úplně a rozhodl
- 46 jsem se to zpomalit. Tím, že přestanu kouřit a upravím jídelníček.

47 10. Znáte rizikové faktory a prevenci onemocnění ICHDK?

- 48 - Ano, je to kouření, hodně cholesterolu, velké množství alkoholu,
- 49 - Co se týká prevence, je nezbytností přestat kouřit, omezit živočišné tuky a zanechat pití alkoholu a taky se víc hýbat,
- 50

KOUŘENÍ A ALKOHOL

STRAVOVACÍ NÁVYKY A
SNÍŽENÍ POTRAVY

POHYBOVÁ AKTIVITA

UNĚMĚNĚ ZMĚNY

MOTIVACE A PODPORA

Po 3 měsících od operačního zákroku (rozhovor 2)

- 1 11. Přestal jste kouřit? Omezil jste kouření?
2 - Pořád nekouřím. A začínat s tím znovu opravdu nehodlám (úsměv – pozn.
3 autorky).
4 12. Snížil jste množství alkoholických nápojů? Přestal jste pít alkohol?
5 - Kvůli Warfarinu musím opatrně, ale dám si občas 1-2 piva.
6 13. Z čeho se nyní skládá Váš obvyklý jídelníček?
7 - Udělal jsem drobné změny v jídelníčku.
8 - Přidal jsem více ovoce a zeleniny, jenže je to dost komplikované vzhledem
9 k trombofilii a užívání Warfarinu – nemůžu vůbec listovou zeleninu,
10 polníček, rukolu. Ale omezení je i v jiných oblastech stravování – nemůžu
11 maliny a ostružiny (to mi moc nevadí), játra a teď nově také olivový olej.
12 - Dokonce jsem zjistit, že kuřecí a krůtí maso také není zcela bez rizika.
13 - Ještě jsem významně (téměř na nulu) snížil příjem bílého pečiva.

14 14. Jak často jíte tyto potraviny? :

15 ♦ smažená jídla – 3 × měsíčně	♦ slané pochutiny – výjimečně
16 ♦ červené maso – 1 × týdně	♦ polotovary – ne
17 ♦ tučné maso – ne	♦ rychlé občerstvení – ne
18 ♦ máslo – zcela výjimečně	♦ moučníky a sladkosti – občas
19 ♦ sádlo – zcela výjimečně	♦ bílé pečivo – zcela výjimečně
20 ♦ plnotučné mléko – ne	♦ sladké nápoje – ne
21 ♦ uzeniny – 1 × týdně	♦ perlivé nápoje – ne
22	

23 15. Jak často jíte tyto potraviny? :

24	<input checked="" type="checkbox"/> ovoce – 4 × týdně	<input checked="" type="checkbox"/> celozrnné pečivo – 1-2 × denně
25	<input checked="" type="checkbox"/> zelenina – 5 × týdně	<input checked="" type="checkbox"/> tmavá rýže – 1 × týdně
26	<input checked="" type="checkbox"/> luštěniny – 1 × týdně	<input checked="" type="checkbox"/> olivový olej – ne
27	<input checked="" type="checkbox"/> ryby – 3 × měsíčně	<input checked="" type="checkbox"/> slunečnicový olej – téměř denně
28	<input checked="" type="checkbox"/> drůbež – 2-3 × týdně	<input checked="" type="checkbox"/> neslazené – denně
29		<input checked="" type="checkbox"/> neperlivé nápoje – denně
30	<input checked="" type="checkbox"/> zakysané a nízkotučné mléčné výrobky – 3 × týdně	

31 16. Jak často se věnujete nějaké pohybové aktivitě? Uveďte jaké.

- 32 - Nesportuju, to víte glaukom a rŕže.
- 33 - Snažím se alespoň jednou denně na delší procházku. A jednou týdně delší
- 34 výlet.

35 17. Změnil/a jste nějakým způsobem celkový životní styl od doby provedení operace?

- 36
- 37 - Přidal jsem více pohybu, i když to asi tak nevypadá.
- 38 - Zjistil novinky v dietě při užívání Warfarinu, hodně o tom čtu na internetu.

39 18. Co Vás nejvíce motivovalo k výše uvedeným změnám?

- 40 - Zpomalit proces ucpávání cév, protože úplně zastavit to nejde.
- 41 - Hodně jsem se o svých nemocech teď informoval, čtu různé články o stravě,
- 42 léčbě a tak.

