

Informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech infarktu myokardu

Klára Mazůrková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Klára Mazůrková**
Osobní číslo: **H11111**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech infarktu myokardu**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury v dané problematice.

Vymezení jednotlivých rizikových faktorů a teoretických východisek týkajících se infarktu myokardu.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu pomocí dotazníkového šetření ve vybraných krajích.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků dotazníkového šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČEŠKA, Richard a kol. Interna. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-423-0.

ČIHÁK, Radomír. Anatomie 3. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1132-X.

KLENER, Pavel et. al. Vnitřní lékařství. 4. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-705-9.

SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Jiří VORLÍČEK. Vnitřní lékařství. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2110-1.


ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. Interní ošetřovatelství I. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1148-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Sedláková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.2.2014


.....

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Plati, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je „Informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech infarktu myokardu“. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část se zabývá anatomí a fyziologií srdce, onemocněním infarktu myokardu a ošetrovatelskou péčí o pacienta s infarktem myokardu.

Praktická část byla vypracována na základě dotazníkového výzkumu. Cílem praktické části bylo zjistit a porovnat informovanost o onemocnění a rizikových faktorech infarktu myokardu u laické veřejnosti v Jihomoravském, Moravskoslezském a Zlínském kraji.

Klíčová slova: infarkt myokardu, informovanost veřejnosti, rizikové faktory, ošetrovatelská péče

ABSTRACT

My bachelor thesis is focused on „General Public Awareness of Myocardial Infarction Risk Factors“. The thesis is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part is dedicated to heart anatomy and physiology, myocardial infarction disease and nursing care of patients with myocardial infarction.

The practical part was conducted by a questionnaire research. The main target of the practical part was to detect and compare general public awareness of the disease and myocardial infarction risk factors in the South Moravian Region, the Moravian-Silesian Region and the Zlín Region.

Keywords: myocardial infarction, public awareness, risk factors, nursing care

Chtěla bych velmi poděkovat paní Mgr. Markétě Sedlákové za odborné vedení, cenné připomínky a rady při tvorbě bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za podporu při studiu a zapůjčení odborné literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto:

„Zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme.“

Latinské přísloví

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE	12
1.1 DUTINY SRDEČNÍ.....	12
1.1.1 Pravá předsíň	12
1.1.2 Pravá komora	13
1.1.3 Levá předsíň	14
1.1.4 Levá komora.....	14
1.2 VRSTVY STĚN SRDEČNÍCH	14
1.2.1 Endokard	15
1.2.2 Myokard	15
1.2.3 Epikard	16
1.3 CÉVY SRDCE.....	16
1.3.1 Věčité tepny	16
1.3.2 Žíly srdce.....	17
1.4 PŘEVODNÍ SYSTÉM SRDEČNÍ.....	18
1.5 ČERPACÍ FUNKCE SRDCE A JEJÍ ŘÍZENÍ.....	19
1.5.1 Průběh srdečního cyklu	19
1.5.2 Řízení srdečního výdeje	20
1.6 ZEVNÍ PROJEVY SRDEČNÍ ČINNOSTI	21
1.6.1 Mechanický projev	21
1.6.2 Zvukový projev	21
1.6.3 Elektrický projev	21
2 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU	23
2.1 DEFINICE.....	23
2.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE	23
2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	24
2.3.1 Kouření.....	24
2.3.2 Obezita	24
2.3.3 Hypertenze	24
2.3.4 Diabetes mellitus a porušená glukózová tolerance	24
2.3.5 Krevní lipidy	25
2.3.6 Snížená fyzická aktivita	25
2.3.7 Stres.....	25
2.4 ROZDĚLENÍ.....	26
2.4.1 Podle lokalizace změn na EKG záznamu.....	26
2.4.2 Podle rozsahu postižení srdeční stěny.....	26
2.4.3 Podle stáří srdečního infarktu.....	26
2.5 KLINICKÝ OBRAZ	27
2.6 DIAGNOSTIKA	27
2.6.1 Anamnéza.....	27
2.6.2 Fyzikální vyšetření	28
2.6.3 Vyšetření EKG	28

2.6.4	Laboratorní vyšetření	28
2.6.5	Zobrazovací metody	29
2.7	TERAPIE	30
2.7.1	Opatření v prehospitalizační fázi	30
2.7.2	Opatření v hospitalizační fázi.....	31
2.8	KOMPLIKACE.....	32
2.9	PÉČE O PACIENTA PO INFARKTU MYOKARDU	32
2.10	PROGNÓZA	32
3	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S INFARKTEM MYOKARDU.....	34
3.1	NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	34
3.2	INTERVENCE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	34
3.3	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA NA KORONÁRNÍ JEDNOTCE	35
3.4	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA NA STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÉ JEDNOTCE	35
3.4.1	Úkoly sestry	35
3.4.2	Rehabilitační program v době hospitalizace	36
3.5	EDUKACE PACIENTA PŘED PROPUŠTĚNÍM DO DOMÁCÍ PÉČE.....	36
II	PRAKTICKÁ ČÁST	38
4	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
4.1	HLAVNÍ CÍL	39
4.2	DÍLČÍ CÍLE	39
5	METODIKA PRÁCE.....	40
5.1	METODA VÝZKUMU.....	40
5.2	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
5.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	41
5.4	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	41
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	42
6.1	ZPRACOVÁNÍ A ZNÁZORNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO VÝZKUMU	42
7	DISKUZE	86
	ZÁVĚR	98
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	102
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	105
	SEZNAM GRAFŮ	107
	SEZNAM TABULEK.....	109
	SEZNAM PŘÍLOH.....	110

ÚVOD

Vzhledem k dnešní velmi uspěchané době je infarkt myokardu jednou z nejčastějších a nejvážnějších civilizačních chorob, které ročně podléhá až 6500 osob.

Domnívám se, že dobrá informovanost laické veřejnosti může přispět k tomu, že se informace o této nemoci dostanou více do podvědomí lidí. Ti se pak naučí o sebe správně pečovat, což se pak pozitivně promítne na jejich celkovém zdraví.

Samozřejmě, že v této hektické době je velké množství negativních faktorů, které ovlivňují zdraví člověka a lidského srdce. Účinná prevence a znalosti mohou výrazně přispět ke snížení výskytu této závažné civilizační choroby.

To vše bylo důvodem, proč jsem si jako téma bakalářské práce zvolila „Informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech infarktu myokardu“.

Důvodem této volby bylo to, že mne problematika srdečních onemocnění zajímá, ale nezanedbatelný podíl na mém výběru sehrála skutečnost, že na infarkt myokardu zemřela moje prababička i pradědeček. Proto jsem o této problematice chtěla zjistit co nejvíce informací. Také mne zajímalo, jaký je stav informovanosti laické veřejnosti.

Protože není v mých silách udělat výzkum všech krajů České republiky, i když by to bylo jistě přínosné, zaměřím se ve své práci tedy pouze na informovanost respondentů na Moravě. Připravenými dotazníky oslovím laickou veřejnost v Jihomoravském, Moravskoslezském a Zlínském kraji a zjistím skutečnosti ohledně reálné informovanosti oslovených respondentů. Současně bych chtěla výzkumem zjistit, jak dotázaní respondenti skutečně pečují o své zdraví, co je pro ně v péči prioritní a zda dodržují zdravou životosprávu. Ve svém výzkumu se také zaměřím na zjištění možného výskytu rizikových faktorů infarktu myokardu u dotázaných.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE

Srdce (latinským názvem cor), je dutý svalový orgán, který pod tlakem pohání krev v krevním oběhu tím, že se rytmicky smršťuje (systola) a ochabuje (diastola). Uvnitř srdce se nachází mechanická zařízení – srdeční chlopně. Srdeční chlopně jsou upraveny tak, že při systole je krev vpuštěna do tepen a při diastole je zabráněno zpětnému proudění. Krev je ze žil nasávána do srdce. Na pohonu krve se účastní nejenom srdce, ale i tepny a žíly. Část tepen se na pohonu krve podílí schopností kontrakce své stěny, část pružností stěny. V žilách se nacházejí chlopně, které dovolují pouze jednosměrný tok krve. (Čihák, 2004, s. 8)

Hmotnost srdce dospělého člověka je v rozmezí 230 až 340 g. Mezi 17. a 20. rokem věku dosahuje srdce hmotnosti dospělého srdce. Srdce se nachází v mediastinu, za sternem a zasahuje svou jednou třetinou vpravo od střední čáry a dvěma třetinami vlevo od střední čáry. Srdeční otisk je patrný na obou plicích. Srdce pomocí perikardu nasedá na bránici. (Čihák, 2004, s. 8)

1.1 Dutiny srdeční

V srdci se nachází čtyři dutiny srdeční. Pravá a levá předsíň, taktéž je užíván termín síň (atrium dextrum et sinistrum) a pravá a levá komora (ventriculus dexter et sinister). Předsíňe jsou od sebe vzájemně odděleny předsíňovým svalovým septem (septum interatriale) a komory masivním mezikomorovým septem (septum interventriculare). (Elišková, 2009, s. 91)

1.1.1 Pravá předsíň

Latinským názvem atrium dextrum. Ze zadní strany ústí do pravé předsíňe srdeční vena cava superior (horní dutá žíla sestupující shora), ostium venae cavae superioris (ústí dolní duté žíly o průměru 2 cm), vena cava inferior (dolní dutá žíla procházející skrze bránici zdola), ostium venae cavae inferioris (ústí dolní duté žíly o průměru 3 až 3,5 cm). Místo, kde vstupují obě duté žíly, se nazývá sinus venarum cavarum, zadní úsek pravé předsíňe. Vedle ústí obou dutých žil vpravo se nachází svíslá vkleslina sulcus terminalis. Z vnější strany odděluje sinus venarum cavarum od vlastní předsíňe. V místě sulcus terminalis se nachází crista terminalis (hrana na dutinové straně předsíňové stěny). Na dutinové ploše mezi oběma vývody dutých žil se nachází příčný val tuberculum intervenosum. Na dutinové ploše se taktéž nachází valvula venae cavae inferioris, nástěnná řasa, táhnoucí se od ústí

dolní duté žíly k předsíňové přepážce. Jejím cílem je usměrnit tok krve, přitékající dolní dutou žílou směrem k předsíňové přepážce, ve kterém se nacházel v době vývoje otvor (foramen ovale), kudy tato krev přicházela do levé komory. Pravá předsíň vybíhá na pravé straně dopředu, jako auricula dextra (pravé ouško). Vnitřní povrch předsíně, na předsíňovém septu, je hladký. Ze stěny vlastní předsíně vyčnívají musculi pectinati (svalové trámečky kryté endokardem). (Čihák, 2004, s. 12, 15)

Mediální stěnu předsíně tvoří septum interatriale (předsíňové septum). Oválné, vkleslé a ztenčené místo na septu se nazývá fossa ovalis. Okraj vklesliny obkládá limbus fossae ovalis jako vyvýšený val. V blízkosti valvula venae cavae inferioris, na zadní straně předsíně, se nachází ostium sinus coronarii (přívod hlavního sběrného kmene srdečních žil). Valvula sinus coronarii (valvula Thebesii) je poloměsíčitá řasa, která toto ústí z části překrývá. Na vnitřní ploše přední stěny pravé předsíně jsou z vnitřní strany 3 – 4 drobné otvory, jimiž přímo do předsíně vstupují venae ventriculi dextri anteriores. Na stěně pravé předsíně můžeme také najít menší otvůrky foramina venarum minimarum (drobné žilky vedoucí krev ze srdeční stěny přímo do některé srdeční dutiny). „Pravá předsíň je směrem k hrotu srdečnímu otevřena do pravé komory jakožto ostium atrioventriculare dextrum, které je opatřeno trojcípou chlopní.“ (Čihák, 2004, s. 12, 15)

1.1.2 Pravá komora

Latinským názvem ventriculus dexter. Pravá komora se dělí na vtokovou a výtokovou část. Ve vtokové části se na stěnách nachází trabeculae carnae ventriculi dextri (vystouplé svalové trámce). Ve výtokové části nenalezneme tuberkuly, proto je označována jako pars glabra (hladká část). Conus arteriosus se kraniálním směrem zužuje do ostium trunci pulmonalis, které je vybaveno poloměsíčitou chlopní. Hranici mezi vtokovou a výtokovou částí určuje hrana (crista supraventricularis). Vstup z pravé předsíně do pravé komory se nazývá ostium atrioventriculare dextrum. Zde je chlopeň valva atrioventricularis dextra (trojcípá chlopeň). Z nástěnné svaloviny komor se zvedají proti cípům trojcípé chlopně musculi papillares (papilární, bradavkovité svaly). Při systole krví naplněné komory se cípy chlopně sevřou a dochází k zamezení zpětného toku krve do předsíně. Musculi papillares se v pravé komoře dělí na musculus papillaris anterior (přední, největší papilární sval) a musculus papillaris posterior (zadní, papilární sval). Od komorového septa se k bazi táhne silný snopec svaloviny trabecula septomarginalis (obsahuje úsek převodního systému srdečního). Ostium trunci pulmonalis je vybaveno valva trunci pulmonalis (chlopeň plicni-

ce), kterou vytvářejí tři valvulae semilunares (poloměsíčité chlopně). (Čihák, 2004, s. 15, 18)

1.1.3 Levá předsíň

Latinským názvem atrium sinistrum. Levá předsíň je prostor s hladkými stěnami, které jsou o 3 mm silnější než stěny pravé předsíně. Do dutiny v zadní části předsíně ústí ostia venarum pulmonalium (čtyři plicní žíly). Z předsíně vlevo, vzhůru a dopředu vybíhá auricula sinistra. Uspořádání musculi pectinati v levém oušku je podobné jako v pravém oušku. Jednotlivá drobná ústí na stěně levé předsíně se nazývají foramina venarum minimarum. Ústí levé předsíně do levé komory ostium atrioventriculare sinistrum je opatřené dvojčípou chlopní. (Čihák, 2004, s. 18, 20)

1.1.4 Levá komora

Latinským názvem ventriculus sinister. Na příčném řezu je levá komora okrouhlá a má silné svalové stěny. Na rozdíl od pravé komory je delší a užší. Sahá od ostium atrioventriculare sinistrum po ostium aortae. Levá komora se dělí na vtokovou a výtokovou část. Vtoková část sahá od ostium atrioventriculare sinistrum dopředu, směrem dolů ke hrotu a je rozsáhlejší než vpravo. Výtoková část se nachází ventromediálně od ostium atrioventriculare sinistrum, směruje kaudálně a je kratší než vpravo. Stejně jako vpravo jsou ve vtokové části trabeculae carnae. Ostium atrioventriculare sinistrum je vstup z levé předsíně do levé komory a je orientovaný směrem k hrotu srdečnímu. Zde se nachází chlopeň valva atrioventricularis sinistra (valva mitralis, valva bikuspidalis) – dvojčípá (mitrální) chlopeň. Tato chlopeň má dva úseky. Cuspis anterior (přední cíp, který je větší), cuspis posterior (zadní cíp, který je menší). Správnou polohu cípů zajišťují dva mohutné svaly. Jsou to musculus papillaris anterior, který odstupuje od přední stěny komory vlevo a musculus papillaris posterior, který odstupuje od zadní stěny vpravo při septu. V těsné blízkosti levého ústí atrioventrikulárního se nachází ostium aortae. Ventromediálně od něj je vybaveno valva aortae (aortální chlopní), kterou vytvářejí tři valvulae semilunares (poloměsíčité chlopně). (Čihák, 2004, s. 20)

1.2 Vrstvy stěn srdečních

Srdeční stěnu tvoří tři základní vrstvy: endokardium (endokard), myocardium (myokard) a pericardium (perikard). (Elišková, 2009, s. 95)

1.2.1 Endokard

Latinským názvem endocardium (nitroblána srdeční). Endokard je lesklá, průsvitná a hladká membrána vystylající srdeční dutiny. Povrch je tvořen jednou vrstvou plochých endotelových buněk. Pod endotelovým povrchem se nachází vazivová lamina propria se sítěmi kolagenních vláken a s množstvím elastických vláken. V lamina propria endokardu je větší množství elastických vláken než v komorách. Jsou zde také roztroušené buňky hladkého svalstva, více v předsíních, komorách a především na septu. Tloušťka endokardu se pohybuje okolo 50 – 200 µm. Bělavý endokard najdeme na silnějších místech, na tenkých prosvítá hnědočervená barva srdeční svaloviny. „*Endokard je silnější v předsíních než komorách a je také silnější v levé polovině srdce.*“ (Čihák, 2004, s. 25; Elišková, 2009, s. 95)

1.2.2 Myokard

Latinským názvem myocardium (svalovina srdeční). Myokard je nejdůležitější složkou stěny srdeční. Jedná se o specifický druh příčně pruhovaného svalstva. Je složen z vláken jednotlivých buněk, propojených šikmými můstky. Interkalární disky představují hranici mezi jednotlivými buňkami. Buňky obsahují uprostřed oválné jádro a v jeho okolí po délce buňky kontraktilní myofibrily. Myokard můžeme rozdělit na myokard předsíní a myokard komor. (Čihák, 2004, s. 30–31)

a) Myokard předsíní

Myokard předsíní se skládá ze dvou vrstev. Hluboká vrstva vytváří oblouky a kruhy, které obklopují každou předsíň jednotlivě. Zevnitř srdečních oušek vycházejí nejnvnitřnější snopce této vrstvy jako muscoli pectinati. Povrchová vrstva svaloviny předsíní vytváří delší transverzální pruhy. Tyto pruhy přechází z jedné předsíně na druhou. Transverzální pruhy jsou viditelné zejména na přední straně předsíní mezi sulcus coronarius a odstupem osrdečních oušek. Z těchto pruhů odbočují snopce vedle předsíňového septa. Tyto snopce pronikají do hloubky, do septa. (Čihák, 2004, s. 31–32)

b) Myokard komor

Tvoří jej tři vrstvy, které spolu navzájem souvisí. Pruhy myokardu přecházejí postupně z jedné vrstvy do druhé a utvářejí společný funkční systém. Povrchová vrstva začíná na anulus fibrosus dexter et sinister a na konusové šlaše a po vnějšku komor sestupuje k srdečnímu hrotu, kde dochází k obracení snopců jakožto vortex cordis (srdeční vír). Zanořují se do hloubky a následně pokračují jako hluboká, podélná vlákna. Střední vrstva je

v kontaktu s povrchovou vrstvou, ze které snopce střední vrstvy vycházejí. Z velké části je cirkulární, zvláště pro každou komoru. Hluboká (vnitřní) vrstva pochází z povrchové a střední vrstvy v pokračování jejich snopců. (Čihák, 2004, s. 32)

1.2.3 Epikard

Latinským názvem epikardium. Epikard vytváří serosní povlak srdečního povrchu. Ve vazivu a tukovém vazivu, kterým je serosní povlak propojen s myokardem, procházejí kmeny tepen, žil a nervů srdce. (Čihák, 2004, s. 37)

1.3 Cévy srdce

Výživu srdeční stěn zajišťují arteriae coronariae (cordis), věnčité tepny. Jsou to arteria coronaria dextra (pravá věnčitá tepna) a arteria coronaria sinistra (levá věnčitá tepna). Obě věnčité tepny začínají ze začátku aorty, těsně nad valvula semilunaris dextra et sinistra aortální chlopně. Venae cordis (srdeční žíly) odvádějí odkysličenou krev ze stěn srdečních. (Čihák, 2004, s. 37; Elišková, 2009, s. 101)

1.3.1 Věnčité tepny

Latinským názvem arteriae coronariae. Obě věnčité tepny probíhají po srdečním povrchu vlnovitě. Díky tomuto vlnovému zakřivení jsou přizpůsobeny tepovým změnám srdečního objemu. Obě věnčité tepny jsou přibližně stejné tloušťky. (Čihák, 2004, s. 37)

a) Pravá věnčitá tepna

Latinským názvem arteria coronaria dextra. Vychází z aorty těsně nad valvula semilunaris dextra aortální chlopně. Kmen tepny prochází po výstupu za truncus pulmonalis doprava, leží v sulcus coronarius mezi auricula dextra a pravou komorou srdeční. Zahýbá dozadu na zadní plochu srdce, je ukončen jako ramus interventricularis posterior. Za průběhu vysílá rami atriales (větévky pro pravou předsíň), rami ventriculares dextri, anteriores et posteriores (větve pro pravou komoru), ramus marginalis dexter (větve podle margo acutus pravé komory). Jako menší, funkčně významné větve pravé koronární tepny se uvádí ramus coni arteriosi (první větve pravé koronární tepny), ramus nodi sinuatrialis (jedna z atriálních větví odstupující z arteria coronaria dextra), rami interventriculares septales (četné větve z konečného úseku arteria coronaria dextra). (Čihák, 2004, s. 37–39)

b) Levá věnčitá tepna

Latinským názvem arteria coronaria sinistra. Vychází nad valvula semilunaris sinistra aortální chlopně ze sinus aortae sinister. Kmen arterie směřuje doleva a je rozdělen na dvě hlavní větve. První větev ramus interventricularis anterior sestupuje v sulcus interventricularis anterior a druhá větev ramus circumflexus přechází v sulcus coronarius kolem levého obvodu srdce na zadní stranu. (Čihák, 2004, s. 39)

1.3.2 Žíly srdce

Latinským názvem venae cordis. Hlavní sběrný kmen žilního odtoku ze srdečních stěn představuje sinus coronarius (široký žilní splav). Ten je uložen v sulcus coronarius na zadní straně srdce. Žíly jsou rozděleny do tří skupin. Žíly vlévající se do sinus coronarius, venae ventriculi dextri anteriores (samostatně ústí do pravé předsíně), venae cordis minimae (ústí jednotlivě do všech srdečních dutin). (Čihák, 2004, s. 42)

a) Žíly vlévající se do sinus coronarius

- Vena cordis magna

Úkolem vena cordis magna je sběr krve z přední a levé strany levé srdeční komory. Její větve přicházejí podél odpovídajících arteriálních větví. Na zadní straně srdce přijímá velkou větev vena posterior ventriculi sinistri. Ze zadní stěny levé předsíně přijímá vena cordis magna žílu vena obliqua atrii sinistri. (Čihák, 2004, s. 42–43)

- Vena cordis media

Vena cordis media prochází v sulcus interventricularis posterior, od srdečního hrotu k sulcus coronarius. Ústí do sinus coronarius těsně před vstupem do pravé předsíně. (Čihák, 2004, s. 43)

- Vena cordis parva

Vena cordis parva začíná podél margo acutus pravé komory jako vena marginalis ventriculi dextri. Někdy může být samostatná ve skupině venae cordis anteriores. Jejím úkolem je sběr krve z pravé a zadní strany pravé komory. (Čihák, 2004, s. 43)

b) Venae ventriculi dextri anteriores

Venae ventriculi dextri anteriores můžeme znát také pod názvem venae cordis anteriores. Jedná se o 2 až 4 typické žíly na přední stěně pravé komory. Tyto žíly jdou směrem

od srdečního hrotu k sulcus coronarius a ústí zpravidla jednotlivě do pravé předsíně. (Čihák, 2004, s. 43)

c) Venae cordis minimae

Venae cordis minimae jsou drobné žilky, které ústí samostatně do všech srdečních dutin. Více se jich nachází v obou předsíních, také je najdeme i v obou komorách. V průběhu srdečních žil nenalezneme chlopně. Chlopně se vyskytují individuálně ve variabilním procentu případů na ústích hlavních kmenů do sinus coronarius, někdy na ústí větví do vena cordis magna. (Čihák, 2004, s. 43)

1.4 Převodní systém srdeční

a) Pracovní myokard

Pracovní myokard (myokard síní a komor) je rytmicky stahován zcela nezávisle na naší vůli. Vzruchy, které vyvolávají stahy myokardu, vytváří srdce samo. Tato schopnost se nazývá srdeční automacie. Vzruchy se vytvářejí ve specializované srdeční svalovině, převodním srdečním systémem, nezávisle na hormonálních a nervových vlivech. Tyto vlivy charakter automatické činnosti pouze moduluji (upravují). „*Mění frekvenci vznikajících srdečních vzruchů (chronotropie), ovlivňují dráždivost (batmotropie) a rychlost vedení vzruchu myokardem (dromotropie) i sílu jeho stahu (inotropie).*“ (Merkunová a Orel, 2008, s. 88)

b) Převodní srdeční systém

Převodní srdeční systém vytvářejí srdeční svalové buňky, které se liší od pracovního myokardu funkcí i stavbou. Tkáň převodního systému je světlejší, jelikož svalové buňky obsahují velké množství cytoplazmy s vysokým obsahem glykogenu a malým množstvím myofibril. V srdci je tkáň speciálně uspořádaná. Počátečním útvarem je nodus sinoatrialis (sinusový uzol), také primární centrum srdeční automacie, kde vznikají vzruchy, které vyvolávají srdeční stah. Proto je označován jako pacemaker (udavatel rytmu). Nachází se při ústí horní duté žíly do pravé síně a vypravuje vzruch asi 70krát za minutu = srdeční frekvence. Výsledkem rytmicky probíhající spontánní depolarizace jeho buněk je vznik vzruchu v sinusovém uzlu. Během spontánní depolarizace velmi nestabilní klidový membránový potenciál s menší negativitou (asi -65 mV) dosahuje vzruchové úrovně. Vzruch je rychle šířen myokardem síní, depolarizuje svalové buňky a síně odpovídají stahem na elektrické změny. (Merkunová a Orel, 2008, s. 89)