43 19. Jak moc náročná pro Vás tyto změny byly?

- 44 - Ani moc ne.
- 45 - Nějaké změny jsem učinil už po předchozí operaci.

46 20. Kdo Vás při realizaci změn nejvíce podporoval?

- 47 - Manželka a děti.
- 48 - Hodně mi pomáhá to, že si vyhledávám informace.

KOUŘENÍ A ALKOHOL

STRAVOVACÍ OBYČKY A
SLOŽENÍ POTRAVY

ZMĚNA ŽIV. STYLŮ

POHYBOVÁ AKTIVITA

UVIŘENÍ ZMĚNY

MOTIVACE A PODPORA

Po 6 měsících od operačního zákroku (rozhovor 3)

- 1 21. Jak jste na tom nyní s kouřením?
2 - Pořád nekouřím.
3 22. Jaké množství alkoholických nápojů nyní vypijete?
4 - Občas si dám 1-2 piva.
5 23. Jaký je podíl živočišných tuků ve Vaší současné stravě?
6 - Myslím, že malý. Snažím se je omezovat.
7 24. Z čeho se nyní skládá Váš obvyklý jídelníček?
8 - Vůbec nepoužívám máslo a sádlo, smažené jím minimálně.
9 - Živím se jako králík (úsměv – pozn. autorky) – zeleninou a ovocem.
10 - Úplně jsem přestal jíst bílé pečivo.
11 - Více kontroluji, co jím, kvůli tomu Warfatinu.
12 25. Jak se Vám daří udržovat veškeré změny v životním stylu?
13 - Ale jo, dobrý. Snažím se hlavně všechny ty změny udržet.
14 26. Jak často jíte tyto potraviny? :

15 ♦ smažená jídla – 1 × měsíčně	♦ slané pochutiny – zcela výjimečně
16 ♦ červené maso – 1 × týdně	♦ polotovary – ne
17 ♦ tučné maso – ne	♦ rychlé občerstvení – ne
18 ♦ máslo – ne	♦ moučníky a sladkosti – minimálně
19 ♦ sádlo – ne	
20 ♦ plnotučné mléko – ne	♦ bílé pečivo – ne
21 ♦ uzeniny – 2 × měsíčně	♦ sladké nápoje – ne
22	♦ perlivé nápoje – ne

23 27. Jak často jíte tyto potraviny? :

24 <input type="checkbox"/> ovoce – 5 × týdně	<input type="checkbox"/> celozrnné pečivo – 2 × denně
25 <input type="checkbox"/> zelenina – 5 × týdně	<input type="checkbox"/> tmavá rýže – 1 × týdně
26 <input type="checkbox"/> luštěniny – 1 × týdně	<input type="checkbox"/> olivový olej – ne
27 <input type="checkbox"/> ryby – 3 × měsíčně	<input type="checkbox"/> slunečnicový olej – téměř denně
28 <input type="checkbox"/> drůbež – 2 × týdně	<input type="checkbox"/> neslazené – denně
29 <input type="checkbox"/> zakysané a nízkotučné mléčné výrobky – 5 × týdně	<input type="checkbox"/> neperlivé nápoje – denně
30	

31 28. Jak často se věnujete nějaké pohybové aktivitě? Uveďte jaké.

- 32 - Zatím pravidelně nesportuji.
- 33 - Pouze chodím denně na procházky, 1-2 × týdně podnikám i s manželkou různé výlety.
- 34
- 35 - Opatrně zkouším jízdu na kole.

36 29. Jak moc Váš životní styl ovlivnila prodělaná operace?

- 37 - Tato operace pouze minimálně, ale hodně jsem si upevnil změny v jídelníčku.
- 38
- 39 - Po té předchozí to bylo radikálnější, dva roky jsem se snažil přestat kouřit a povedlo se!
- 40
- 41 - Navíc jsem už věděl, do čeho jdu.

42 30. Co byste potřeboval/a k tomu, abyste změnil/a nebo udržel/a veškeré změny v životním stylu?

- 43
- 44 - Jak se zbavit té zatracené trombofle.
- 45 - Kdybych začal hledat všechny ty odborné informace na netu daleko dřív.

46 **Závěrečná sumarizační otázka:**

47 31. Pokud byste měl/a svou celkovou změnu životního stylu ohodnotit na stupnici

48 0 – 10 (0 = žádná změna, 10 = maximální možná životní změna), jaké číslo

49 byste přiřadil/a?

50 8