V dolní části pravé síně, v přepážce mezi pravou a levou síní, leží nodus atrioventricularis (síňokomorový uzel), také sekundární centrum srdeční automacie, ze kterého vystupuje Hisův svazek umístěný v mezikomorové přepážce. Jelikož vazivová přepážka mezi síněmi a komorami působí jako elektrický izolátor, je to jediná cesta, kterou se může vzruch šířit ze síní na myokard komor. V síňokomorovém uzlu se zpomaluje rychlost vedení vzruchu, což zabezpečuje převod vzruchu na komory až po ukončení stahu síní. Hisův svazek se rozděluje ve dvě Tawarova raménka (pravé a levé) procházející mezikomorovou přepážkou směrem k srdečnímu hrotu. Následně se rozvětvují v Purkyňova vlákna, která předávají vzruch buňkám pracovního myokardu komor, depolarizují je a dochází ke smrštění svaloviny komor (viz Příloha I). (Merkunová a Orel, 2008, s. 89–90)

1.5 Čerpací funkce srdce a její řízení

Čerpací funkci srdce umožňuje rytmické střídání systoly (stahu) a diastoly (relaxace) myokardu. Jedná se o mechanické projevy činnosti srdce. „*Obě fáze jsou důsledkem probíhajících elektrických změn buněk pracovního myokardu. Systola je důsledkem depolarizace a analogicky diastola je důsledkem repolarizace.*“ Systola a diastola tvoří srdeční cyklus (srdeční revoluci). (Merkunová a Orel, 2008, s. 91)

1.5.1 Průběh srdečního cyklu

Při systole síní probíhá diastola komor. Dochází k jejich plnění. Na jejím konci je koncový diastolický objem 120 ml krve. Poté nastává systola komor. V první fázi systoly komor se délka svalových vláken nemění, ale stoupá svalové napětí, což zvyšuje tlak v komorách (napínací fáze). Jakmile tlak v komorách převyší tlak v srdečnici a plicním kmeni, dochází k otevření poloměsíčitých chlopní. Začíná druhá fáze komorové systoly, ejekční fáze (vypuzovací), během které se nemění napětí svaloviny komor, ale svalovina se stahuje. Při stahu komory vypuzují do uvedených cév krev, vypuzený objem je označován jako tepový nebo systolický a dosahuje přibližně 70 ml. V klidu se komory při systole komory nevyprazdňují úplně, ale přetrvává v nich koncový systolický objem asi 50 ml krve. Tlak v komorách klesá souběžně s úbytkem krve. Až klesne lehce pod hodnotu tlaku v srdečnici a plicním kmeni, zavírají se poloměsíčité chlopně a nastává diastola komor. V její první fázi se snižuje napětí svaloviny komor, takže dále komorový tlak klesá. Jakmile klesne pod hodnoty tlaku v síních, nastává fáze plnění. Otvírají se cípate chlopně a krev se přemísťuje ze síní do komor. Během přemístění krve ze síní do komor dochází k poklesu tlaku

v síních a zvýšení tlaku v komorách. Jak tlak v komorách převyšuje tlak v síních, cípaté chlopně se uzavřou. Může proběhnout další systola komor. V průběhu systoly komor probíhá plnění síní z plicních a dutých žil. (Merkunová a Orel, 2008, s. 91)

1.5.2 Řízení srdečního výdeje

„Velikost srdečního výdeje závisí na velikosti tepového objemu a srdeční frekvenci.“ Mezi mechanismy regulující velikost tepového objemu patří velikost diastolické náplně komor, inotropní vlivy a hodnota diastolického tlaku. (Merkunová a Orel, 2008, s. 91–92)

a) Velikost diastolické náplně komor

Čím více se srdce plní žilní krví, tím vyšší je srdeční výdej. Tento mechanismus je označován jako Frankův–Starlingův zákon. (Merkunová a Orel, 2008, s. 91)

b) Inotropní vlivy měnící sílu stahu myokardu (kontraktilita)

Pozitivní inotropní účinek (zesílení stahu) vyvolává dráždění sympatiku, zvýšené množství Ca^{2+} v extracelulární tekutině a farmaka – kardiotonika. Negativní inotropní účinek (oslabení stahu) způsobuje útlum sympatiku, zvýšené množství K^+ v extracelulární tekutině a farmaka – blokátory vápníkových kanálů. (Merkunová a Orel, 2008, s. 92)

c) Hodnota diastolického tlaku

Levá komora začíná vypuzovat krev do srdečnice, jakmile komorový tlak lehce převyšuje diastolický v srdečnici (afterload), který je za klidových podmínek asi 80 mm Hg. Čím vyšší je diastolický tlak, tím je tepový objem nižší. (Merkunová a Orel, 2008, s. 92)

Mezi mechanismy řídící srdeční frekvenci můžeme zařadit aktivitu vegetativního nervového systému, vliv hormonů a iontů. (Merkunová a Orel, 2008, s. 92)

a) Aktivita vegetativního nervového systému

Zvýšená aktivita sympatiku má pozitivně chronotropní účinek (zvyšuje srdeční frekvenci), protože zrychluje vznik vzruchu v sinusovém uzlu. Aktivita parasympatiku má negativně chronotropní účinek (snižuje srdeční frekvenci). (Merkunová a Orel, 2008, s. 92)

b) Vliv hormonů a iontů

Mezi hormony zvyšující srdeční frekvenci patří adrenalin, noradrenalin a hormony štítné žlázy. Zvýšení Ca^{2+} v extracelulární tekutině zrychluje srdeční frekvenci. Zvýšení Na^+ nebo K^+ srdeční frekvenci snižuje. Další vlivy ovlivňující srdeční činnost jsou trénovanost

jedince, věk, pohlaví, tělesná teplota, acidóza, alkalóza a hypoxie. (Merkunová a Orel, 2008, s. 92)

1.6 Zevní projevy srdeční činnosti

Mezi zevní projevy srdeční činnosti patří mechanický projev (úder srdečního hrotu), zvukový (akustický) projev a elektrický projev (křivka elektrokardiogramu). (Merkunová a Orel, 2008, s. 93)

1.6.1 Mechanický projev

Srdeční hrot naléhá na hrudní stěnu v 5. mezižebří vlevo v medioklavikulární čáře. Při systole komor lze u štíhlých mužů a u dětí pozorovat zvedání hrudní stěny v oblasti hrotu (aspekce). U ostatních jedinců lze potom úder hrotu hmatat (palpace). (Merkunová a Orel, 2008, s. 93)

1.6.2 Zvukový projev

Během každého srdečního cyklu jsou nad srdcem pomocí fonendoskopu dobře slyšitelné dva zvuky (srdeční ozvy). První systolická srdeční ozva je zvuk vyvolaný uzavěrem cípových chlopní na počátku systoly komor a stahem komorového myokardu v průběhu systoly. Na vzniku druhé diastolické srdeční ozvy se podílí uzavěr poloměsíčitých chlopní na počátku diastoly. (Merkunová a Orel, 2008, s. 93)

1.6.3 Elektrický projev

Depolarizace (srdeční vzruch) se postupně rozšiřuje ze sinusového uzlu srdeční svalovinou až k jednotlivým buňkám pracovního myokardu. Ve stejné době srdečního cyklu jsou proto určité úseky myokardu depolarizované, jiné repolarizují, některé na depolarizaci teprve čekají. Z elektrické stránky se srdce stává dipólem, který je zdrojem elektrických proudů odlišného směru a intenzity. Vodivými tělními tkáněmi se proudy velmi dobře rozšiřují směrem k povrchu těla, ze kterého se mohou systémem vhodně umístěných elektrod registrovat a snímat. (Merkunová a Orel, 2008, s. 93)

Elektrody jsou přikládány na končetiny (2 typy končetinových svodů) a na hrudník jsou přikládány hrudní svody v oblasti nad srdcem (prekordium). Postup snímání srdečních proudů se nazývá elektrokardiografie (EKG) a záznam křivky je elektrokardiogram. Jeden srdeční cyklus zahrnuje vlnu P (projev depolarizace předsíní), vlnu (kmit, komplex) QRS

(projev repolarizace síní a depolarizace komor), vlnu T (projev repolarizace komor) a úsek PQ (označuje se jako převodní doba) (viz Příloha II). (Merkunová a Orel, 2008, s. 93–94)

2 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU

Akutní infarkt myokardu je jednou z akutních forem ischemické choroby srdeční. (Češka a Malík, 2010, s. 68)

2.1 Definice

„Infarkt myokardu je akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu jakékoliv velikosti, vzniklá na podkladě náhlého uzávěru nebo progresivního extrémního zúžení věnčité tepny zásobující příslušnou oblast.“ (Hlinomaz, 2003, str. 162–163)

2.2 Etiologie a patogeneze

V naprosté většině bývá příčinou vzniku akutního infarktu myokardu ateroskleróza, která je i hlavní příčinou dalších kardiovaskulárních chorob (viz Příloha III). Výjimkou mohou být embolizace vegetací při infekční endokarditidě, arteriitidy a spazmy věnčitých tepen. Aterosklerotické pláty nedělají nemocnému žádné potíže, dokud nezpůsobí hemodynamicky významnou stenózu. Tato stenóza způsobí pokles průtoku k hodnotám nedostatečným pro adekvátní zásobení tkáně okysličenou krví při námaze nebo v klidu. Aterosklerotické pláty narůstají skokovitě v důsledku malých hemoragií do plátů, které mohou velmi rychle zvýšit hemodynamickou významnost stenózy. Skokovitě narůstající pláty nazýváme nestabilní. Při akutním infarktu myokardu trombus uzavře částečně nebo zcela lumen postižené tepny a navíc může pokračovat v narůstání. Trombus, který nasedá na aterosklerotický plát, označujeme jako bílý, destičkový (začíná agregací krevních destiček). Klinicky prokazatelný infarkt myokardu vždy vzniká uzávěrem některého z hlavních epikardiálních kmenů věnčitých tepen. (Češka a Malík, 2010, s. 69–70; Piřha, 2011, s. 241; Špaček, 2003, s. 21)

Infarkt myokardu se vyskytuje častěji u mužů než u žen. Pravděpodobnost výskytu stoupá s věkem. U mužů není vzácné se setkat s infarktem myokardu mezi 30. a 40. rokem věku. Nemocnost infarktem v mužské populaci středního věku je asi 10 až 15 případů/ 1000 mužů za 1 rok. Maximum výskytu u mužů bývá mezi 50. – 75. rokem. U žen je výskyt infarktu až do klimakteria relativně vzácný. Pokud se objeví, bývá na podkladě familiární hypercholesterolemie, trombofilie nebo spazmu věnčité tepny. Po menopauze nemocnost infarktem výrazně stoupá a blíží se četnosti, jakou známe u mužů. Maximum výskytu u žen je mezi 60. – 80. rokem. (Bultas, 2011, s. 266; Dítě et al., 2007, s. 60)

2.3 Rizikové faktory

Mezi neovlivnitelné rizikové faktory patří věk, mužské pohlaví, genetické predispozice. Mezi ovlivnitelné můžeme zařadit kouření, obezitu, hypertenzi, diabetes mellitus a porušení glukózové tolerance, snížení fyzické aktivity, krevní lipidy a stres. (Danzig a kol., 2006, s. 76; Soška, 2003, s. 36–38; Špaček, 2003, s. 28–29)

2.3.1 Kouření

Cigaretový kouř vyvolává endotelovou dysfunkci, vazokonstrikci, aktivaci krevních destiček, chronický zánětlivý stav a dyslipidemii. Tyto účinky urychlují proces aterosklerózy, destabilizaci usazeného tukového plátu v tepnách, urychlují akutní koronární stavy a v nejhorším případě náhlou smrt. Dochází k rozvoji polycytemie zvyšující viskozitu krve, díky které dochází ke zvýšení rizika trombotické příhody. U žen, které kouří a zároveň užívají hormonální antikoncepci, je vysoké riziko vzniku infarktu myokardu a cévní mozkové příhody. Kouření zvyšuje riziko téměř všech kardiovaskulárních chorob. (Benowitz a Prochaska, 2013, s. 533–534; Soška, 2003, s. 36)

2.3.2 Obezita

S obezitou je spojené vyšší riziko koronární aterosklerózy. Toto riziko je nejvyšší u jedinců s centrálním typem obezity. Se stoupajícím BMI (body mass index) se zvyšuje kardiovaskulární a celková mortalita. Body mass index v rozmezí 25 – 29 znamená 1,8krát vyšší riziko vzniku aterosklerózy. Body mass index nad 29 znamená dokonce 3,3krát vyšší riziko. (Soška, 2003, s. 37; Špaček, 2003, s. 29)

2.3.3 Hypertenze

Hypertenze obecně zdvojnásobuje riziko kardiovaskulárních chorob a výrazně urychluje vznik aterosklerózy. Při rozvoji aterosklerotického procesu hraje krevní tlak hlavní roli. Riziko kardiovaskulárních komplikací narůstá souvisle s výškou krevního tlaku (již od 110/70 mm Hg). Systolický krevní tlak má vyšší prediktivní hodnotu pro úmrtnost. (Špinar, 2012, s. 59)

2.3.4 Diabetes mellitus a porušená glukózová tolerance

Makroangiopatie postihuje všechny predilekční lokalizace aterosklerózy. Riziko ischemické choroby srdeční je u diabetiků 2 – 4x vyšší než u nediabetiků. Asi 80 % diabetiků umírá

na komplikace aterosklerózy. U diabetiků není dáno vysoké riziko jen vlivem hyperglykemie (glykace) na lipoproteiny a cévní endotel, ale také vysokým výskytem hypertenze, dyslipidemie a obezity. (Soška, 2003, s. 36–37)

2.3.5 Krevní lipidy

a) LDL

Snížení koncentrace LDL cholesterolu o 1 % vede k poklesu rizika koronárních příhod asi o 2 %. Optimální koncentrace LDL cholesterolu v krvi zatím nejsou jasné. Nynější doporučená koncentrace je < 3 mmol/l. Tato koncentrace je doporučena pro primární i sekundární prevenci ischemické choroby srdeční. (Soška, 2003, s. 37)

b) HDL

Nízká koncentrace HDL cholesterolu je nezávislým rizikovým faktorem předčasné ischemické choroby srdeční a kardiovaskulárních příhod. Jeho vysoká koncentrace eliminuje riziko zvýšeného LDL cholesterolu. (Soška, 2003, s. 38)

c) Triacylglyceroly

Jejich zvýšená koncentrace je samostatným nezávislým rizikovým faktorem ischemické choroby srdeční u mužů i žen. Vyšší riziko ale přináší ženám. (Soška, 2003, s. 38)

d) Lipoproteiny

Zvýšená koncentrace lipoproteinů zvyšuje riziko uzávěru arterie trombem. Je rizikovým faktorem vzniku koronárních příhod. (Soška, 2003, s. 38)

2.3.6 Snížená fyzická aktivita

Jak v zaměstnání, tak i ve volném čase je sedavý způsob života velký problém. Nedostatečný energetický výdej je problém až 70 % populace ve vyspělých zemích. Předpokládá se, že každé desáté předčasné úmrtí je zapříčiněno fyzickou inaktivitou. (Danzig a kol., 2006, s. 76)

2.3.7 Stres

Stres je skutečné nebo implicitní ohrožení homeostázy. Je to událost nebo sled událostí, které obvykle vyvolají reakci v podobě „distresu“ nebo vede k pocitu radostné nálady, tedy „dobrého stresu“. Opakovaný stres znamená pracovní přetížení srdce, cév a ledvin. Opakované aktivace způsobují únavu, poškozují srdce a další hlavní systémy. Výskyt kardio-

vaskulárních chorob rapidně stoupá a nárůst je přičítán modernímu životnímu stylu a stresu. Kardiovaskulární choroby se stále častěji vyskytují u lidí mladého a středního věku. (Vinay, 2007, s. 19, 47)

2.4 Rozdělení

Infarkt myokardu se rozděluje podle lokalizace změn na EKG záznamu, podle rozsahu postižení srdeční stěny a podle stáří. (Dítě et al., 2007, s. 60)

2.4.1 Podle lokalizace změn na EKG záznamu

1. Anteroseptální – změny na svodech $V_1 - V_4$
2. Laterální – změny ve svodech $V_5 - V_6, I, aVL$
3. Rozsáhlý přední (anterolaterální, anteroextenzivní) – změny ve svodech (V_1) $V_2 - V_6, I, aVL$
4. Vysoký laterální – změny ve svodu aVL
5. Spodní (inferiorní, dolní, diafragmatický) – změny ve svodech II, III, aVF
6. Inferolaterální – změny ve svodech II, III, $aVF, V_5 - V_6$
7. Pravý zadní – vývoj $R > S$ ve svodech $V_1 - V_3$
8. Inferoposteriorní – změny současně jako u 5. a 7.
Pro zjednodušení jsou infarkty 1. – 4. označovány jako infarkty přední stěny, 5. – 8. infarkty spodní stěny.
9. Specifickým druhem je infarkt myokardu pravé komory – elevace ≥ 1 mm ve svodech zprava ($V_4R - V_6R$), zpravidla současně s infarktem spodním nebo inferolaterálním, zcela vzácně je izolovaný. (Dítě et al., 2007, s. 60)

2.4.2 Podle rozsahu postižení srdeční stěny

1. Infarkty Q (s kmitem Q, dříve označované transmurální) – změny musejí být přítomny ve dvou svodech
2. Infarkty non-Q (bez kmitu Q, dříve netransmurální)
Toto rozdělení je však jen hrubě orientační, neboť je známo, že pouze u 50 % Q-infarktů je postižena srdeční stěna v celé tloušťce. Naopak existují i velmi rozsáhlé infarkty jen s drobnými změnami EKG. (Dítě et al., 2007, s. 60)

2.4.3 Podle stáří srdečního infarktu

1. Akutní: prvních 48 hodin
2. Subakutní: 3. – 7. den
3. Chronický: po 6 – 8 týdnech (Dítě et al., 2007, s. 60)

2.5 Klinický obraz

Symptomy jsou dány rychlostí vzniku uzávěru tepny. Hlavním příznakem je bolest na hrudi (stenokardie). Bolest je lokalizována retrosternálně. Nemocnými bývá popisována jako svíravá, tlaková a pálivá trvajících 20 minut až několik hodin (ne více než 12 hodin). Vyzařuje do horních končetin až do malíku, krku, čelistí, zad nebo epigastria. Je nezávislá na změně polohy a po podání Nitroglycerinu bolest neustupuje. Je vyvolána podrážděním nervových zakončení v ischemických oblastech myokardu. Bolest není lokalizována v místě, nelze zjistit palpačně a není pouze u srdečního hrotu. (Bultas, 2011, s. 267; Češka a Malík, 2010, s. 70; Dítě et al., 2007, s. 60; Groch a Hlinomaz, 2011, s. 61; Navrátil a Pospíšilová, 2008, s. 77; Nejedlá a Šafránková, 2006, s. 146)

Dalšími příznaky jsou úzkost, studený pot, dušnost, kašel, nauzea, zvracení, slabost, palpitace, arytmie, bradykardie nebo tachykardie. Dalšími možnými příznaky jsou ještě hypertenze, hypotenze, ztráta vědomí, bledost, chladné končetiny, zmatenost, angor mortis nebo subfebrilie. Někdy lze slyšet systolický šelest na hrotě nebo se může vyvinout cvalový rytmus. (Buckley a Schub, 2012; Bultas, 2011, s. 267; Češka a Malík, 2010, s. 70; Dítě et al., 2007, s. 60; Groch a Hlinomaz, 2011, s. 62; Navrátil a Pospíšilová, 2008, s. 77; Nejedlá a Šafránková, 2006, s. 146; Třeška a kol., 2003, s. 65)

2.6 Diagnostika

Úkolem diagnostiky je vyloučit život ohrožující onemocnění. V tom nám pomohou anamnéza, fyzikální vyšetření, vyšetření EKG, laboratorní vyšetření a zobrazovací metody. (Špaček, 2003, s. 40)

2.6.1 Anamnéza

Anamnézou nejprve zjišťujeme kvalitu bolesti, kterou pacient udává. Intenzita bolesti může být různá (mírná, nesnesitelná, šokující). Bolest trvá obvykle více jak 20 minut, ale ne více jak 12 hodin. Vzniká nejčastěji v klidu a časně ráno, méně často po rozčilení, výjimečně po námaze. Významným příznakem je vyzařování bolesti. Při hodnocení bolesti jsou také podstatné časové souvislosti. Při posuzování pacienta s bolestí na hrudi a podezřením na infarkt myokardu bereme v úvahu také charakter přidružených symptomů. Dále také v anamnéze pátráme po rizikových faktorech, které mohou podpořit podezření na infarkt myokardu nebo ischemickou chorobu srdeční. (Špaček, 2003, s. 40–41)

2.6.2 Fyzikální vyšetření

Toto vyšetření nemůže infarkt myokardu prokázat ani vyloučit. Fyzikální vyšetření je prospěšné pouze pro diferenciální diagnostiku jiných příčin obtíží nebo pro diagnostiku některých komplikací srdečního infarktu. Auskultací pátráme po přítomnosti perikardiálního třecího šelestu, šelestu akutní aortální insuficience nebo aortální stenózy. Akutní ischemie může zapříčinit šelest z mitrální insuficience ve spojení s dysfunkcí papilárního svalu mitrální chlopně. Hodnotíme symetričnost dýchacích šelestů, výskyt vlhkých chrupku nebo pleurálního třecího šelestu. (Špaček, 2003, s. 42)

2.6.3 Vyšetření EKG

Vyšetření EKG je nejdůležitějším vyšetřením pro diagnózu akutního infarktu myokardu. U Q-infarktů se v prvních dvou hodinách objeví vysoké hrotnaté vlny T, poté elevace úseku ST, která je splývající s vlnou T (tzv. Pardeeho vlna) (viz Příloha IV). Během prvních 24 hodin dochází obvykle k rozvoji kmitů Q. Asi od 24. hodiny (při prosperující perfúzi možno již od 1 hodiny) ustupují elevace úseku ST a vyvíjejí se symetrické negativní vlny T. (Češka a Malík, 2010, s. 71; Dítě et al., 2007, s. 61)

V chronickém stádiu nacházíme kmity Q, mohou být přítomny i trvalé elevace úseku ST. Jako zrcadlové nazýváme změny ve svodech na straně opačné (deprese úseku ST v místě, kde jsou na opačné straně elevace, negativní vlny T v místě, kde jsou na opačné straně vysoké vlny T, zvýšení kmitu R tam, kde na opačné straně vzniká kmit Q). (Dítě et al., 2007, s. 61–62)

Méně výrazné změny jsou u non-Q-infarktu (elevace, deprese úseku ST, změny vlny T). Může být přítomna jen jedna, ale také všechny tři změny. (Dítě et al., 2007, s. 62)

2.6.4 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetřovací metody mají v diagnostice infarktu myokardu velký význam. Kardiospecifické markery jsou molekuly vyskytující se v periferní krvi a pocházejí výlučně nebo především z myokardu. (Češka a Malík, 2010, s. 72; Groch a Hlinomaz, 2011, s. 62)

a) Myoglobin

V krvi se objevuje nejdříve po 90 – 120 minutách od vzniku akutního infarktu myokardu, maximum 5 – 12 hodin. Doba normalizace je 18. – 30. hodina. Tento přínos je zpochybněn jeho nízkou senzitivitou, protože myoglobin se vyskytuje i v příčně pruhovaných svalech.

Myoglobin nám tedy nepomůže dostatečně a spolehlivě odlišit pacienty s muskuloskeletární etiologií bolesti na hrudi od pacientů s infarktem myokardu. U starších pacientů se zvyšuje hladina myoglobinu obvykle po pádu, který ale mohl nastat i vlivem infarktu myokardu a jeho komplikací. (Češka a Malík, 2010, s. 73; Vojáček, 2011, s. 62)

b) Kreatinkináza (CK)

Kreatinkináza a její izofota CK–MB je asi nejčastěji užívaným markerem srdečního infarktu. Sledování kreatinkinázy po léčbě infarktu myokardu slouží i k odhadu rozsahu infarktového ložiska. Samotná CK má podobné omezení jako myoglobin. Proto se stanovuje spolu s MB. Kreatinkináza začíná stoupat asi 2 – 4 hodiny po vzniku akutního infarktu, maximum 24 – 36 hodin. Doba normalizace je 3. – 4. den. (Češka a Malík, 2010, s. 73; Vojáček, 2011, s. 62)

c) Troponiny

Stanovují se troponiny T nebo I. Troponin pochází výlučně z myokardu, a proto je nejspecifičtější ze všech běžně užívaných markerů. Začíná ale stoupat po 3 – 5 hodinách od vzniku infarktu myokardu, maximum 14 – 20 hodin. Jeho hladina se vrátí k normě v případě větších infarktů až za 7 – 10 dní. I za několik dní ukazuje troponin staré infarkty. Mírné zvýšení troponinů je přítomné i u dalších kardiálních onemocnění. (Češka a Malík, 2010, s. 73; Vojáček, 2011, s. 62)

2.6.5 Zobrazovací metody

a) Echokardiografie

Pro diagnostiku komplikací infarktu myokardu je echokardiografie nepostradatelnou vyšetřovací metodou. Přesně rozezná srdeční tromby. Má význam v časně diagnostice aterosklerózy, v určení velikosti infarktu, jeho komplikací a poskytuje důležité prognostické informace. Také pomáhá rozpoznat nemocné s akutní ischemií myokardu, kteří mají nejednoznačné EKG. (Groch a Hlinomaz, 2011, s. 64)

b) Zátěžová dobutaminová echokardiografie

Využívá se pro stratifikaci rizika u pacienta po akutní koronární příhodě. Zlepšení kvality stažitelnosti po malé dávce Dobutaminu u pacientů po prodělaném infarktu svědčí o přítomnosti viabilního myokardu a tedy o hodící se revaskularizaci postižené věnčité tepny. (Groch a Hlinomaz, 2011, s. 64)

c) Nukleární magnetická rezonance (NMR)

Význam nukleární magnetické rezonance v diagnostice akutního koronárního syndromu je malý. Poskytuje podobné informace jako echokardiografie. (Groch a Hlinomaz, 2011, s. 64)

d) Radionuklidové metody a pozitronová emisní tomografie (PET)

Tato metoda je využívána u pacientů po infarktu myokardu před revaskularizačními výkony, protože dokáže velmi dobře rozeznat viabilní myokard od neviabilního. (Groch a Hlinomaz, 2011, s. 64)

e) Výpočetní tomografie (CT)

Tato vyšetřovací metoda má uplatnění především v diferenciální diagnostice bolestí na hrudi. Umožňuje rozlišit choroby hrudníku. Nejnovější přístroje dokážou posoudit průchodnost aortokoronárních bypassů a nativních věnčitých tepen. (Groch a Hlinomaz, 2011, s. 64)

f) Selektivní koronarografie

Pomocí selektivní koronarografie můžeme nejlépe pozorovat přesnou lokalizaci kritického zúžení nebo uzávěru věnčité tepny vedoucí k akutnímu koronárnímu syndromu. Na jejím základě se rozhoduje o následujícím léčebném postupu (o provedení perkutánní koronární intervence nebo aortokoronárního bypassu). (Groch a Hlinomaz, 2011, s. 64)

2.7 Terapie

Léčbu akutního infarktu myokardu rozdělujeme podle jednotlivých fází. (Češka a Malík, 2010, s. 74)

2.7.1 Opatření v prehospitální fázi

V domácí léčbě je nejdůležitější zavolat záchrannou službu. V rámci první pomoci je možno podat kyselinu acetylsalicylovou (Aspirin, Acylpyrin, Anopyrin) 400 – 500 mg v tabletě nebo podat Nitroglycerin. (Češka a Malík, 2010, s. 74)

Po příjezdu záchranné služby je nemocnému podán Clopidogrel (Plavix) antiagregačně působící lék. Dále nemocnému podáváme 5 – 10 tisíc jednotek nefrakcionovaného Heparinu intravenózně, ve snaze o potlačení trombu. Standardem léčby je oxygenoterapie. Anodyna (Fentanyl, Morfin) jsou podávána intravenózně, k potlačení bolesti. Benzodiazepiny

také spadají do léčby akutního infarktu myokardu. Můžeme podat tabletu Diazepamu 10 mg. Hlavní indikace podání betablokátorů je u nemocných s tachykardií a s hypertenzí. Začínáme obvykle 5 mg Metoprololu intravenózně (Betaloc ampule). Je možno dávku postupně navyšovat. Nitráty (Nitroglycerin, Izosorbidmono) podáváme k potlačení anginózní bolesti. Kontraindikací podání nitrátů je hypotenze. Podané statiny působí jako sekundární prevence po akutním infarktu myokardu, ale podle některých zdrojů mají i příznivý akutní efekt. Pokud dojde k rozvoji opakovaných komorových tachykardií, preferuje se v dnešní době podání Amiodaronu (Cordarone), jako antiarytmikum. Pokud jsou přítomny známky levostranné srdeční nedostatečnosti, aplikujeme diuretikum (Furosemid 40 mg intravenózně). (Češka a Malík, 2010, s. 74–75, Bultas, 2011, s. 273)

2.7.2 Opatření v hospitalizační fázi

Hospitalizační fáze navazuje na prehospitální fázi podle aktuální situace. (Češka a Malík, 2010, s. 75)

a) Systémová trombolýza

V České republice se používá výjimečně. Využívá se v oblastech, kde není kardiocentrum dosažitelné do 60 minut. Indikací u akutního infarktu myokardu je jen STEMI a stavy s bolestí na hrudi. Jako trombolýtika první volby se podávají tzv. bolusová trombolýtika. (Češka a Malík, 2010, s. 75; Dítě et al., 2007, s. 64)

b) Perkutánní koronární intervence (PCI)

Zahrnuje metody používané během a po koronarografickém vyšetření. V případě akutního infarktu myokardu je indikována klasická selektivní koronarografie za pomoci katétrů přístupem z třísla nebo jiné tepny horní končetiny. Jejím cílem je zobrazení očekávané infarktové tepny. Nejprve se do postižené tepny zavede „supertenký“ vodič. S pomocí tohoto vodiče se provede v případě přítomnosti trombů nejprve tromboaspirace. Poté se implantuje stent do postiženého místa nebo se provede predilatace tepny (perkutánní koronární angioplastika). (Češka a Malík, 2010, s. 75)

c) Akutní aortokoronární bypass

Provádí se u postižení kmene levé věnčité tepny nebo v dalším případě technicky problematické perkutánní koronární intervence. Pokud trvá infarkt již více hodin, je výkon technicky náročný, protože v této subakutní fázi je postižený myokard „rozbředlý“. (Češka a Malík, 2010, s. 75)

d) Inhibitory glykoproteinových destičkových receptorů IIb/IIIa

V České republice se nejčastěji využívá při komplikovaných akutních PCI, při masivní trombóze infarktové tepny, při nedostatečném obnovení průtoku i po otevření tepny. Jejich nevýhodou je vysoká cena. (Češka a Malík, 2010, s. 75)

2.8 Komplikace

Nejčastější komplikace infarktu myokardu jsou:

- Arytmie, náhlá smrt, srdeční selhání, kardiogenní šok;
- Extenze infarktu, expanze infarktu, aneurysma srdeční stěny;
- Nástěnné tromby, akutní plicní embolie, systémová embolie;
- Ruptura a dysfunkce papilárních svalů mitrální chlopně, ruptura komorového septa;
- Ruptura volné stěny levé komory srdeční, perikarditis epistenocardiaca;
- Dresslerův syndrom, poinfarktová angina pectoris a nekardiální komplikace. (Dítě et al., 2007, s. 65–69)

2.9 Péče o pacienta po infarktu myokardu

V případě nekomplikovaného srdečního infarktu začínáme s rehabilitací už 2. den. S mobilizací pokračujeme velmi rychle, aby pacient co nejdříve chodil. Rehabilitace je velmi účinnou prevencí hluboké žilní trombózy, a tím i akutní plicní embolie. U komplikovaných infarktů myokardu se začíná s rehabilitací individuálně a pozvolněji. Pacienta s nekomplikovaným infarktem můžeme propustit do domácího léčení mezi 5. – 7. dnem, ostatní mezi 7. – 10. dnem. Při propuštění z nemocnice musí být pacient řádně edukován o změně životního stylu, o dietních opatřeních, nutnosti nekouřit, možnosti rehabilitačních programů, o pravidelných kontrolách u praktického lékaře a kardiologa. Při propuštění musí mít pacient patřičně nastavenou farmakoterapii. Mezi základní léky po infarktu myokardu patří antiagregancia, hypolipidemika, betablokátory a blokáda systému renin. (Dítě et al., 2007, s. 70; Špinar, Špinarová a Vítovec, 2011, s. 378–380)

2.10 Prognóza

U malých nebo nekomplikovaných infarktů myokardu a u mladších osob je prognóza dobrá. Negativně ovlivňuje prognózu rozsáhlý infarkt myokardu, opakovaný infarkt myokardu, předchozí dysfunkce levé komory, srdeční selhání při zahájení léčby nebo v časném

stadiu onemocnění, vyšší věk, polymorbidita, pozdní zahájení léčby, výskyt maligních arytmií, poinfarktová angina pectoris. U nekomplikovaných případů je nástup do zaměstnání povolen ve 2. – 3. měsíci, u komplikovaných později. (Dítě et al., 2007, s. 70)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S INFARKTEM MYOKARDU

3.1 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy

- Akutní bolest (00132);
- Akutní zmatenost (00128);
- Beznaděj (00124);
- Deficit sebeděže při koupání, oblékání, stravování, vyprazdňování (00108; 00109; 00102; 00110);
- Narušený vzorec spánku (00198);
- Nausea (00134);
- Nedostatečné znalosti (00126);
- Neefektivní udržování zdraví (00099);
- Neefektivní vzorec dýchání (00032);
- Riziko infekce (00004);
- Riziko pádů (00155);
- Snížený srdeční výdej (00029);
- Strach (00148);
- Únava (00093);
- Úzkost ze smrti (00147);
- Zhoršená tělesná pohyblivost (00085);
- Zhoršený komfort (00214). (Herdman, 2013, s. 8–15)

3.2 Intervence ošetřovatelské péče

- Ulevit pacientovi od bolesti aplikací léků dle ordinace lékaře;
- Zajistit a udržovat pacientovi vitální funkce;
- Předejít komplikacím nebo zhoršení stavu sledováním pacienta;
- Uklidnit pacienta vhodným psychologickým přístupem;
- Zajistit základní potřeby pacienta;
- Zajistit pohodlí pacienta na lůžku;
- Zajistit kontakt s rodinnými příslušníky;
- Informovat pacienta o zdravotním stavu a vyzvat ho ke spolupráci;

- Pacient bude orientovaný a dojde u něj ke snížení úzkosti. (Nejedlá a Šafránková, 2006, s. 149; Řehořová a Sovová, 2004, s. 64–67)

3.3 Ošetřovatelská péče o pacienta na koronární jednotce

Pacient je uložen na lůžko a napojen na monitorovací zařízení, které kontinuálně sleduje EKG, dech, pulz a krevní tlak. Zásobování organismu kyslíkem se sleduje prstovým pulzním oxymetrem. Dále se pravidelně sleduje tělesná teplota, příjem a výdej tekutin, které se pečlivě zaznamenávají do pacientovy dokumentace. Jakékoliv změny je nutno hlásit lékaři. Opakovaně se odebírá krev (většinou na statim) a sledují se hodnoty krevních vyšetření. Sestra sleduje celkový stav pacienta – nevolnost, zvracení, stav vědomí, barvu kůže, pocení, projevy krvácení a neverbální projevy pacienta. V akutním stádiu sestra zajistí oxygenoterapii. Pacientovi je zaveden periferní žilní katétr, někdy i centrální žilní katétr. Sestra zajišťuje a udržuje jeho průchodnost, přistupuje k invazivním vstupům asepticky, pravidelně je ošetřuje a vyměňuje. Pacientovi jsou podávány léky podle ordinace lékaře a sleduje se jejich účinek. U lůžka pacienta jsou nachystány pomůcky potřebné k zahájení resuscitace. V prvních fázích přebírá péči o hygienu pacienta, výživu, vyprazdňování a veškerou aktivitu sestra. Pacient udržuje fyzický klid na lůžku. Sestra se snaží zabránit veškeré fyzické námaze pacienta. Po stabilizaci stavu se pacient postupně zapojuje do sebeobslužných činností. Velmi důležitá je také psychická podpora pacienta. (Nejedlá a Šafránková, 2006, s. 149–150; Sovová, 2006, s. 10)

3.4 Ošetřovatelská péče o pacienta na standardní ošetřovatelské jednotce

Po stabilizaci stavu se pacient překládá na standardní ošetřovací jednotku. V nemocnicích, kde je založená jednotka intermediální péče, může další léčba pacienta pokračovat na tomto oddělení. Pacient je obvykle překládán v takovém stavu, kdy není upoután na lůžko a má naordinován relativní klid na lůžku. Velmi důležité je správně zhodnotit stupeň soběstačnosti a pokračovat v postupné aktivizaci pacienta. (Nejedlá a Šafránková, 2006, s. 150)

3.4.1 Úkoly sestry

Sestra pokračuje v monitorování krevního tlaku, tělesné teploty, pulzu a dechu, vyprazdňování moče a stolice. Dbá na prevenci zácpy, protože zácpa zatěžuje dýchání a při obtížné

defekaci může být nebezpečná (například hrozící embolie). Pokud pacient nechodí, sestra zajistí pojízdný klozet k lůžku. Sestra provádí ordinovaná vyšetření krve a pečuje o zavedení periferní nebo centrální žilní katétr. Dále sleduje pacientův psychický stav, spánek a odpočinek. Poskytuje pacientovi psychickou podporu a zajistí kontakt s rodinnými příslušníky. Dohlíží na dodržování hygieny a na dodržování diety (čaj, tekutiny, kaše, dieta pro koronární jednotky, šetřící dieta). (Nejedlá a Šafránková, 2006, s. 150)

3.4.2 Rehabilitační program v době hospitalizace

S rehabilitačním programem se začíná od stabilizace stavu pacienta. V době hospitalizace je program rozdělen do sestavy cviků.

- Relaxační a dechové cvičení vleže na zádech;
- Cvičení větších svalových skupin na zádech (pasivní a aktivní cviky);
- Cvičení vsedě na lůžku, poté na židli;
- Cvičení vstoje, nácvik stoje;
- Nácvik chůze po rovině, poté po schodech. (Nejedlá a Šafránková, 2006, s. 150)

Rehabilitace provádí fyzioterapeut, sestra sleduje stav pacienta, hlavně výskyt bolesti, změny dýchání, tepové frekvence, krevního tlaku a nevolnosti. Při jakýchkoliv obtížích pacienta je nutné rehabilitaci ukončit a informovat lékaře. (Nejedlá a Šafránková, 2006, s. 150–151)

3.5 Edukace pacienta před propuštěním do domácí péče

Před propuštěním do domácí péče (ale již i v průběhu léčení) je nezbytné poučit pacienta o úpravě režimu jeho budoucí existence. Sestra upozorňuje pacienta na:

- Nevhodnost kouření, pití černé kávy a alkoholu;
- Snížení hmotnosti u obézních pacientů;
- Vyhýbání se nadměrné fyzické zátěži (zvedání těžkých břemen, posilování);
- Udržování tělesné aktivity v přiměřené míře (viz Příloha V);
- Sprchování vlažnou vodou (ne horkou ani studenou);
- Nevhodnost vycházení ven ve větrném a příliš chladném počasí (maximálně do -5 °C) a když je hlášen 3. stupeň zátěže;

- Dodržování pravidelné životosprávy – pravidelný spánkový režim, úprava jídelníčku, aby se v něm nenacházela tučná, nadýmavá jídla, omezení příjmu kuchyňské soli na 5 – 7 g za den (viz Příloha VI);
- Nutnost pravidelného užívání léků podle ordinace lékaře;
- Nutnost pravidelné kontroly u praktického lékaře a kardiologa;
- Využití lázeňské léčby. (Adámková, 2011, s. 427; Nejedlá a Šafránková, 2006, s. 151)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Hlavní cíl

Zjistit informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech infarktu myokardu v Jihomoravském, Moravskoslezském a Zlínském kraji

4.2 Dílčí cíle

Cíl č. 1: Zjistit znalosti laické veřejnosti o infarktu myokardu

Cíl č. 2: Zjistit přístup laické veřejnosti k péči o vlastní zdraví

Cíl č. 3: Porovnat znalosti laické veřejnosti o jednotlivých rizikových faktorech infarktu myokardu

Cíl č. 4: Zjistit možný výskyt rizikových faktorů infarktu myokardu u laické veřejnosti

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Metoda výzkumu

Výzkumné šetření bylo prováděno kvantitativní vědeckou metodou výzkumu za pomoci dotazníkového šetření. *„Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, přiměřená znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu.“* (Kutnohorská, 2009, s. 41)

„Kvantitativní vědecká metoda pracuje většinou s velkým souborem respondentů. Kvantitativní výzkum pracuje se statickými jednotkami, které třídí.“ (Kutnohorská, 2009, s. 21–22)

Dotazník obsahuje 32 otázek (viz Příloha VIII) uzavřeného, polouzavřeného a otevřeného typu.

- Uzavřeného typu – 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 25, 27, 30, 31, 32.
- Polouzavřeného typu – 3, 9, 19, 20, 23, 24, 28.
- Otevřeného typu – 26, 29.

Otázky byly formulovány na základě předem stanovených cílů. Dotazník byl zcela anonymní. V úvodní části se nachází seznámení respondenta s výzkumníkem a s dalšími informacemi jako jsou název bakalářské práce, zdůraznění anonymity, využití dotazníku a pokyny k vyplňování. V závěru je uvedeno poděkování respondentům.

5.2 Organizace průzkumného šetření

Dotazníkovému šetření předcházelo pečlivé prostudování odborné literatury v dané problematice a stanovení cílů. Na základě cílů byly vytvořeny otázky dotazníku. Před rozdělením všech dotazníků byla provedena pilotní studie, která proběhla v lednu 2014. Bylo osloveno a požádáno o vyplnění 5 respondentů. Na základě zpětné vazby od oslovených respondentů byla upravena formulace otázky číslo 9. Po následné konzultaci s vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Markétou Sedlákovou byly pozměněny otázky číslo 6 a 7. Poté byla zhotovena konečná podoba dotazníku.

Dotazníkové šetření bylo prováděno od ledna 2014 do března 2014. Dotazníky byly respondentům rozdávány jak osobně, tak za pomoci rodiny.

Celkem bylo distribuováno 210 dotazníků z toho 70 dotazníků v Jihomoravském kraji, 70 dotazníků v Moravskoslezském kraji a 70 dotazníků ve Zlínském kraji. Po prvním rozdání byla návratnost v Jihomoravském kraji 64 dotazníků, v Moravskoslezském kraji 69 dotazníků a ve Zlínském kraji 70 dotazníků. Následně bylo osloveno a požádáno o vyplnění v Jihomoravském kraji 6 respondentů a v Moravskoslezském kraji 1 respondent. Celková návratnost činila 210 dotazníků z toho 70 dotazníků z Jihomoravského kraje, 70 dotazníků z Moravskoslezského kraje a 70 dotazníků ze Zlínského kraje.

5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek tvořila laická veřejnost v Jihomoravském, Moravskoslezském a Zlínském kraji. Dotazník byl určen respondentům obou pohlaví ve věku od 18 do 66 let a více.

5.4 Způsob zpracování získaných dat

Pro zaznamenávání a zpracování dat byl využit program Microsoft Excel 2007 a Microsoft Office Word 2007. Následně byla data uspořádána do tabulek četností. V tabulkách byla uváděna jak absolutní, tak relativní četnost. Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpovídali na danou otázku totožnou odpovědí. Relativní četnost je uváděna v procentech a udává, kolik procent z celku připadá na danou dílčí veličinu. Ke každé otázce byla zvlášť vytvořena tabulka s odpověďmi a graf. Pod každou otázkou se nachází slovní zhodnocení.

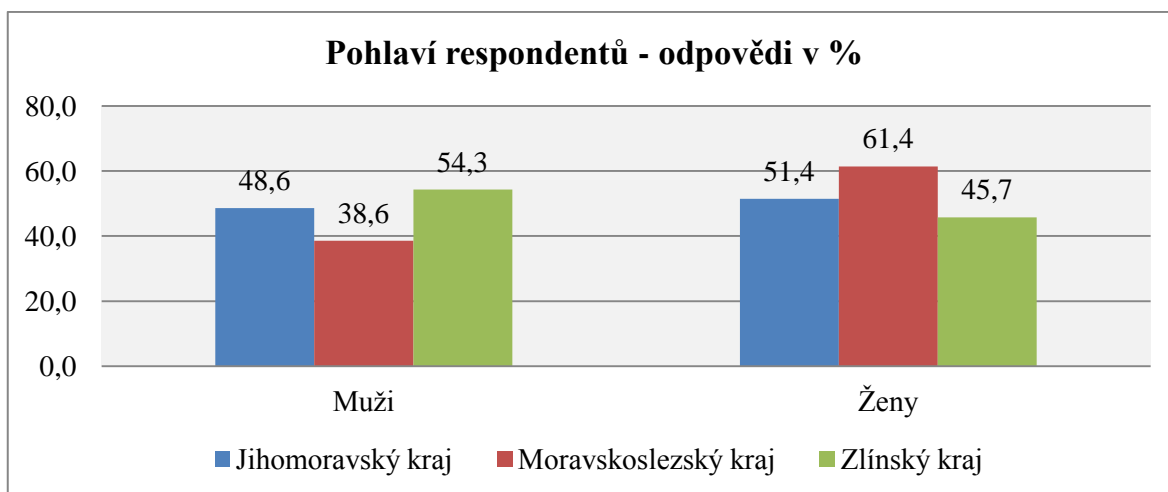
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

6.1 Zpracování a znázornění dotazníkového výzkumu

Otázka č. 1: Uveďte pohlaví:

Tab. 1 Pohlaví respondentů

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Muži	34	0,49	48,6	27	0,39	38,6	38	0,54	54,3
Ženy	36	0,51	51,4	43	0,61	61,4	32	0,46	45,7
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 1 Pohlaví respondentů

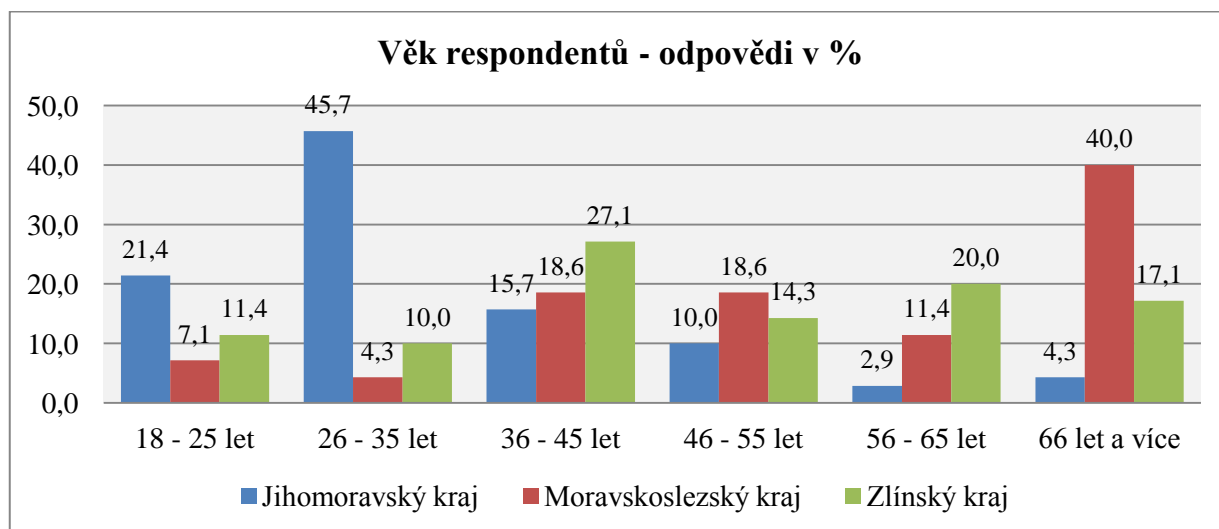
Komentář:

Dotazníkového výzkumu se zúčastnilo 48,6 % mužů a 51,4 % žen z Jihomoravského kraje, 38,6 % mužů a 61,4 % žen z Moravskoslezského kraje a 54,3 % mužů a 45,7 % žen ze Zlínského kraje.

Otázka č. 2: Věk:

Tab. 2 Věk respondentů

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
18 - 25 let	15	0,21	21,4	5	0,07	7,1	8	0,11	11,4
26 - 35 let	32	0,46	45,7	3	0,04	4,3	7	0,10	10,0
36 - 45 let	11	0,16	15,7	13	0,19	18,6	19	0,27	27,1
46 - 55 let	7	0,10	10,0	13	0,19	18,6	10	0,14	14,3
56 - 65 let	2	0,03	2,9	8	0,11	11,4	14	0,20	20,0
66 let a více	3	0,04	4,3	28	0,40	40,0	12	0,17	17,1
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 2 Věk respondentů

Komentář:

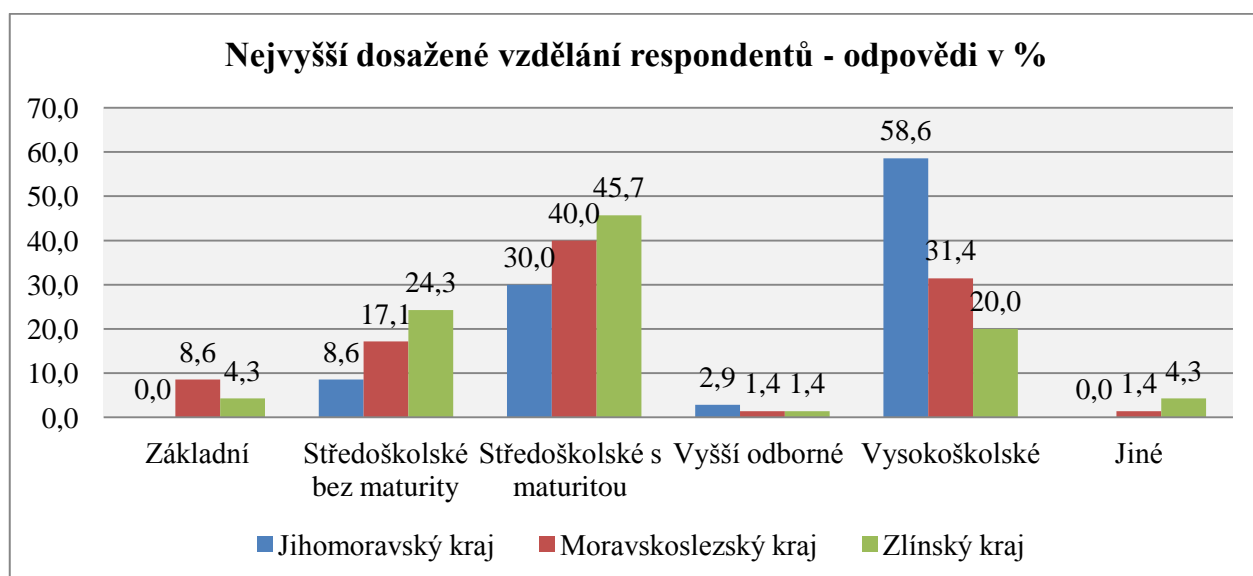
Dotazníkového výzkumu se zúčastnilo ve věkové kategorii 18 – 25 let 21,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 7,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 11,4 % respondentů ze Zlínského kraje. Ve věkové kategorii 26 – 35 let se zúčastnilo 45,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 4,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 10,0 % respondentů ze Zlínského kraje. Ve věkové kategorii 36 – 45 let se zúčastnilo 15,7 % respondentů

z Jihomoravského kraje, 18,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 27,1 % respondentů ze Zlínského kraje. Ve věkové kategorii 46 – 55 let se zúčastnilo 10,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 18,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 14,3 % respondentů ze Zlínského kraje. Ve věkové kategorii 56 – 65 let se zúčastnilo 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 11,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 20,0 % respondentů ze Zlínského kraje. Ve věkové kategorii 66 let a více se zúčastnilo 4,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 40,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 17,1 % respondentů ze Zlínského kraje.

Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání:

Tab. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Základní	0	0,00	0,0	6	0,09	8,6	3	0,04	4,3
Středoškolské bez maturity	6	0,09	8,6	12	0,17	17,1	17	0,24	24,3
Středoškolské s maturitou	21	0,30	30,0	28	0,40	40,0	32	0,46	45,7
Vyšší odborné	2	0,03	2,9	1	0,01	1,4	1	0,01	1,4
Vysokoškolské	41	0,59	58,6	22	0,31	31,4	14	0,20	20,0
Jiné	0	0,00	0,0	1	0,01	1,4	3	0,04	4,3
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Komentář:

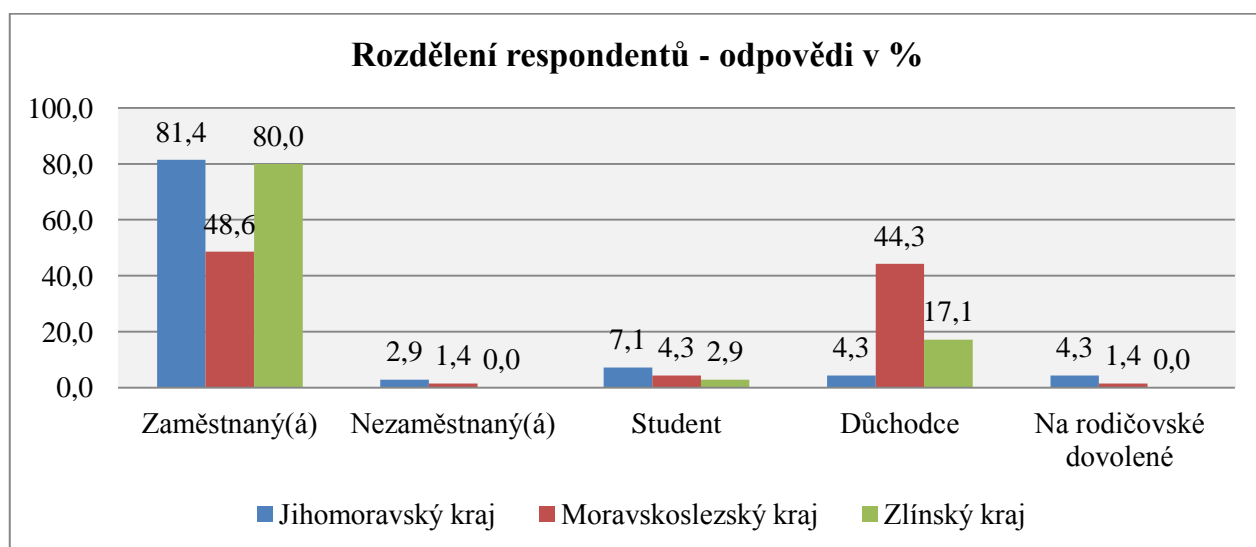
Dotazníkového výzkumu se zúčastnilo se základním vzděláním 0,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 8,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 4,3 % respondentů ze Zlínského kraje. Se středoškolským vzděláním bez maturity se zúčastnilo 8,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 17,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 24,3 % respondentů ze Zlínského kraje. Se středoškolským vzděláním s maturitou se zúčastnilo 30,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 40,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 45,7 % respondentů ze Zlínského kraje. S vyšším odborným vzděláním se zúčastni-

lo 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje. S Vysokoškolským vzděláním se zúčastnilo 58,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 31,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 20,0 % respondentů ze Zlínského kraje. Jako jiné vzdělání respondenti uváděli učební obor a ten činil 1,4 % v Moravskoslezském kraji a 4,3 % ve Zlínském kraji.

Otázka č. 4: Jste:

Tab. 4 Rozdělení respondentů

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Zaměstnaný(á)	57	0,81	81,4	34	0,49	48,6	56	0,80	80,0
Nezaměstnaný(á)	2	0,03	2,9	1	0,01	1,4	0	0,00	0,0
Student	5	0,07	7,1	3	0,04	4,3	2	0,03	2,9
Důchodce	3	0,04	4,3	31	0,44	44,3	12	0,17	17,1
Na rodičovské dovolené	3	0,04	4,3	1	0,01	1,4	0	0,00	0,0
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 4 Rozdělení respondentů

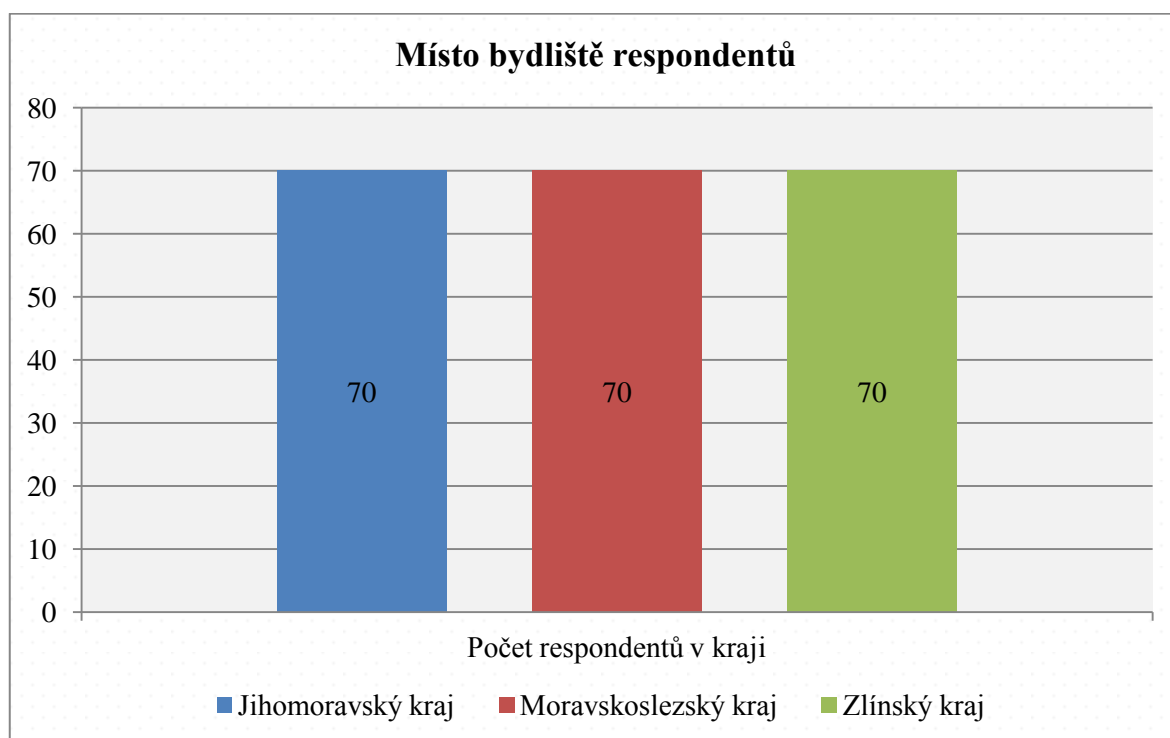
Komentář:

V dotazníkovém výzkumu zaměstnání uvádělo 81,4 % respondentů v Jihomoravském kraji, 48,6 % respondentů v Moravskoslezském kraji a 80,0 % respondentů ve Zlínském kraji. Nezaměstnaných respondentů se zúčastnilo 2,9 % v Jihomoravském kraji, 1,4 % v Moravskoslezském kraji a 0,0 % ve Zlínském kraji. Průzkumu se zúčastnilo 7,1 % studentů v Jihomoravském kraji, 4,3 % v Moravskoslezském kraji a 2,9 % ve Zlínském kraji. Důchodců se zúčastnilo 4,3 % v Jihomoravském kraji, 44,3 % v Moravskoslezském kraji a 17,1 % ve Zlínském kraji. Rodičovskou dovolenou uvádělo 4,3 % respondentů v Jihomoravském kraji, 1,4 % respondentů v Moravskoslezském kraji a 0,0 % respondentů ve Zlínském kraji.

Otázka č. 5: Místo bydliště:

Tab. 5 Místo bydliště respondentů

Možnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Jihomoravský kraj	70	1,00	100,0
Moravskoslezský kraj	70	1,00	100,0
Zlínský kraj	70	1,00	100,0
Celkem	210	–	–



Graf 5 Místo bydliště respondentů

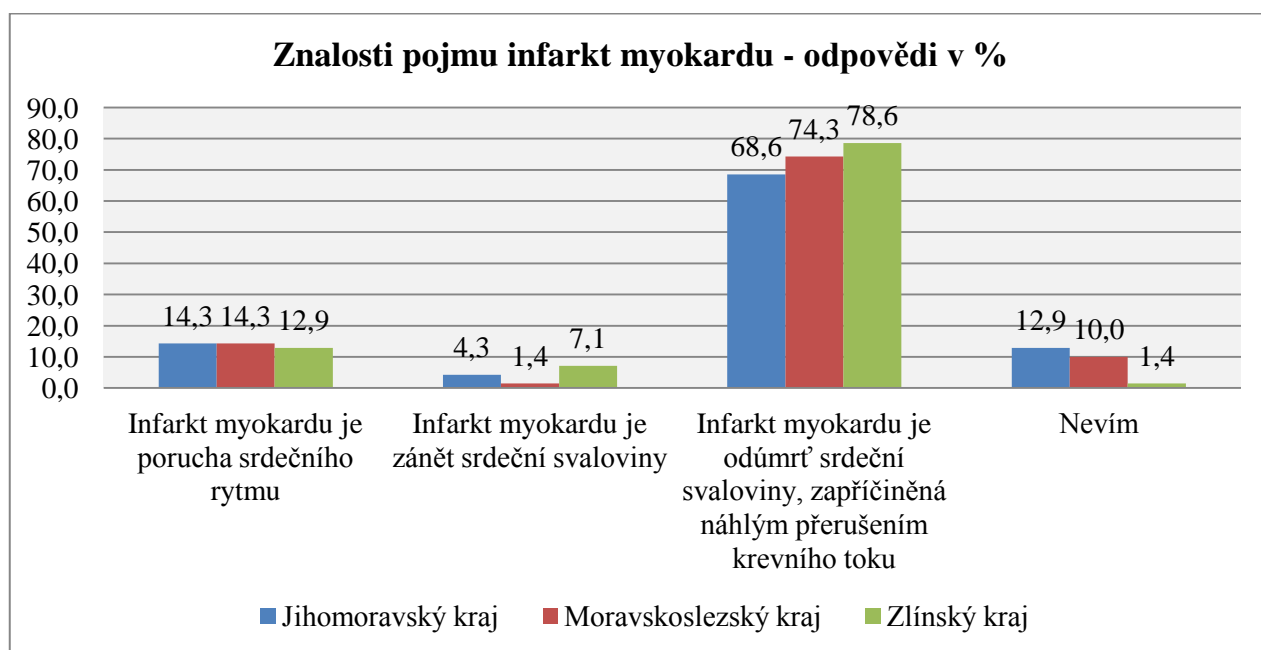
Komentář:

Dotazníkového průzkumu se zúčastnilo celkem 210 respondentů, to znamená vždy 70 respondentů z každého výše uvedeného kraje.

Otázka č. 6: Víte, co znamená infarkt myokardu?

Tab. 6 Znalosti pojmu infarkt myokardu

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Infarkt myokardu je porucha srdečního rytmu	10	0,14	14,3	10	0,14	14,3	9	0,13	12,9
Infarkt myokardu je zánět srdeční svaloviny	3	0,04	4,3	1	0,01	1,4	5	0,07	7,1
Infarkt myokardu je odúmrť srdeční svaloviny, zapříčiněná náhlým přerušением krevního toku	48	0,69	68,6	52	0,74	74,3	55	0,79	78,6
Nevím	9	0,13	12,9	7	0,10	10,0	1	0,01	1,4
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 6 Znalosti pojmu infarkt myokardu

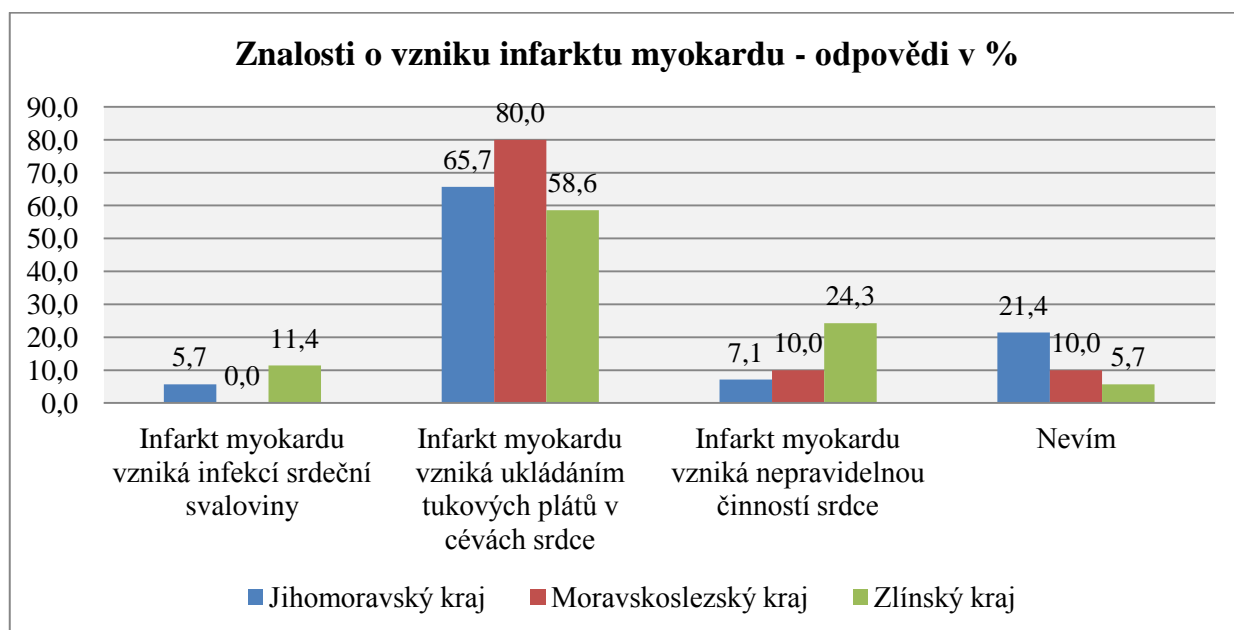
Komentář:

Z grafu je patrné, že 14,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 14,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 12,9 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu je porucha srdečního rytmu. Dále 4,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 7,1 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu je zánět srdeční svaloviny. 68,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 74,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 78,6 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu je odúmrť srdeční svaloviny, zapříčiněná náhlým přerušením krevního toku. 12,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 10,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje uvedli, že neví, co je infarkt myokardu.

Otázka č. 7: Víte, jak infarkt myokardu vzniká?

Tab. 7 Znalosti o vzniku infarktu myokardu

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Infarkt myokardu vzniká infekcí srdeční svaloviny	4	0,06	5,7	0	0,00	0,0	8	0,11	11,4
Infarkt myokardu vzniká ukládáním tukových plátů v cévách srdce	46	0,66	65,7	56	0,80	80,0	41	0,59	58,6
Infarkt myokardu vzniká nepravidelnou činností srdce	5	0,07	7,1	7	0,10	10,0	17	0,24	24,3
Nevím	15	0,21	21,4	7	0,10	10,0	4	0,06	5,7
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 7 Znalosti o vzniku infarktu myokardu

Komentář:

Z grafu je patrné, že 5,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 0,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 11,4 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu vzniká infekcí srdeční svaloviny. 65,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 80,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 58,6 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu vzniká ukládáním tukových plátů v cévách srdce. 7,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 10,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 24,3 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu vzniká nepravidelnou činností srdce. 21,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 10,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 5,7 % respondentů ze Zlínského kraje uvedli, že neví, jak infarkt myokardu vzniká.

Otázka č. 8: Víte, u kterého pohlaví se více vyskytuje infarkt myokardu?

Tab. 8 Pohlaví a výskyt infarktu myokardu

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Muži	56	0,80	80,0	66	0,94	94,3	60	0,86	85,7
Ženy	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	4	0,06	5,7
Nevím	14	0,20	20,0	4	0,06	5,7	6	0,09	8,6
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 8 Pohlaví a výskyt infarktu myokardu

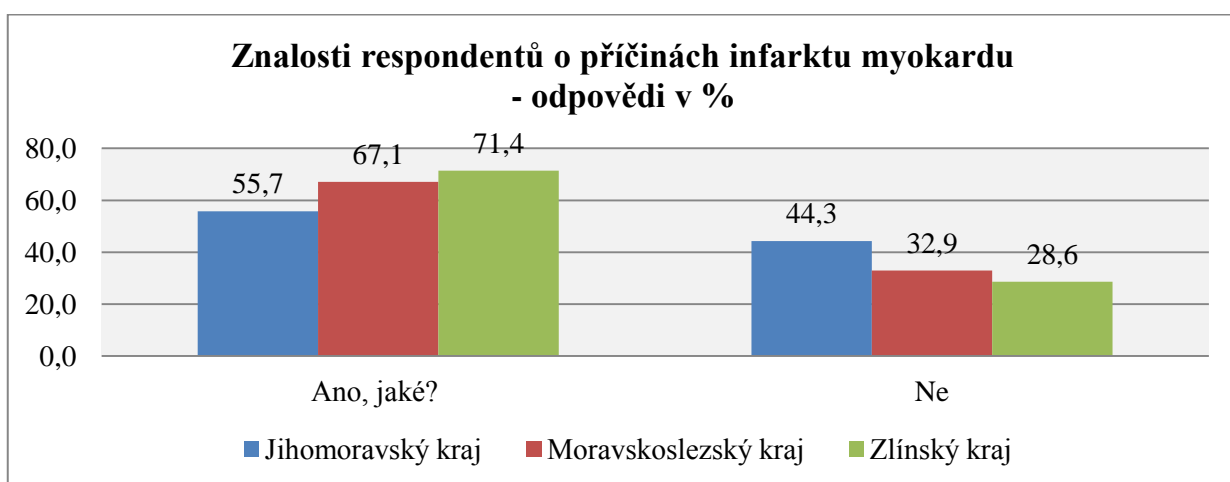
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 80,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 94,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 85,7 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu se vyskytuje nejčastěji u mužského pohlaví. 0,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 0,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 5,7 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu se nejčastěji vyskytuje u ženského pohlaví. 20,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 5,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 8,6 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že neví, u jakého pohlaví se více vyskytuje infarkt myokardu.

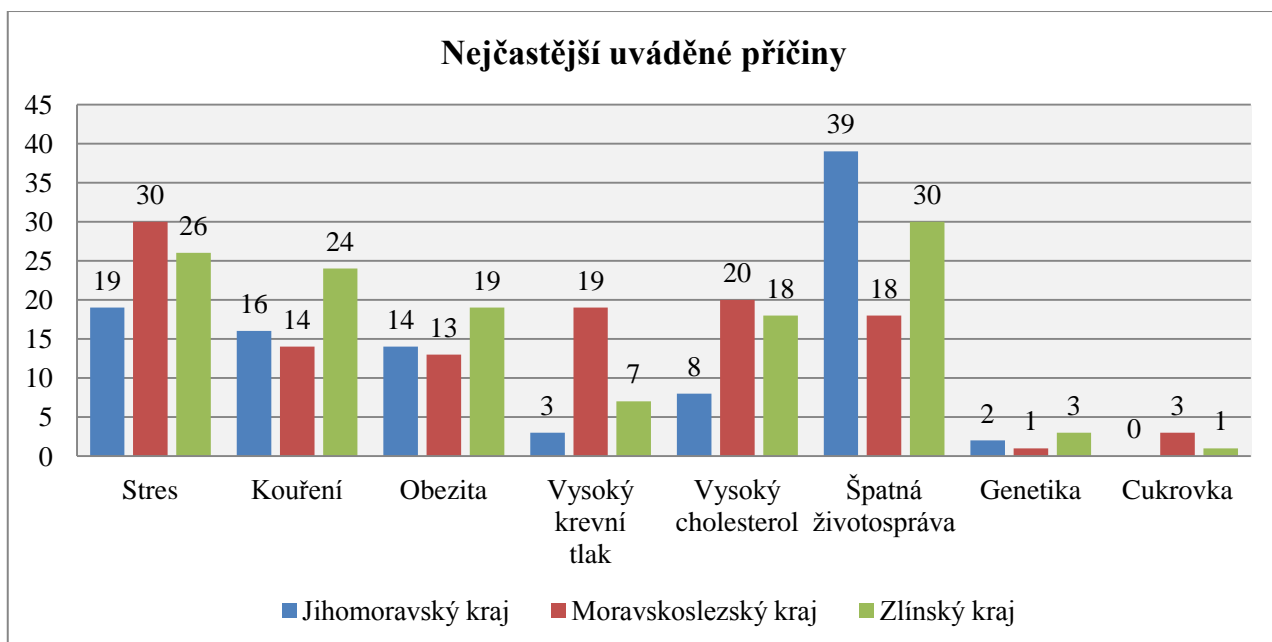
Otázka č. 9: Znáte příčiny vyvolávající infarkt myokardu?

Tab. 9 Znalosti respondentů o příčinách infarktu myokardu

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano, jaké?	39	0,56	55,7	47	0,67	67,1	50	0,71	71,4
Ne	31	0,44	44,3	23	0,33	32,9	20	0,29	28,6
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 9 Znalosti respondentů o příčinách infarktu myokardu



Graf 10 Nejčastější uváděné příčiny

Komentář:

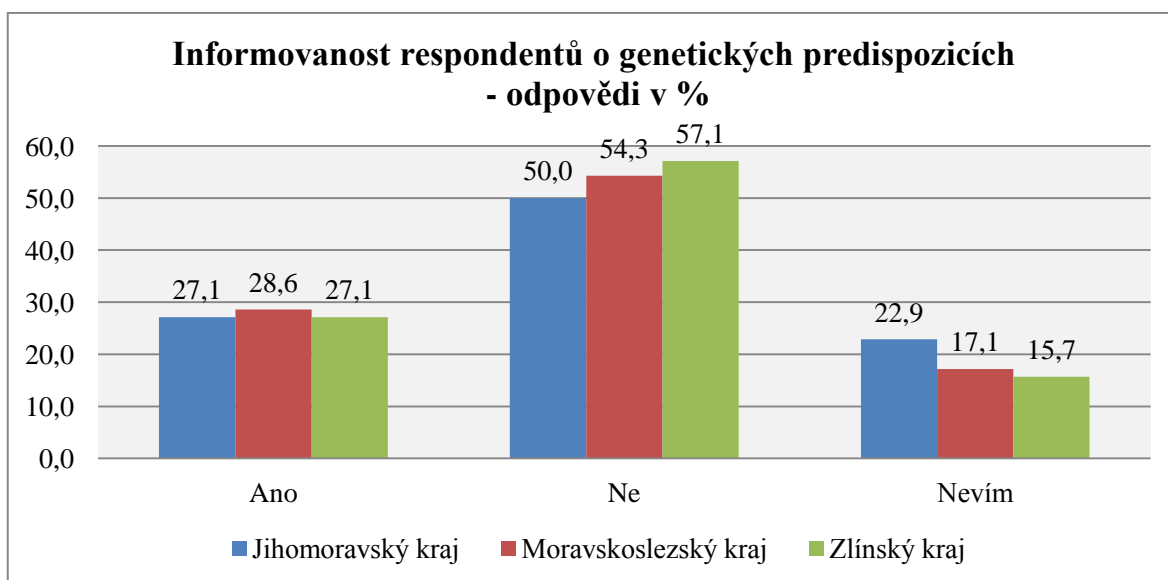
Z grafu č. 9 vyplývá, že 55,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 67,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 71,4 % respondentů ze Zlínského kraje znají příčiny, vyvolávající infarkt myokardu. 44,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 32,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 28,6 % respondentů ze Zlínského kraje neznají příčiny, vyvolávající infarkt myokardu.

V grafu č. 10 jsou uvedeny nejčastěji uváděné rizikové faktory. Stres, jako rizikový faktor uvádělo 19 respondentů z Jihomoravského kraje, 30 respondentů z Moravskoslezského kraje a 26 respondentů ze Zlínského kraje. Kouření, jako rizikový faktor uvádělo 16 respondentů z Jihomoravského kraje, 14 respondentů z Moravskoslezského kraje a 24 respondentů ze Zlínského kraje. Obezitu, jako rizikový faktor uvádělo 14 respondentů z Jihomoravského kraje, 13 respondentů z Moravskoslezského kraje a 19 respondentů ze Zlínského kraje. Vysoký krevní tlak, jako rizikový faktor uváděli 3 respondenti z Jihomoravského kraje, 19 respondentů z Moravskoslezského kraje a 7 respondentů ze Zlínského kraje. Vysoký cholesterol, jako rizikový faktor uvádělo 8 respondentů z Jihomoravského kraje, 20 respondentů z Moravskoslezského kraje a 18 respondentů ze Zlínského kraje. Špatnou životosprávu, jako rizikový faktor uvádělo 39 respondentů z Jihomoravského kraje, 18 respondentů z Moravskoslezského kraje a 30 respondentů ze Zlínského kraje. Genetiku, jako rizikový faktor uváděli 2 respondenti z Jihomoravského kraje, 1 respondent z Moravskoslezského kraje a 3 respondenti ze Zlínského kraje. Cukrovku, jako rizikový faktor uvádělo 0 respondentů z Jihomoravského kraje, 3 respondenti z Moravskoslezského kraje a 1 respondent ze Zlínského kraje.

Otázka č. 10: **Myslíte si, že infarkt myokardu patří mezi geneticky přenosné choroby?**

Tab. 10 Informovanost respondentů o genetických predispozicích

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	19	0,27	27,1	20	0,29	28,6	19	0,27	27,1
Ne	35	0,50	50,0	38	0,54	54,3	40	0,57	57,1
Nevím	16	0,23	22,9	12	0,17	17,1	11	0,16	15,7
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 11 Informovanost respondentů o genetických predispozicích

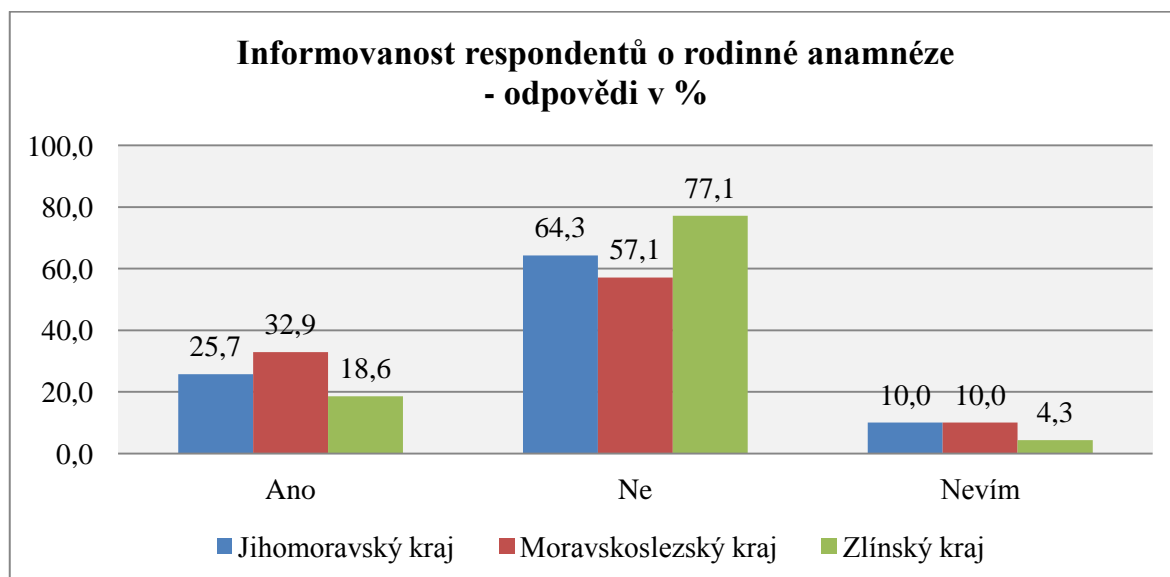
Komentář:

27,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 28,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 27,1 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu patří mezi geneticky přenosné choroby. 50,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 54,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 57,1 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že infarkt myokardu nepatří mezi geneticky přenosné choroby. 22,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 17,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 15,7 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že neví, zda infarkt myokardu patří mezi geneticky přenosné choroby.

Otázka č. 11: Vyskytuje se infarkt myokardu u Vás v rodině?

Tab. 11 Informovanost respondentů o rodinné anamnéze

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	18	0,26	25,7	23	0,33	32,9	13	0,19	18,6
Ne	45	0,64	64,3	40	0,57	57,1	54	0,77	77,1
Nevím	7	0,10	10,0	7	0,10	10,0	3	0,04	4,3
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 12 Informovanost respondentů o rodinné anamnéze

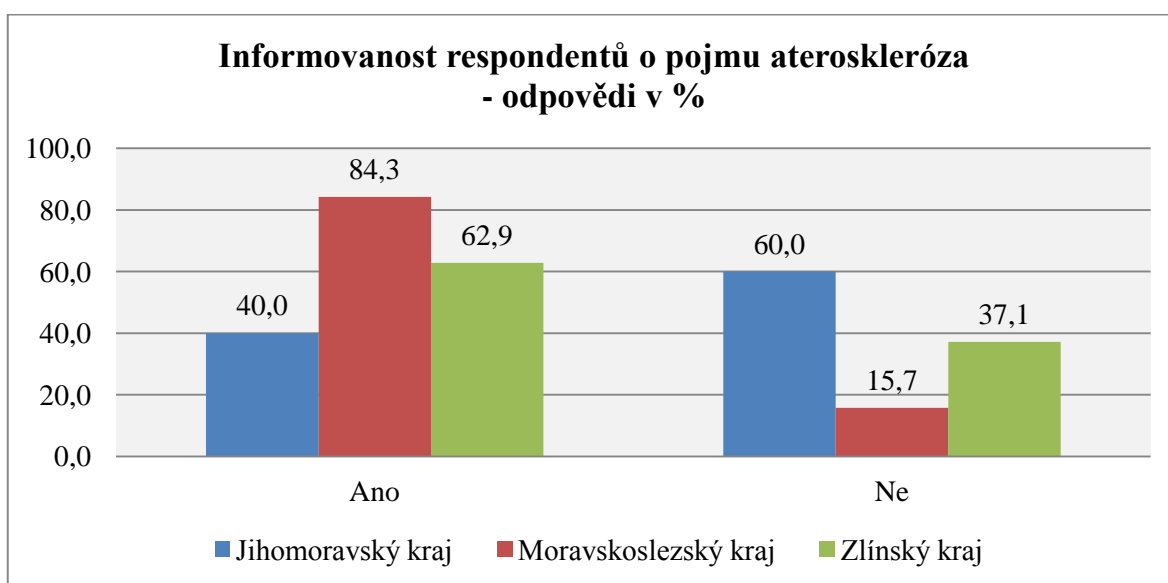
Komentář:

Z grafu vyplývá, že u 25,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 32,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 18,6 % respondentů ze Zlínského kraje se vyskytl infarkt myokardu v rodině. U 64,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 57,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 77,1 % respondentů ze Zlínského kraje se infarkt myokardu v rodině nevyskytl. 10,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 10,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 4,3 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že neví, zda se infarkt myokardu vyskytl v rodině.

Otázka č. 12: Víte, co znamená pojem ateroskleróza?

Tab. 12 Informovanost respondentů o pojmu ateroskleróza

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	28	0,40	40,0	59	0,84	84,3	44	0,63	62,9
Ne	42	0,60	60,0	11	0,16	15,7	26	0,37	37,1
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 13 Informovanost respondentů o pojmu ateroskleróza

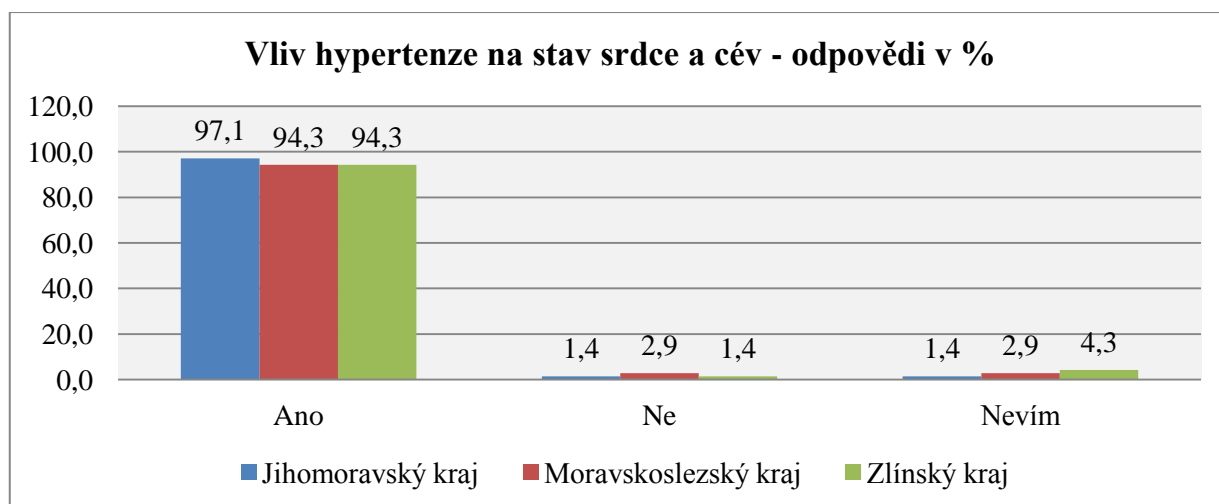
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 40,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 84,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 62,9 % respondentů ze Zlínského kraje ví, co znamená pojem ateroskleróza. 60,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 15,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 37,1 % respondentů ze Zlínského kraje neví, co pojem ateroskleróza znamená.

Otázka č. 13: Myslíte si, že hypertenze (vysoký krevní tlak) má negativní vliv na stav srdce a cév?

Tab. 13 Vliv hypertenze na stav srdce a cév

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	68	0,97	97,1	66	0,94	94,3	66	0,94	94,3
Ne	1	0,01	1,4	2	0,03	2,9	1	0,01	1,4
Nevím	1	0,01	1,4	2	0,03	2,9	3	0,04	4,3
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 14 Vliv hypertenze na stav srdce a cév

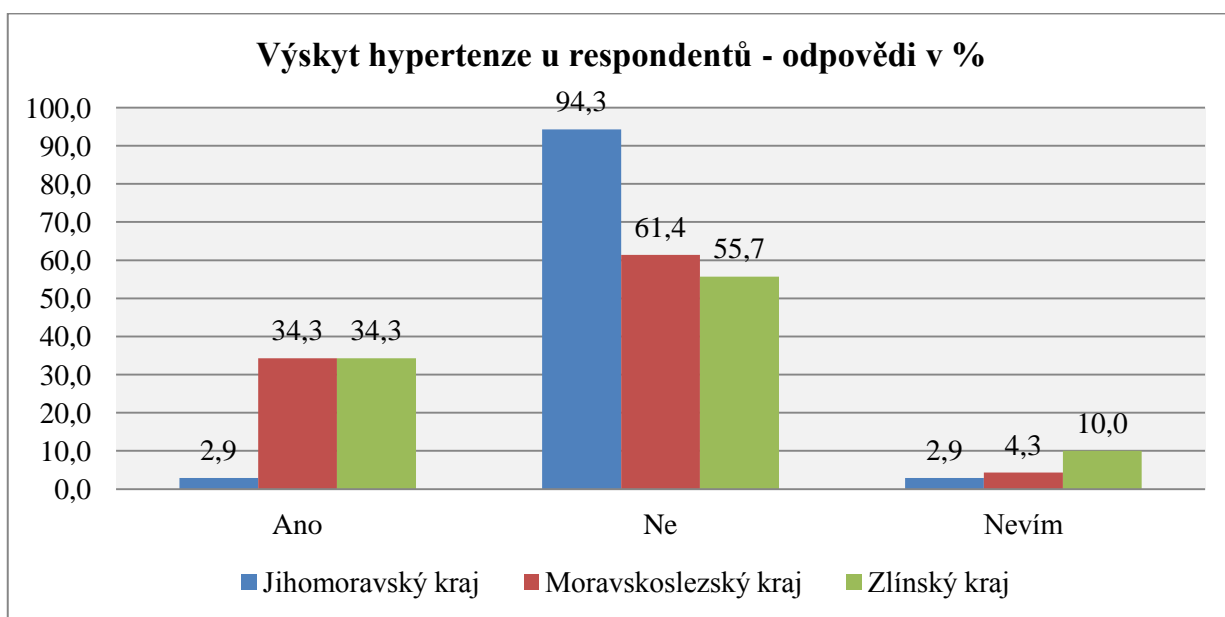
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 97,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 94,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 94,3 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že hypertenze má negativní vliv na stav srdce a cév. 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že hypertenze nemá negativní vliv na stav srdce a cév. 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 4,3 % respondentů ze Zlínského kraje zvolili odpověď „Nevím“.

Otázka č. 14: Trpíte hypertenzí (vysokým krevním tlakem)?

Tab. 14 Výskyt hypertenze u respondentů

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	2	0,03	2,9	24	0,34	34,3	24	0,34	34,3
Ne	66	0,94	94,3	43	0,61	61,4	39	0,56	55,7
Nevím	2	0,03	2,9	3	0,04	4,3	7	0,10	10,0
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 15 Výskyt hypertenze u respondentů

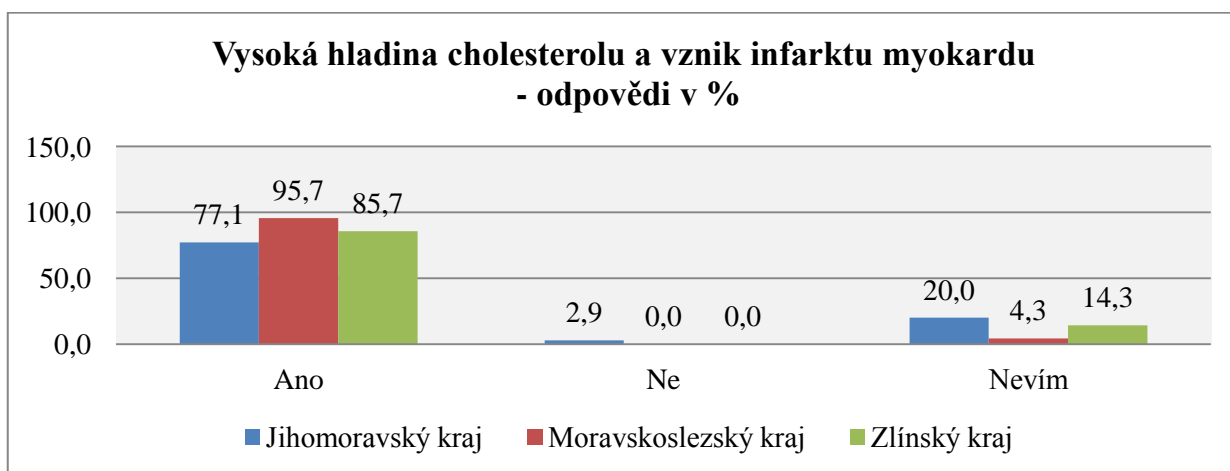
Komentář:

Z grafu je patrné, že 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 34,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 34,3 % respondentů ze Zlínského kraje trpí hypertenzí (vysokým krevním tlakem). 94,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 61,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 55,7 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že hypertenzí netrpí. 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 4,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 10,0 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že neví, zda hypertenzí trpí.

Otázka č. 15: **Myslíte si, že vysoká hladina cholesterolu může zapříčinit vznik infarktu myokardu?**

Tab. 15 Vysoká hladina cholesterolu a vznik infarktu myokardu

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	54	0,77	77,1	67	0,96	95,7	60	0,86	85,7
Ne	2	0,03	2,9	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Nevím	14	0,20	20,0	3	0,04	4,3	10	0,14	14,3
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 16 Vysoká hladina cholesterolu a vznik infarktu myokardu

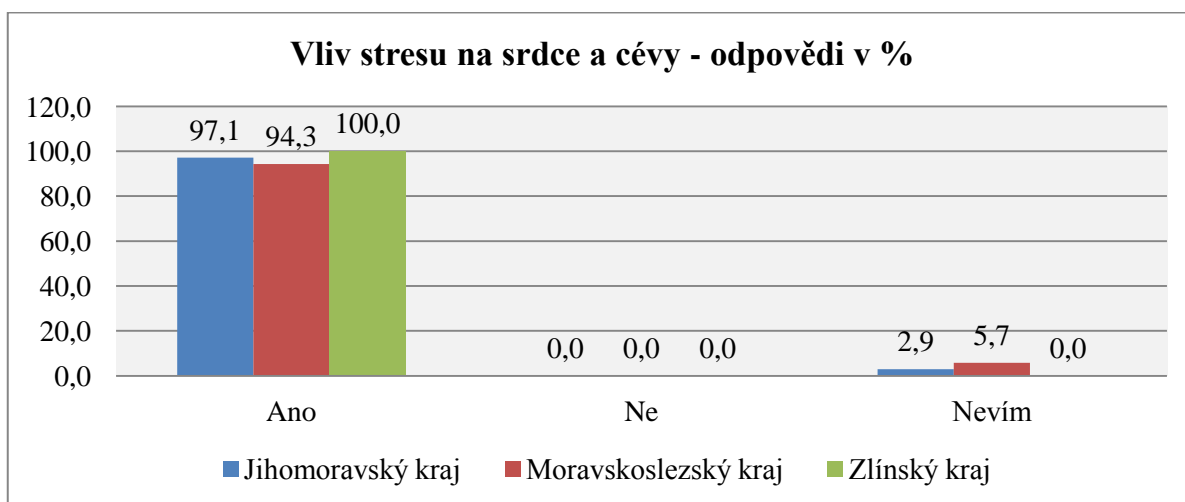
Komentář:

Z grafu č. 16 vyplývá, že 77,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 95,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 85,7 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že vysoká hladina cholesterolu může zapříčinit vznik infarktu myokardu. 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 0,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 0,0 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že vysoká hladina cholesterolu nemůže zapříčinit vznik infarktu myokardu. 20,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 4,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 14,3 % respondentů ze Zlínského kraje zvolilo odpověď „Nevím“.

Otázka č. 16: Myslíte si, že častá stresová zátěž může mít nepříznivý vliv na srdce a cévy?

Tab. 16 Vliv stresu na srdce a cévy

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	68	0,97	97,1	66	0,94	94,3	70	1,00	100,0
Ne	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Nevím	2	0,03	2,9	4	0,06	5,7	0	0,00	0,0
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 17 Vliv stresu na srdce a cévy

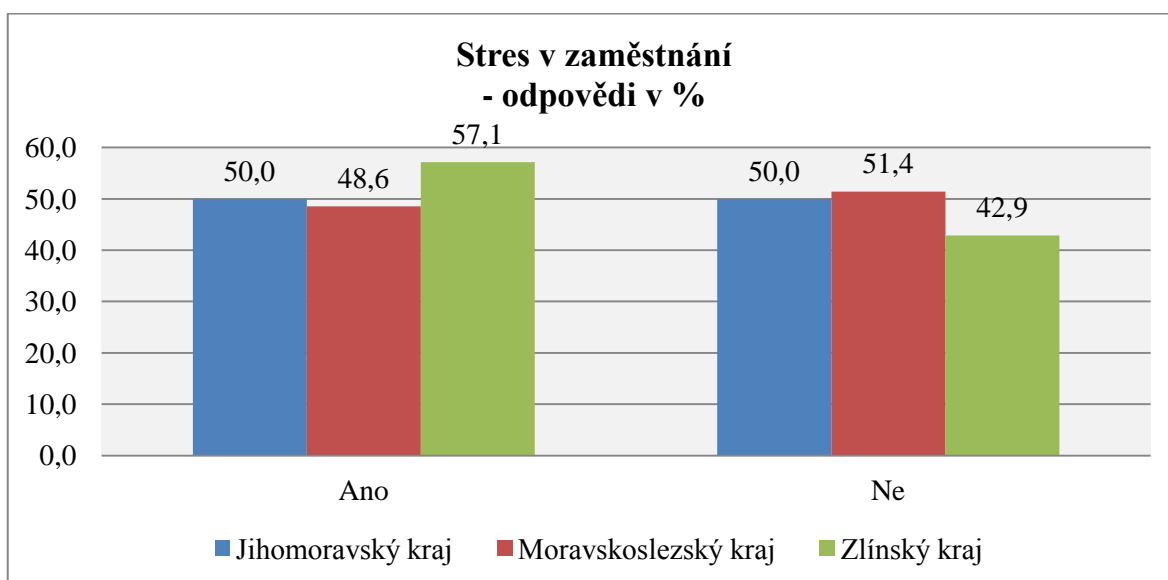
Komentář:

Z grafu je patrné, že 97,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 94,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 100 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že častá stresová zátěž může mít nepříznivý vliv na srdce a cévy. Ani jeden respondent se nedomnívá, že častá stresová zátěž nemůže mít nepříznivý vliv na srdce a cévy. 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 5,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 0,0 % respondentů ze Zlínského kraje neví, zda častá stresová zátěž může mít nepříznivý vliv na srdce a cévy.

Otázka č. 17: Jste ve svém zaměstnání vystaveni velkému stresu?

Tab. 17 Stres v zaměstnání

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	35	0,50	50,0	34	0,49	48,6	40	0,57	57,1
Ne	35	0,50	50,0	36	0,51	51,4	30	0,43	42,9
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 18 Stres v zaměstnání

Komentář:

Z grafu vyplývá, že 50,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 48,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 57,1 % respondentů ze Zlínského kraje jsou ve svém zaměstnání vystaveni velkému stresu. 50,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 51,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 42,9 % respondentů ze Zlínského kraje nejsou ve svém zaměstnání vystaveni velkému stresu.

Otázka č. 18: Myslíte si, že špatná životospráva může zapříčinit vznik infarktu myokardu?

Tab. 18 Vliv špatné životosprávy na vznik infarktu myokardu

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	65	0,93	92,9	68	0,97	97,1	68	0,97	97,1
Ne	1	0,01	1,4	1	0,01	1,4	0	0,00	0,0
Nevím	4	0,06	5,7	1	0,01	1,4	2	0,03	2,9
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 19 Vliv špatné životosprávy na vznik infarktu myokardu

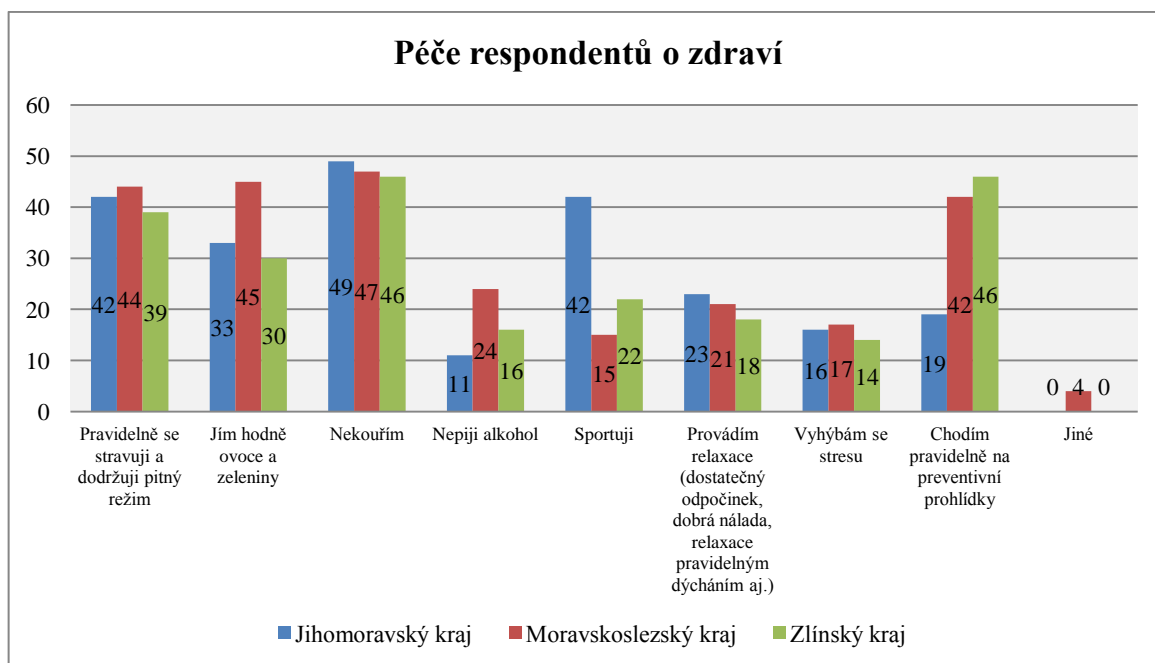
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 92,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 97,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 97,1 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že špatná životospráva může zapříčinit vznik infarktu myokardu. 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 0,0 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že špatná životospráva nemůže zapříčinit vznik infarktu myokardu. 5,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje zvolilo odpověď „Nevím“.

Otázka č. 19: Jak pečujete o své zdraví? (Lze uvést více možností)

Tab. 19 Péče respondentů o zdraví

Možnosti	Jihomoravský kraj	Moravskoslezský kraj	Zlínský kraj
Pravidelně se stravuji a dodržuji pitný režim	42	44	39
Jím hodně ovoce a zeleniny	33	45	30
Nekouřím	49	47	46
Nepiji alkohol	11	24	16
Sportuji	42	15	22
Provádím relaxace (dostatečný odpočinek, dobrá nálada, relaxace pravidelným dýcháním aj.)	23	21	18
Vyhýbám se stresu	16	17	14
Chodím pravidelně na preventivní prohlídky	19	42	46
Jiné	0	4	0



Graf 20 Péče respondentů o zdraví

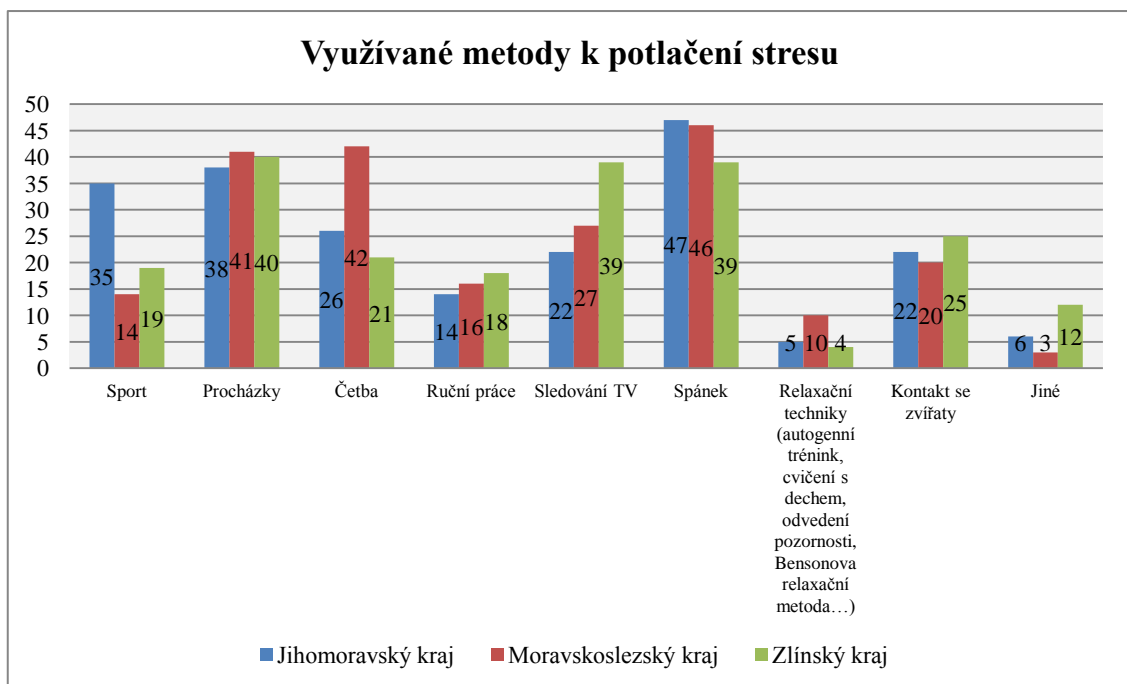
Komentář:

Z grafu vyplývá, že odpověď „Pravidelně se stravuji a dodržuji pitný režim“ zvolilo 42 respondentů z Jihomoravského kraje, 44 respondentů z Moravskoslezského kraje a 39 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Jím hodně ovoce a zeleniny“ zvolilo 33 respondentů z Jihomoravského kraje, 45 respondentů z Moravskoslezského kraje a 30 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Nekouřím“ zvolilo 49 respondentů z Jihomoravského kraje, 47 respondentů z Moravskoslezského kraje a 46 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Nepiji alkohol“ zvolilo 11 respondentů z Jihomoravského kraje, 24 respondentů z Moravskoslezského kraje a 16 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Sportuji“ zvolilo 42 respondentů z Jihomoravského kraje, 15 respondentů z Moravskoslezského kraje a 22 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Provádím relaxace (dostatečný odpočinek, dobrá nálada, relaxace pravidelným dýcháním aj.)“ zvolilo 23 respondentů z Jihomoravského kraje, 21 respondentů z Moravskoslezského kraje a 18 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Vyhýbám se stresu“ zvolilo 16 respondentů z Jihomoravského kraje, 17 respondentů z Moravskoslezského kraje a 14 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Chodím pravidelně na preventivní prohlídky“ zvolilo 19 respondentů z Jihomoravského kraje, 42 respondentů z Moravskoslezského kraje a 46 respondentů ze Zlínského kraje. V kategorii „Jiné“ jsou uvedeny faktory, jejichž absolutní četnosti byly statisticky nevýznamné vzhledem k celkovému počtu odpovědi. Jako „Jiné“ uvedl 1 respondent „Cvičení“, 1 respondent „Procházky“, 1 respondent „Domácí práce“ a 1 respondent uvádí „Práce na zahradě“.

Otázka č. 20: Jaké metody používáte pro potlačení stresu? (Lze uvést více možností)

Tab. 20 Využívané metody k potlačení stresu

Možnosti	Jihomoravský kraj	Moravskoslezský kraj	Zlínský kraj
Sport	35	14	19
Procházky	38	41	40
Četba	26	42	21
Ruční práce	14	16	18
Sledování TV	22	27	39
Spánek	47	46	39
Relaxační techniky (autogenní trénink, cvičení s dechem, odvedení pozornosti, Bensonova relaxační metoda...)	5	10	4
Kontakt se zvířaty	22	20	25
Jiné	6	3	12



Graf 21 Využívané metody k potlačení stresu

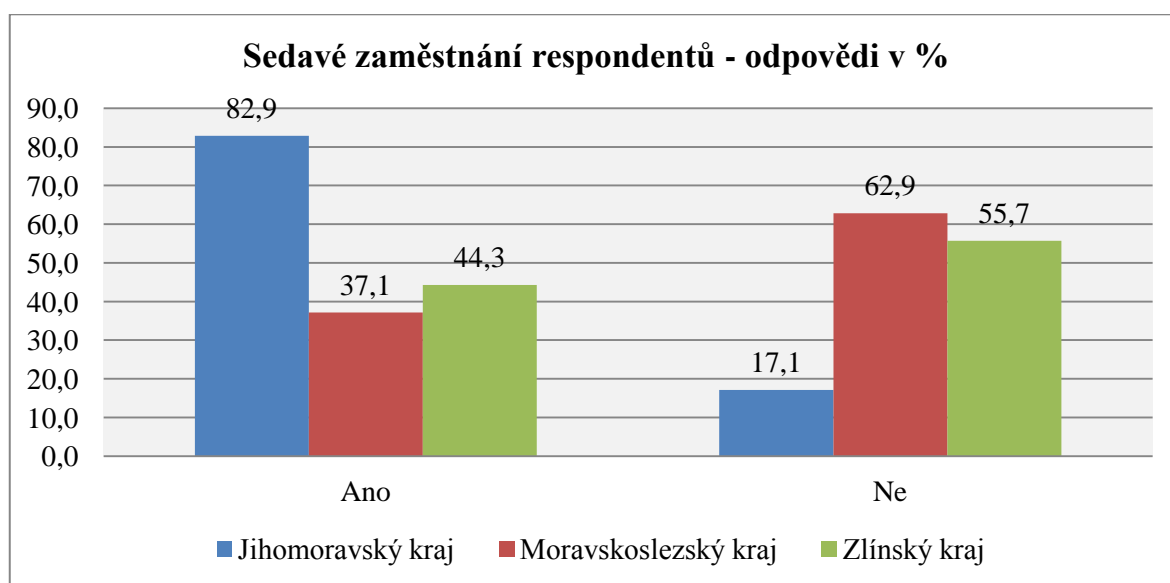
Komentář:

Z grafu vyplývá, že odpověď „Sport“ zvolilo 35 respondentů z Jihomoravského kraje, 14 respondentů z Moravskoslezského kraje a 19 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Procházky“ zvolilo 38 respondentů z Jihomoravského kraje, 41 respondentů z Moravskoslezského kraje a 40 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Četba“ zvolilo 26 respondentů z Jihomoravského kraje, 42 respondentů z Moravskoslezského kraje a 21 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Ruční práce“ zvolilo 14 respondentů z Jihomoravského kraje, 16 respondentů z Moravskoslezského kraje a 18 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Sledování TV“ označilo 22 respondentů z Jihomoravského kraje, 27 respondentů z Moravskoslezského kraje a 39 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Spánek“ zvolilo 47 respondentů z Jihomoravského kraje, 46 respondentů z Moravskoslezského kraje a 39 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Relaxační techniky (autogenní trénink, cvičení s dechem, odvedení pozornosti, Bensonova relaxační metoda...)“ zvolilo 5 respondentů z Jihomoravského kraje, 10 respondentů z Moravskoslezského kraje a 4 respondenti ze Zlínského kraje. Odpověď „Kontakt se zvířaty“ označilo 22 respondentů z Jihomoravského kraje, 20 respondentů z Moravskoslezského kraje a 25 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Jiné“ označilo 6 respondentů z Jihomoravského kraje, 3 respondenti z Moravskoslezského kraje a 12 respondentů ze Zlínského kraje. V Jihomoravském kraji uvedli 2 respondenti „Rodina a přátelé“, 1 respondent „Děti“, 1 respondent „Poslech hudby“, 1 respondent „Práce“ a 1 respondent uvedl „Sex“. V Moravskoslezském kraji uvedl 1 respondent „Hlídní vnoučat“, 1 respondent „Fyzická zátěž“ a 1 respondent uvedl „Nadávání“. Ve Zlínském kraji uvedli 3 respondenti „Práce na zahrádce“, 2 respondenti „Rybolov“, 2 respondenti „Poslech hudby“, 2 respondenti „Luštění křížovek“, 1 respondent uvedl „Internet“, 1 respondent uvedl „Sladkosti“ a 1 respondent uvedl „Sex“.

Otázka č. 21: Máte sedavé zaměstnání?

Tab. 21 Sedavé zaměstnání respondentů

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	58	0,83	82,9	26	0,37	37,1	31	0,44	44,3
Ne	12	0,17	17,1	44	0,63	62,9	39	0,56	55,7
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 22 Sedavé zaměstnání respondentů

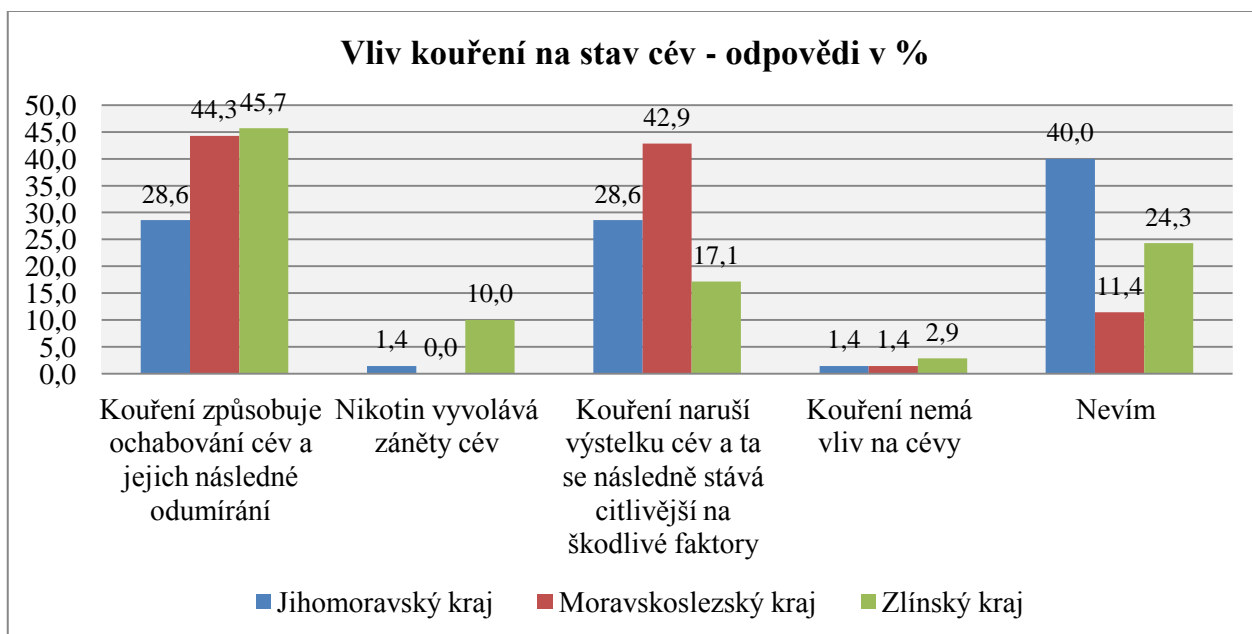
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 82,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 37,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 44,3 % respondentů ze Zlínského kraje má sedavé zaměstnání. 17,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 62,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 55,7 % respondentů ze Zlínského kraje sedavé zaměstnání nemá.

Otázka č. 22: Víte, jak kouření působí na cévy?

Tab. 22 Vliv kouření na stav cév

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Kouření způsobuje ochabování cév a jejich následné odumírání	20	0,29	28,6	31	0,44	44,3	32	0,46	45,7
Nikotin vyvolává záněty cév	1	0,01	1,4	0	0,00	0,0	7	0,10	10,0
Kouření naruší výstelku cév a ta se následně stává citlivější na škodlivé faktory	20	0,29	28,6	30	0,43	42,9	12	0,17	17,1
Kouření nemá vliv na cévy	1	0,01	1,4	1	0,01	1,4	2	0,03	2,9
Nevím	28	0,40	40,0	8	0,11	11,4	17	0,24	24,3
Celkem	70	1,00	100	70	1,00	100	70	1,00	100



Graf 23 Vliv kouření na stav cév

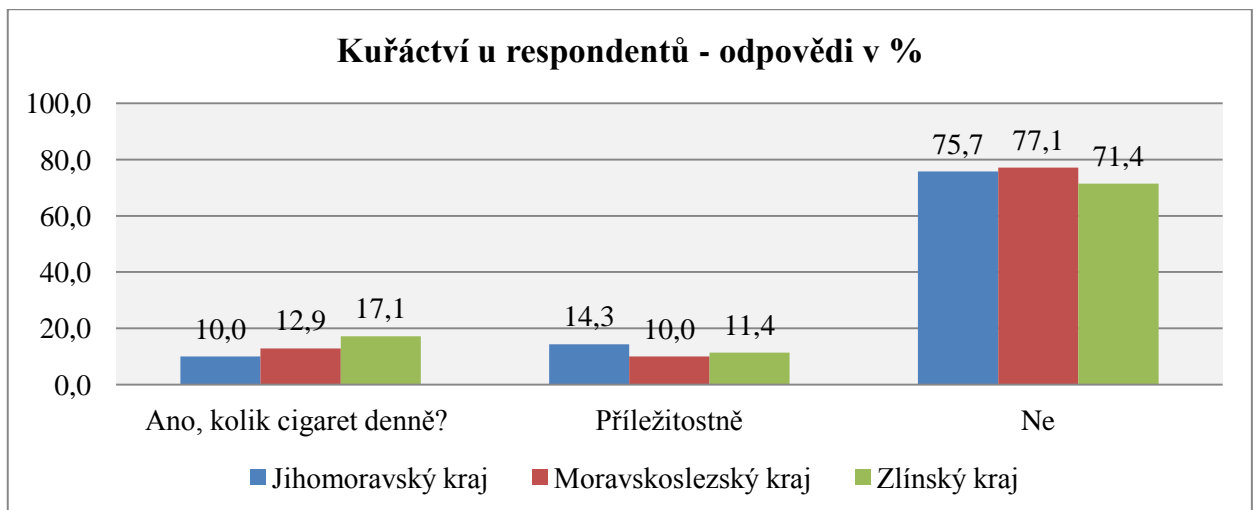
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 28,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 44,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 45,7 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že kouření způsobuje ochabování cév a jejich následné odumírání. 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 0,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 10,0 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že nikotin vyvolává záněty cév. 28,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 42,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 17,1 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že kouření naruší výstelku cév a ta se následně stává citlivější na škodlivé faktory. 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že kouření nemá vliv na cévy. 40,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 11,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 24,3 % respondentů ze Zlínského kraje neví, jak kouření působí na cévy.

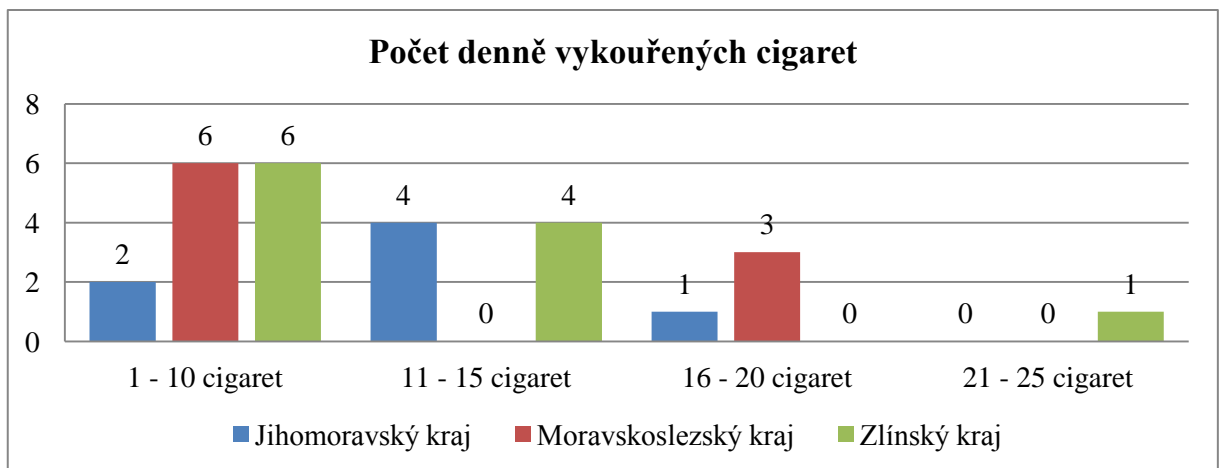
Otázka č. 23: Kouříte?

Tab. 23 Kuřáctví u respondentů

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano, kolik cigaret denně?	7	0,10	10,0	9	0,13	12,9	12	0,17	17,1
Příležitostně	10	0,14	14,3	7	0,10	10,0	8	0,11	11,4
Ne	53	0,76	75,7	54	0,77	77,1	50	0,71	71,4
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 24 Kuřáctví u respondentů



Graf 25 Počet denně vykouřených cigaret

Komentář:

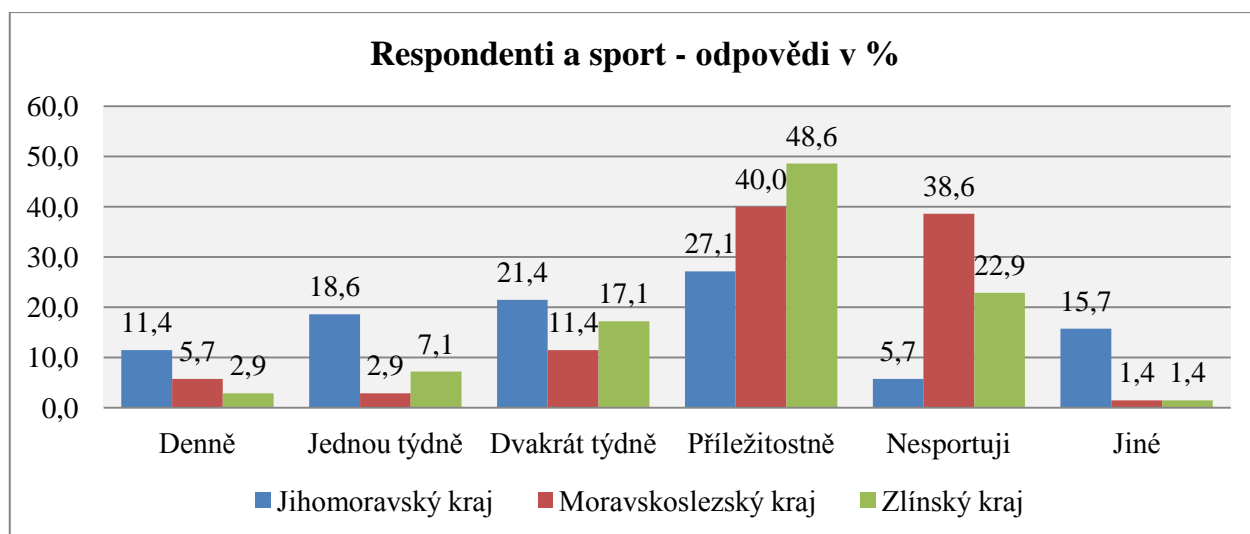
Z grafu č. 24 vyplývá, že 10,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 12,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 17,1 % respondentů ze Zlínského kraje kouří cigarety. 14,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 10,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 11,4 % respondentů ze Zlínského kraje kouří příležitostně. 75,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 77,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 71,4 % respondentů ze Zlínského kraje nekouří.

Z grafu č. 25 vyplývá, že denně vykouří 1 – 10 cigaret 2 respondenti z Jihomoravského kraje, 6 respondentů z Moravskoslezského kraje a 6 respondentů ze Zlínského kraje. 11 – 15 cigaret vykouří 4 respondenti z Jihomoravského kraje a 4 respondenti ze Zlínského kraje. 16 – 20 cigaret vykouří 1 respondent z Jihomoravského kraje a 3 respondenti z Moravskoslezského kraje. 21 – 25 cigaret vykouří 1 respondent ze Zlínského kraje.

Otázka č. 24: Jak často sportujete?

Tab. 24 Respondenti a sport

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Denně	8	0,11	11,4	4	0,06	5,7	2	0,03	2,9
Jednou týdně	13	0,19	18,6	2	0,03	2,9	5	0,07	7,1
Dvakrát týdně	15	0,21	21,4	8	0,11	11,4	12	0,17	17,1
Příležitostně	19	0,27	27,1	28	0,40	40,0	34	0,49	48,6
Nesportuji	4	0,06	5,7	27	0,39	38,6	16	0,23	22,9
Jiné	11	0,16	15,7	1	0,01	1,4	1	0,01	1,4
Celkem	70	1,00	100	70	1,00	100	70	1,00	100



Graf 26 Respondenti a sport

Komentář:

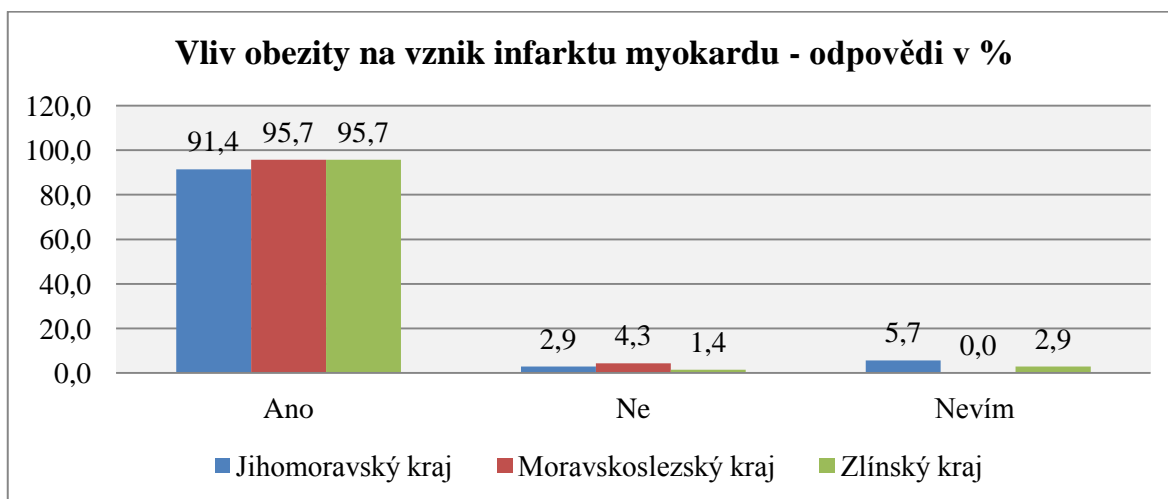
Z grafu vyplývá, že denně sportuje 11,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 5,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje. Jednou týdně sportuje 18,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 7,1 % respondentů ze Zlínského kraje. Dvakrát týdně sportuje 21,4 %

respondentů z Jihomoravského kraje, 11,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 17,1 % respondentů ze Zlínského kraje. Příležitostně sportuje 27,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 40,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 48,6 % respondentů ze Zlínského kraje. Nesportuje 5,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 38,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 22,9 % respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Jiné“ zvolilo 15,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje. Všichni respondenti, kteří jsou uvedeni v kategorii „Jiné“ napsali odpověď 2 – 4x týdně.

Otázka č. 25: Myslíte si, že obezita souvisí s infarktem myokardu?

Tab. 25 Vliv obezity na vznik infarktu myokardu

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	64	0,91	91,4	67	0,96	95,7	67	0,96	95,7
Ne	2	0,03	2,9	3	0,04	4,3	1	0,01	1,4
Nevím	4	0,06	5,7	0	0,00	0,0	2	0,03	2,9
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 27 Vliv obezity na vznik infarktu myokardu

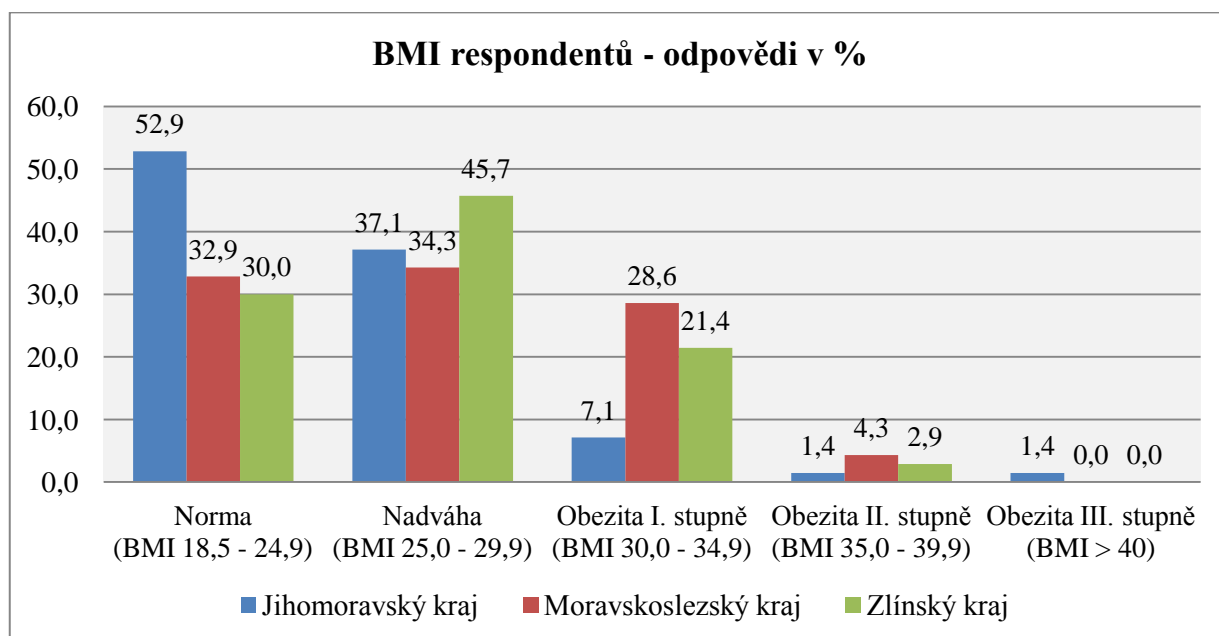
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 91,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 95,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 95,7 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že obezita souvisí s infarktem myokardu. 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 4,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že obezita nesouvisí s infarktem myokardu. 5,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 0,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje neví, zda obezita souvisí s infarktem myokardu.

Otázka č. 26: Uveďte prosím svou váhu a výšku:

Tab. 26 BMI respondentů

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Norma (BMI 18,5 - 24,9)	37	0,53	52,9	23	0,33	32,9	21	0,30	30,0
Nadváha (BMI 25,0 - 29,9)	26	0,37	37,1	24	0,34	34,3	32	0,46	45,7
Obezita I. stupně (BMI 30,0 - 34,9)	5	0,07	7,1	20	0,29	28,6	15	0,21	21,4
Obezita II. stupně (BMI 35,0 - 39,9)	1	0,01	1,4	3	0,04	4,3	2	0,03	2,9
Obezita III. stupně (BMI > 40)	1	0,01	1,4	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Celkem	70	1,00	100	70	1,00	100	70	1,00	100



Graf 28 BMI respondentů

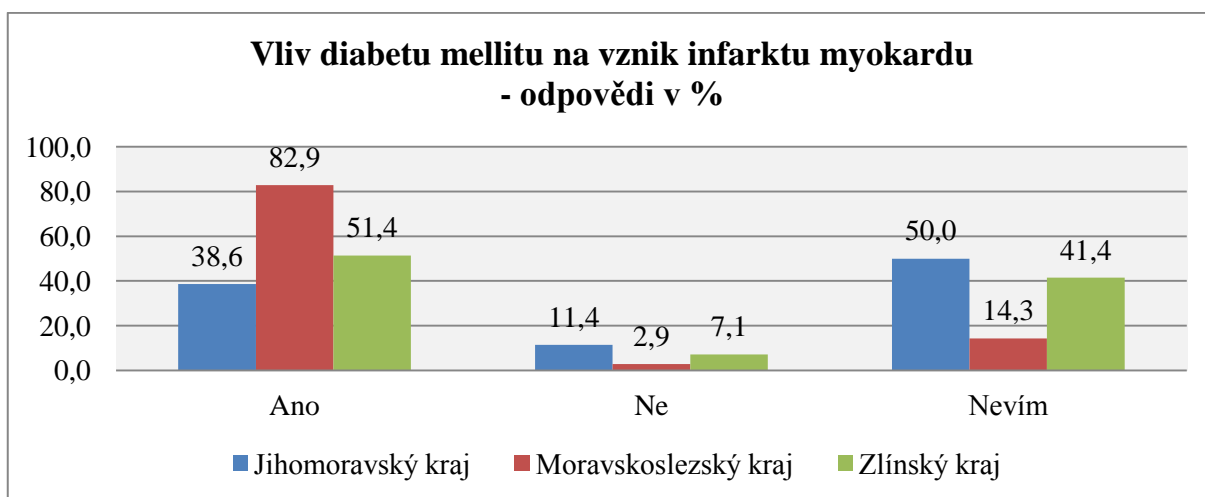
Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké mají respondenti BMI. Normální váhu má 52,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 32,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 30,0 % respondentů ze Zlínského kraje. Nadváhu má 37,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 34,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 45,7 % respondentů ze Zlínského kraje. Obezitou I. stupně trpí 7,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 28,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 21,4 % respondentů ze Zlínského kraje. Obezitou II. stupně trpí 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 4,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje. Obezitou III. stupně trpí 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 0,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 0,0 % respondentů ze Zlínského kraje.

Otázka č. 27: Myslíte si, že u pacientů s diabetem mellitem (cukrovkou) je vyšší riziko výskytu infarktu myokardu?

Tab. 27 Vliv diabetu mellitu na vznik infarktu myokardu

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	27	0,39	38,6	58	0,83	82,9	36	0,51	51,4
Ne	8	0,11	11,4	2	0,03	2,9	5	0,07	7,1
Nevím	35	0,50	50,0	10	0,14	14,3	29	0,41	41,4
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 29 Vliv diabetu mellitu na vznik infarktu myokardu

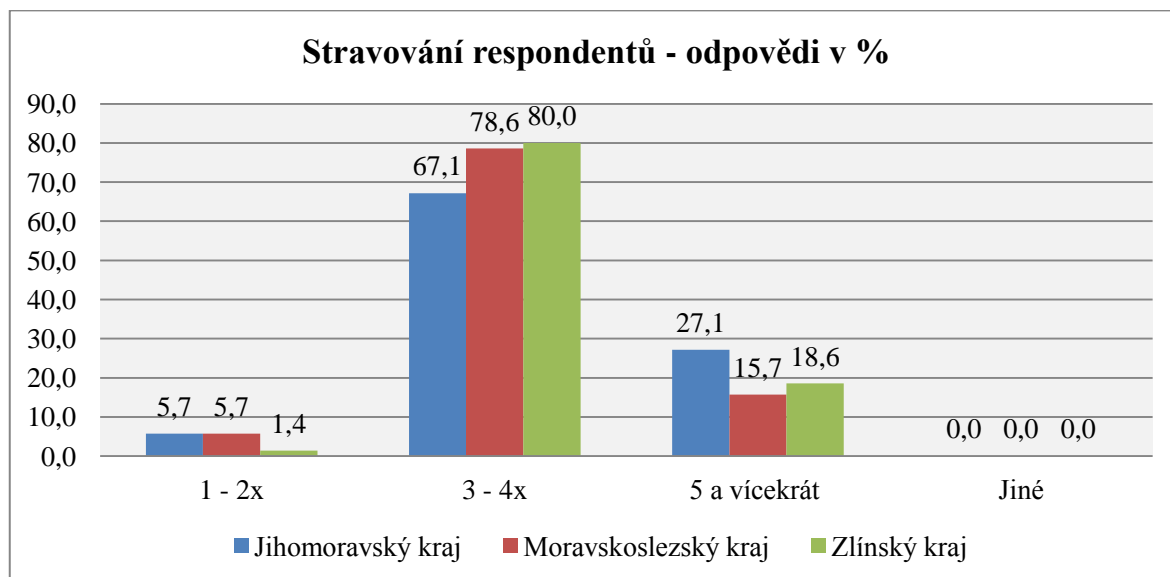
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 38,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 82,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 51,4 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že u pacientů s diabetem mellitem (cukrovkou) je vyšší riziko výskytu infarktu myokardu. 11,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 7,1 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že u pacientů s diabetem mellitem (cukrovkou) není vyšší riziko výskytu infarktu myokardu. 50,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 14,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 41,4 % respondentů ze Zlínského kraje neví, zda je u pacientů s diabetem mellitem (cukrovkou) vyšší riziko výskytu infarktu myokardu.

Otázka č. 28: Kolikrát denně se stravujete?

Tab. 28 Stravování respondentů

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
1 - 2x	4	0,06	5,7	4	0,06	5,7	1	0,01	1,4
3 - 4x	47	0,67	67,1	55	0,79	78,6	56	0,80	80,0
5 a vícekrát	19	0,27	27,1	11	0,16	15,7	13	0,19	18,6
Jiné	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
Celkem	70	1,00	100	70	1,00	100	70	1,00	100



Graf 30 Stravování respondentů

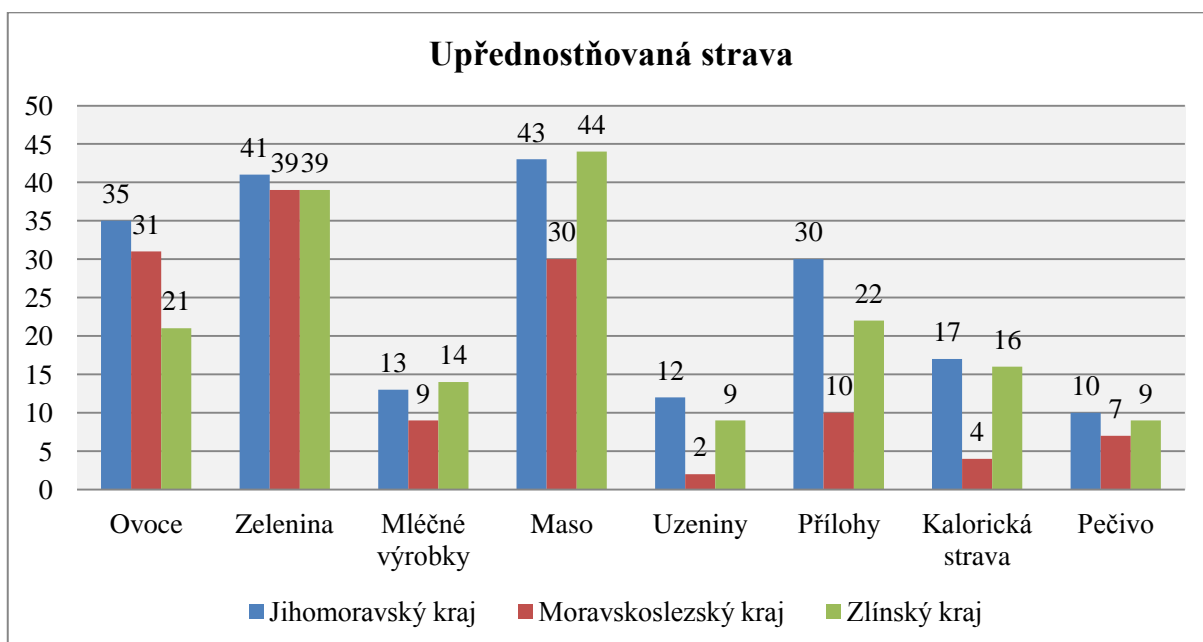
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 1 – 2x denně se stravuje 5,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 5,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje. 3 – 4x denně se stravuje 67,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 78,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 80,0 % respondentů ze Zlínského kraje. 5 a vícekrát se stravuje 27,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 15,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 18,6 % respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Jiné“ ne zvolil ani jeden respondent.

Otázka č. 29: Jakou stravu upřednostňujete? (Prosím vypište)

Tab. 29 Upřednostňovaná strava

Možnosti	Jihomoravský kraj	Moravskoslezský kraj	Zlínský kraj
Ovoce	35	31	21
Zelenina	41	39	39
Mléčné výrobky	13	9	14
Maso	43	30	44
Uzeniny	12	2	9
Přílohy	30	10	22
Kalorická strava	17	4	16
Pečivo	10	7	9



Graf 31 Upřednostňovaná strava

Komentář:

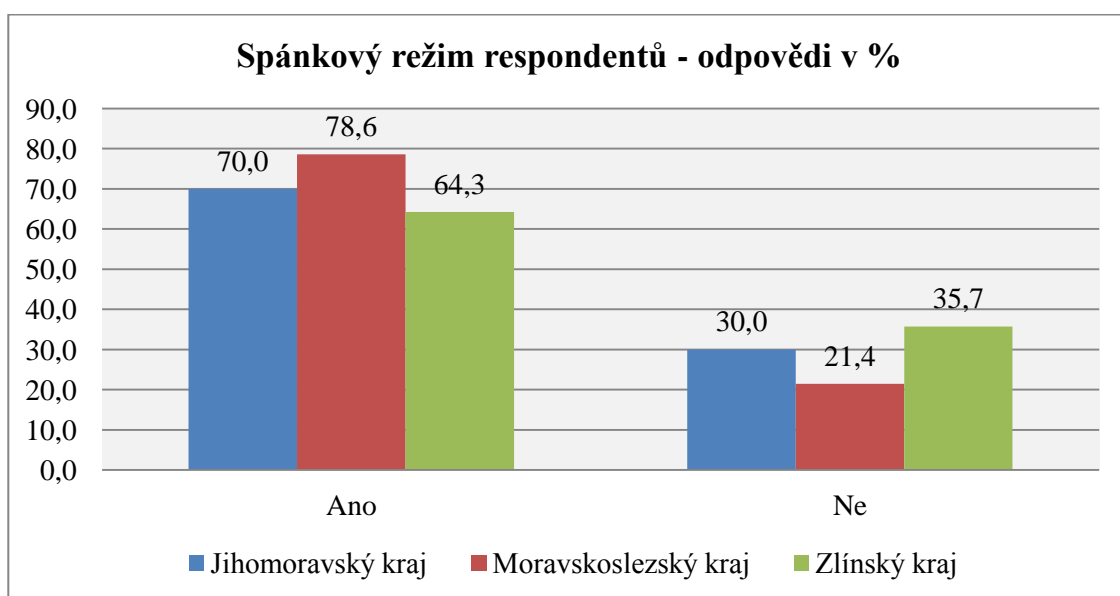
Z grafu vyplývá, že 35 respondentů z Jihomoravského kraje, 31 respondentů z Moravskoslezského kraje a 21 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňuje ovoce. 41 respondentů z Jihomoravského kraje, 39 respondentů z Moravskoslezského kraje a 39 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňuje zeleninu. 13 respondentů z Jihomoravského kraje, 9 re-

spondentů z Moravskoslezského kraje a 14 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňuje mléčné výrobky. 43 respondentů z Jihomoravského kraje, 30 respondentů z Moravskoslezského kraje a 44 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňuje maso. 12 respondentů z Jihomoravského kraje, 2 respondenti z Moravskoslezského kraje a 9 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňuje uzeniny. 30 respondentů z Jihomoravského kraje, 10 respondentů z Moravskoslezského kraje a 22 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňují přílohy. 17 respondentů z Jihomoravského kraje, 4 respondentů z Moravskoslezského kraje a 16 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňují kalorickou stravu. 10 respondentů z Jihomoravského kraje, 7 respondentů z Moravskoslezského kraje a 9 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňuje pečivo.

Otázka č. 30: Máte pravidelný spánkový režim?

Tab. 30 Spánkový režim respondentů

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	49	0,70	70,0	55	0,79	78,6	45	0,64	64,3
Ne	21	0,30	30,0	15	0,21	21,4	25	0,36	35,7
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 32 Spánkový režim respondentů

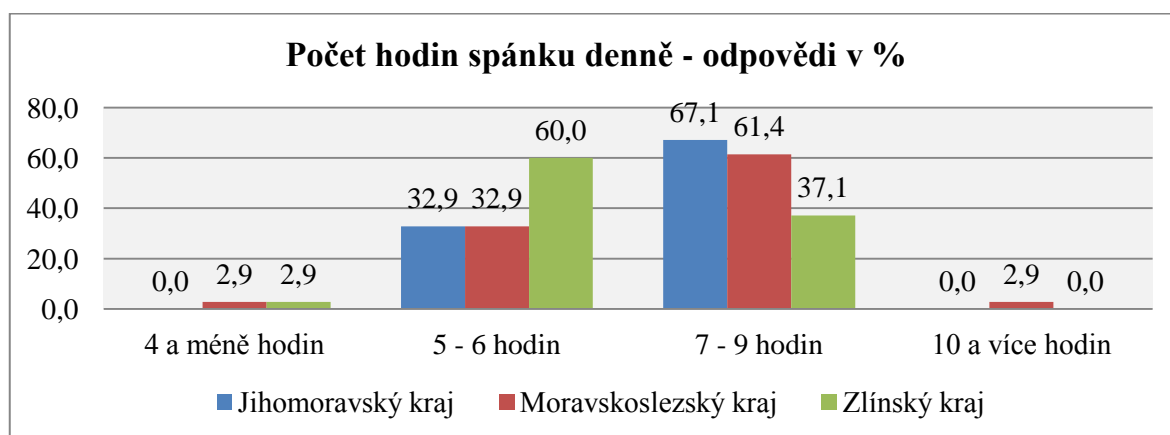
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 70,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 78,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 64,3 % respondentů ze Zlínského kraje má pravidelný spánkový režim. 30,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 21,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 35,7 % respondentů ze Zlínského kraje nemá pravidelný spánkový režim.

Otázka č. 31: Kolik hodin denně spíte?

Tab. 31 Počet hodin spánku denně

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
4 a méně hodin	0	0,00	0,0	2	0,03	2,9	2	0,03	2,9
5 - 6 hodin	23	0,33	32,9	23	0,33	32,9	42	0,60	60,0
7 - 9 hodin	47	0,67	67,1	43	0,61	61,4	26	0,37	37,1
10 a více hodin	0	0,00	0,0	2	0,03	2,9	0	0,00	0,0
Celkem	70	1,00	100	70	1,00	100	70	1,00	100



Graf 33 Počet hodin spánku denně

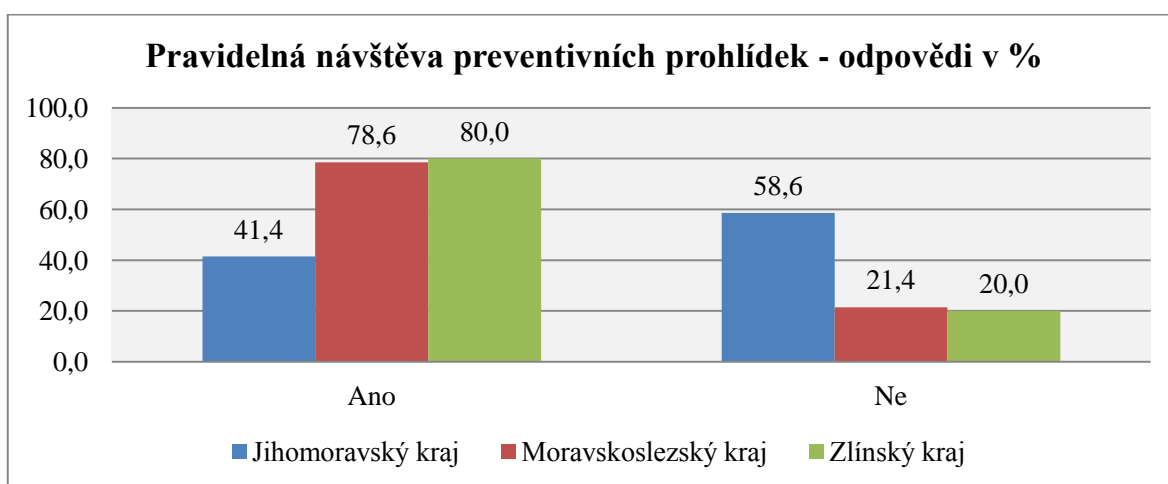
Komentář:

Z grafu vyplývá, že 4 a méně hodin spí 0,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje. 5 – 6 hodin spí 32,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 32,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 60,0 % respondentů ze Zlínského kraje. 7 – 9 hodin spí 67,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 61,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 37,1 % respondentů ze Zlínského kraje. 10 a více hodin spí 0,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 0,0 % respondentů ze Zlínského kraje.

Otázka č. 32: Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky?

Tab. 32 Pravidelná návštěva preventivních prohlídek

Možnosti	Jihomoravský kraj			Moravskoslezský kraj			Zlínský kraj		
	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%	Absolutní četnost	Relativní četnost	%
Ano	29	0,41	41,4	55	0,79	78,6	56	0,80	80,0
Ne	41	0,59	58,6	15	0,21	21,4	14	0,20	20,0
Celkem	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0	70	1,00	100,0



Graf 34 Pravidelná návštěva preventivních prohlídek

Komentář:

Z grafu vyplývá, že 41,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 78,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 80,0 % respondentů ze Zlínského kraje chodí na preventivní prohlídky. 58,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 21,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 20,0 % respondentů ze Zlínského kraje nechodí na preventivní prohlídky.

7 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech infarktu myokardu v Jihomoravském, Moravskoslezském a Zlínském kraji. Po stanovení cílů a za pomoci dotazníkového šetření jsem dospěla k následujícím závěrům týkajících se informovanosti o infarktu myokardu a jednotlivých rizikových faktorech. Dále jsem zjistila přístup laické veřejnosti k péči o vlastní zdraví a možný výskyt rizikových faktorů infarktu myokardu u laické veřejnosti.

V první části dotazníkového šetření byly zjištěny demografické údaje týkající se respondentů. Z celkového počtu 210 dotazovaných respondentů, z toho 70 respondentů z Jihomoravského kraje, 70 respondentů z Moravskoslezského kraje a 70 respondentů ze Zlínského kraje (viz Tab. 5, Graf 5) se dotazníkového výzkumu zúčastnilo 48,6 % mužů a 51,4 % žen z Jihomoravského kraje, 38,6 % mužů a 61,4 % žen z Moravskoslezského kraje a 54,3 % mužů a 45,7 % žen ze Zlínského kraje (viz Tab. 1, Graf 1).

Dotazníkového výzkumu se zúčastnilo ve věkové kategorii 18 – 25 let 21,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 7,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 11,4 % respondentů ze Zlínského kraje. Ve věkové kategorii 26 – 35 let se zúčastnilo 45,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 4,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 10,0 % respondentů ze Zlínského kraje. Ve věkové kategorii 36 – 45 let se zúčastnilo 15,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 18,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 27,1 % respondentů ze Zlínského kraje. Ve věkové kategorii 46 – 55 let se zúčastnilo 10,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 18,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 14,3 % respondentů ze Zlínského kraje. Ve věkové kategorii 56 – 65 let se zúčastnilo 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 11,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 20,0 % respondentů ze Zlínského kraje. Ve věkové kategorii 66 let a více se zúčastnilo 4,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 40,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 17,1 % respondentů ze Zlínského kraje (viz Tab. 2, Graf 2).

Dotazníkového výzkumu se zúčastnilo se základním vzděláním 0,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 8,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 4,3 % respondentů ze Zlínského kraje. Se středoškolským vzděláním bez maturity se zúčastnilo 8,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 17,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 24,3 % respondentů ze Zlínského kraje. Se středoškolským vzděláním s maturitou se zúčastnilo 30,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 40,0 % respondentů z Moravskoslezského

kraje a 45,7 % respondentů ze Zlínského kraje. S vyšším odborným vzděláním se zúčastnilo 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje. S Vysokoškolským vzděláním se zúčastnilo 58,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 31,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 20,0 % respondentů ze Zlínského kraje. Jako jiné vzdělání respondenti uváděli učební obor a ten činil 1,4 % v Moravskoslezském kraji a 4,3 % ve Zlínském kraji (viz Tab. 3, Graf 3).

V dotazníkovém výzkumu uvádělo zaměstnání 81,4 % respondentů v Jihomoravském kraji, 48,6 % respondentů v Moravskoslezském kraji a 80,0 % respondentů ve Zlínském kraji. Nezaměstnaných respondentů se zúčastnilo 2,9 % v Jihomoravském kraji a 1,4 % v Moravskoslezském kraji. Výzkumu se zúčastnilo 7,1 % studentů v Jihomoravském kraji, 4,3 % v Moravskoslezském kraji a 2,9 % ve Zlínském kraji. Důchodců se zúčastnilo 4,3 % v Jihomoravském kraji, 44,3 % v Moravskoslezském kraji a 17,1 % ve Zlínském kraji. Rodičovskou dovolenou uvádělo 4,3 % respondentů v Jihomoravském kraji a 1,4 % respondentů v Moravskoslezském kraji (viz Tab. 4, Graf 4).

Cíl č. 1 Zjistit znalosti laické veřejnosti o infarktu myokardu

Na otázku „Víte, co znamená infarkt myokardu?“ odpovědělo 14,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 14,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 12,9 % respondentů ze Zlínského kraje, že infarkt myokardu je porucha srdečního rytmu. Dále 4,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 7,1 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu je zánět srdeční svaloviny. 68,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 74,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 78,6 % respondentů ze Zlínského kraje se správně domnívá, že infarkt myokardu je odúmrt' srdeční svaloviny, zapříčiněná náhlým přerušením krevního toku. 12,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 10,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje uvedli, že neví, co je infarkt myokardu (viz Tab. 6, Graf 6).

Na otázku „Víte, jak infarkt myokardu vzniká?“ odpovědělo 5,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 0,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 11,4 % respondentů ze Zlínského kraje, že infarkt myokardu vzniká infekcí srdeční svaloviny. 65,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 80,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 58,6 % respondentů ze Zlínského kraje se správně domnívá, že infarkt myokardu vzniká ukládáním tukových plátů v cévách srdce. 7,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 10,0

% respondentů z Moravskoslezského kraje a 24,3 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu vzniká nepravidelnou činností srdce. 21,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 10,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 5,7 % respondentů ze Zlínského kraje uvedli, že neví, jak infarkt myokardu vzniká (viz Tab. 7, Graf 7).

80,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 94,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 85,7 % respondentů ze Zlínského kraje se správně domnívá, že infarkt myokardu se vyskytuje nejčastěji u mužského pohlaví. Pouze 5,7 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že infarkt myokardu se nejčastěji vyskytuje u ženského pohlaví. 20,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 5,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 8,6 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že neví, u jakého pohlaví se více vyskytuje infarkt myokardu (viz Tab. 8, Graf 8).

Na otázku „Znáte příčiny vyvolávající infarkt myokardu?“ uvádělo 55,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 67,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 71,4 % respondentů ze Zlínského kraje, že znají příčiny vyvolávající infarkt myokardu. Překvapivě 44,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 32,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 28,6 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že neznají příčiny, vyvolávající infarkt myokardu (viz Tab. 9, Graf 9). Nejčastější, respondenty uváděné rizikové faktory byly stres, kouření, obezita, vysoký krevní tlak, vysoký cholesterol, špatná životospráva, genetika a cukrovka. Stres, jako rizikový faktor uvádělo 19 respondentů z Jihomoravského kraje, 30 respondentů z Moravskoslezského kraje a 26 respondentů ze Zlínského kraje. Kouření, jako rizikový faktor uvádělo 16 respondentů z Jihomoravského kraje, 14 respondentů z Moravskoslezského kraje a 24 respondentů ze Zlínského kraje. Obezitu, jako rizikový faktor uvádělo 14 respondentů z Jihomoravského kraje, 13 respondentů z Moravskoslezského kraje a 19 respondentů ze Zlínského kraje. Vysoký krevní tlak, jako rizikový faktor uváděli 3 respondenti z Jihomoravského kraje, 19 respondentů z Moravskoslezského kraje a 7 respondentů ze Zlínského kraje. Vysoký cholesterol, jako rizikový faktor uvádělo 8 respondentů z Jihomoravského kraje, 20 respondentů z Moravskoslezského kraje a 18 respondentů ze Zlínského kraje. Špatnou životosprávu, jako rizikový faktor uvádělo 39 respondentů z Jihomoravského kraje, 18 respondentů z Moravskoslezského kraje a 30 respondentů ze Zlínského kraje. Genetiku, jako rizikový faktor uváděli 2 respondenti z Jihomoravského kraje, 1 respondent z Moravskoslezského kraje a 3 respondenti ze Zlínského kraje. Cukrovku, jako rizikový faktor uváděli pouze 3 respondenti z Moravskoslezského kraje a 1 respondent ze Zlínského kraje (viz Graf 10).

Na otázku „Víte, co znamená pojem ateroskleróza?“ uvedlo 40,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 84,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 62,9 % respondentů ze Zlínského kraje že ví, co znamená pojem ateroskleróza. Překvapivě 60,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 15,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 37,1 % respondentů ze Zlínského kraje neví, co pojem ateroskleróza znamená (viz Tab. 12, Graf 13).

Z výsledků dotazníkového výzkumu vyplývá, že nejlépe je informovaný Moravskoslezský kraj a Zlínský kraj. V Moravskoslezském kraji je dobrá informovanost o onemocnění infarktu myokardu, jeho příčinách a respondenti znají pojem ateroskleróza. Ve Zlínském kraji je dobrá informovanost o onemocnění infarktu myokardu a jeho příčinách, ale bylo by vhodné, zvýšit informovanost o ateroskleróze. Nejhorší informovanost je překvapivě v Jihomoravském kraji, kde je převaha vysokoškolsky vzdělaných respondentů (58,6 %). U respondentů v Jihomoravském kraji by se měla zvýšit informovanost o onemocnění infarktu myokardu, jeho příčinách a ateroskleróze.

Cíl č. 2 Zjistit přístup laické veřejnosti k péči o vlastní zdraví

Cílem otázky č. 19 bylo zjistit, jak respondenti pečují o své zdraví. Odpověď „Pravidelně se stravuji a dodržuji pitný režim“ zvolilo 42 respondentů z Jihomoravského kraje, 44 respondentů z Moravskoslezského kraje a 39 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Jím hodně ovoce a zeleniny“ zvolilo 33 respondentů z Jihomoravského kraje, 45 respondentů z Moravskoslezského kraje a 30 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Nekouřím“ zvolilo 49 respondentů z Jihomoravského kraje, 47 respondentů z Moravskoslezského kraje a 46 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Nepiji alkohol“ zvolilo 11 respondentů z Jihomoravského kraje, 24 respondentů z Moravskoslezského kraje a 16 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Sportuji“ zvolilo 42 respondentů z Jihomoravského kraje, 15 respondentů z Moravskoslezského kraje a 22 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Provádím relaxace (dostatečný odpočinek, dobrá nálada, relaxace pravidelným dýcháním aj.)“ zvolilo 23 respondentů z Jihomoravského kraje, 21 respondentů z Moravskoslezského kraje a 18 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Vyhýbám se stresu“ zvolilo 16 respondentů z Jihomoravského kraje, 17 respondentů z Moravskoslezského kraje a 14 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Chodím pravidelně na preventivní prohlídky“ zvolilo 19 respondentů z Jihomoravského kraje, 42 respondentů z Moravskoslezského kraje a 46 respondentů ze Zlínského kraje. V kategorii „Jiné“ jsou uvedeny faktory, jejichž

absolutní četnosti byly statisticky nevýznamné vzhledem k celkovému počtu odpovědi (viz Tab. 19, Graf 20).

Pro potlačení stresu uváděli respondenti možnosti: „Sport“ zvolilo 35 respondentů z Jihomoravského kraje, 14 respondentů z Moravskoslezského kraje a 19 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Procházky“ zvolilo 38 respondentů z Jihomoravského kraje, 41 respondentů z Moravskoslezského kraje a 40 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Četba“ zvolilo 26 respondentů z Jihomoravského kraje, 42 respondentů z Moravskoslezského kraje a 21 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Ruční práce“ zvolilo 14 respondentů z Jihomoravského kraje, 16 respondentů z Moravskoslezského kraje a 18 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Sledování TV“ označilo 22 respondentů z Jihomoravského kraje, 27 respondentů z Moravskoslezského kraje a 39 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Spánek“ zvolilo 47 respondentů z Jihomoravského kraje, 46 respondentů z Moravskoslezského kraje a 39 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Relaxační techniky (autogenní trénink, cvičení s dechem, odvedení pozornosti, Bensonova relaxační metoda...)“ zvolilo 5 respondentů z Jihomoravského kraje, 10 respondentů z Moravskoslezského kraje a 4 respondenti ze Zlínského kraje. Odpověď „Kontakt se zvířaty“ označilo 22 respondentů z Jihomoravského kraje, 20 respondentů z Moravskoslezského kraje a 25 respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Jiné“ označilo 6 respondentů z Jihomoravského kraje, 3 respondenti z Moravskoslezského kraje a 12 respondentů ze Zlínského kraje. Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce (viz Tab. 20, Graf 21).

Cílem otázky č. 24 bylo zjistit, jak často respondenti sportují. Denně sportuje 11,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 5,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje. Jednou týdně sportuje 18,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 7,1 % respondentů ze Zlínského kraje. Dvakrát týdně sportuje 21,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 11,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 17,1 % respondentů ze Zlínského kraje. Příležitostně sportuje 27,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 40,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 48,6 % respondentů ze Zlínského kraje. Nesportuje 5,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 38,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 22,9 % respondentů ze Zlínského kraje. Odpověď „Jiné“ zvolilo 15,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje. Všichni respondenti, kteří jsou uvedeni v kategorii „Jiné“ uvedli, že sportují 2 – 4x týdně (viz Tab. 24, Graf 26).

Na otázku „Jakou stravu upřednostňujete?“ odpovědělo 35 respondentů z Jihomoravského kraje, 31 respondentů z Moravskoslezského kraje a 21 respondentů ze Zlínského kraje, že upřednostňují ovoce. 41 respondentů z Jihomoravského kraje, 39 respondentů z Moravskoslezského kraje a 39 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňuje zeleninu. 13 respondentů z Jihomoravského kraje, 9 respondentů z Moravskoslezského kraje a 14 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňuje mléčné výrobky. 43 respondentů z Jihomoravského kraje, 30 respondentů z Moravskoslezského kraje a 44 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňuje maso. 12 respondentů z Jihomoravského kraje, 2 respondenti z Moravskoslezského kraje a 9 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňuje uzeniny. 30 respondentů z Jihomoravského kraje, 10 respondentů z Moravskoslezského kraje a 22 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňují přílohy. 17 respondentů z Jihomoravského kraje, 4 respondentů z Moravskoslezského kraje a 16 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňují kalorickou stravu. 10 respondentů z Jihomoravského kraje, 7 respondentů z Moravskoslezského kraje a 9 respondentů ze Zlínského kraje upřednostňuje pečivo (viz Tab. 29, Graf 31).

Pravidelný spánkový režim má 70,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 78,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 64,3 % respondentů ze Zlínského kraje. 30,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 21,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 35,7 % respondentů ze Zlínského kraje nemá pravidelný spánkový režim (viz Tab. 30, Graf 32).

Respondenti uváděli, že denně spí 4 a méně hodin 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje. 5 – 6 hodin spí 32,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 32,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 60,0 % respondentů ze Zlínského kraje. 7 – 9 hodin spí 67,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 61,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 37,1 % respondentů ze Zlínského kraje. 10 a více hodin spí 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje (viz Tab. 31, Graf 33).

Na pravidelné preventivní prohlídky chodí 41,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 78,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 80,0 % respondentů ze Zlínského kraje. Překvapivě 58,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 21,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 20,0 % respondentů ze Zlínského kraje nechodí na preventivní prohlídky (viz Tab. 32, Graf 34).

Cíl č. 3 Porovnat znalosti laické veřejnosti o jednotlivých rizikových faktorech infarktu myokardu

Na otázku „Myslíte si, že infarkt myokardu patří mezi geneticky přenosné choroby?“ odpovědělo správně 27,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 28,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 27,1 % respondentů ze Zlínského kraje, že infarkt myokardu patří mezi geneticky přenosné choroby. 50,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 54,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 57,1 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že infarkt myokardu nepatří mezi geneticky přenosné choroby. 22,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 17,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 15,7 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že neví, zda infarkt myokardu patří mezi geneticky přenosné choroby (viz Tab. 10, Graf 11).

Na otázku „Myslíte si, že hypertenze (vysoký krevní tlak) má negativní vliv na stav srdce a cév?“ odpovědělo 97,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 94,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 94,3 % respondentů ze Zlínského kraje, že hypertenze má negativní vliv na stav srdce a cév. 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že hypertenze nemá negativní vliv na stav srdce a cév. 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 4,3 % respondentů ze Zlínského kraje neví, zda má hypertenze negativní vliv na stav srdce a cév (viz Tab. 13, Graf 14).

Na otázku „Myslíte si, že vysoká hladina cholesterolu může zapříčinit vznik infarktu myokardu?“ odpovědělo 77,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 95,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 85,7 % respondentů ze Zlínského kraje, že vysoká hladina cholesterolu může zapříčinit vznik infarktu myokardu. 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje se domnívají, že vysoká hladina cholesterolu nemůže zapříčinit vznik infarktu myokardu. 20,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 4,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 14,3 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že neví, zda vysoká hladina cholesterolu může zapříčinit vznik infarktu myokardu (viz Tab. 15, Graf 16).

Na otázku „Myslíte si, že častá stresová zátěž může mít nepříznivý vliv na srdce a cévy?“ odpovědělo 97,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 94,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 100 % respondentů ze Zlínského kraje, že častá stresová zátěž může mít

nepříznivý vliv na srdce a cévy. Ani jeden respondent se nedomnívá, že častá stresová zátěž nemůže mít nepříznivý vliv na srdce a cévy. 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje a 5,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje neví, zda častá stresová zátěž může mít nepříznivý vliv na srdce a cévy (viz Tab. 16, Graf 17).

Na otázku „Myslíte si, že špatná životospráva může zapříčinit vznik infarktu myokardu?“ odpovědělo 92,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 97,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 97,1 % respondentů ze Zlínského kraje, že špatná životospráva může zapříčinit vznik infarktu myokardu. 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje a 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje se domnívají, že špatná životospráva nemůže zapříčinit vznik infarktu myokardu. 5,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje neví, zda může špatná životospráva zapříčinit vznik infarktu myokardu (viz Tab. 18, Graf 19).

Překvapující pro mne bylo zjištění, že 28,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 44,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 45,7 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že kouření způsobuje ochabování cév a jejich následné odumírání. 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje a 10,0 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že nikotin vyvolává záněty cév. Pouze 28,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 42,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 17,1 % respondentů ze Zlínského kraje se správně domnívá, že kouření naruší výstelku cév a ta se následně stává citlivější na škodlivé faktory. 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 1,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že kouření nemá vliv na cévy. 40,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 11,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 24,3 % respondentů ze Zlínského kraje neví, jak kouření působí na cévy (viz Tab. 22, Graf 23).

Na otázku, zda souvisí obezita s infarktem myokardu, odpovědělo 91,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 95,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 95,7 % respondentů ze Zlínského kraje, že obezita souvisí s infarktem myokardu. 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 4,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že obezita nesouvisí s infarktem myokardu. 5,7 % respondentů z Jihomoravského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje neví, zda obezita souvisí s infarktem myokardu (viz Tab. 25, Graf 27).

Na otázku „Myslíte si, že u pacientů s diabetem mellitem (cukrovkou) je vyšší riziko výskytu infarktu myokardu?“ odpovědělo 38,6 % respondentů z Jihomoravského kraje, 82,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 51,4 % respondentů ze Zlínského kraje, že u pacientů s diabetem mellitem je vyšší riziko výskytu infarktu myokardu. 11,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 2,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 7,1 % respondentů ze Zlínského kraje se domnívá, že u pacientů s diabetem mellitem není vyšší riziko výskytu infarktu myokardu. 50,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 14,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 41,4 % respondentů ze Zlínského kraje neví, zda je u pacientů s diabetem mellitem vyšší riziko výskytu infarktu myokardu (viz Tab. 27, Graf 29).

Z výsledků dotazníkového výzkumu vyplývá, že nejlépe je informovaný o rizikových faktorech infarktu myokardu Moravskoslezský kraj a Zlínský kraj. Respondenti v Moravskoslezském kraji mají ale nedostatek informací o genetických predispozicích a vlivu kouření. Respondenti ve Zlínském kraji mají nedostatek informací o genetických predispozicích, vlivu kouření a diabetu mellitu. Nejhůře je informován Jihomoravský kraj. V Jihomoravském kraji mají respondenti nedostatek informací o genetických predispozicích, vlivu kouření, diabetu mellitu a také o vlivu cholesterolu.

Cíl č. 4 Zjistit možný výskyt rizikových faktorů infarktu myokardu u laické veřejnosti

Na otázku, zda se vyskytuje infarkt myokardu u respondentů v rodině, odpovědělo 25,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 32,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 18,6 % respondentů ze Zlínského kraje, že se vyskytl infarkt myokardu v rodině. U 64,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 57,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 77,1 % respondentů ze Zlínského kraje se infarkt myokardu v rodině nevyskytl. 10,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 10,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 4,3 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že neví, zda se infarkt myokardu vyskytl v rodině (viz Tab. 11, Graf 12).

Hypertenzi trpí 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 34,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 34,3 % respondentů ze Zlínského kraje. 94,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 61,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 55,7 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že ne hypertenzi netrpí. 2,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 4,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 10,0 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že neví, zda trpí hypertenzí (viz Tab. 14, Graf 15).

Velkému stresu je ve svém zaměstnání vystaveno 50 % respondentů z Jihomoravského kraje, 48,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 57,1 % respondentů ze Zlínského kraje. 50 % respondentů z Jihomoravského kraje, 51,4 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 42,9 % respondentů ze Zlínského kraje uvedlo, že nejsou ve svém zaměstnání vystaveni velkému stresu (viz Tab. 17, Graf 18).

Sedavé zaměstnání má 82,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 37,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 44,3 % respondentů ze Zlínského kraje. 17,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 62,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 55,7 % respondentů ze Zlínského kraje sedavé zaměstnání nemá (viz Tab. 21, Graf 22).

Na otázku, zda respondenti kouří, uvedlo 10,0 % respondentů z Jihomoravského kraje, 12,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 17,1 % respondentů ze Zlínského kraje, že kouří cigarety. 14,3 % respondentů z Jihomoravského kraje, 10,0 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 11,4 % respondentů ze Zlínského kraje kouří příležitostně. 75,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 77,1 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 71,4 % respondentů ze Zlínského kraje nekouří (viz Tab. 23, Graf 24). 1 – 10 cigaret za den vykouří 2 respondenti z Jihomoravského kraje, 6 respondentů z Moravskoslezského kraje a 6 respondentů ze Zlínského kraje. 11 – 15 cigaret vykouří 4 respondenti z Jihomoravského kraje a 4 respondenti ze Zlínského kraje. 16 – 20 cigaret vykouří 1 respondent z Jihomoravského kraje a 3 respondenti z Moravskoslezského kraje. 21 – 25 cigaret vykouří 1 respondent ze Zlínského kraje (viz Graf 25).

Podle výpočtu BMI se výzkumu zúčastnilo s normální váhou 52,9 % respondentů z Jihomoravského kraje, 32,9 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 30,0 % respondentů ze Zlínského kraje. Nadváhu má 37,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 34,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 45,7 % respondentů ze Zlínského kraje. Obezitou I. stupně trpí 7,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 28,6 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 21,4 % respondentů ze Zlínského kraje. Obezitou II. stupně trpí 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje, 4,3 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 2,9 % respondentů ze Zlínského kraje. Obezitou III. stupně trpí 1,4 % respondentů z Jihomoravského kraje (viz Tab. 26, Graf 28).

Respondenti uváděli, že 1 – 2x denně se stravuje 5,7 % respondentů z Jihomoravského kraje, 5,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 1,4 % respondentů ze Zlínského kraje. 3 – 4x denně se stravuje 67,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 78,6 % re-

spondentů z Moravskoslezského kraje a 80,0 % respondentů ze Zlínského kraje. 5 a vícekrát se stravuje 27,1 % respondentů z Jihomoravského kraje, 15,7 % respondentů z Moravskoslezského kraje a 18,6 % respondentů ze Zlínského kraje (viz Tab. 28, Graf 30).

Z výsledků dotazníkového výzkumu vyplývá, že u respondentů v Jihomoravském kraji se vyskytují rizikové faktory infarktu myokardu. Mezi rizikové faktory patří u 25,7 % respondentů pozitivní rodinná anamnéza, velký stres v zaměstnání a sedavé zaměstnání. U 24,3 % respondentů aktivní nebo příležitostné kouření, BMI nad 25, u 30,0 % respondentů nepravidelný spánkový režim a zanedbávání pravidelných preventivních prohlídek. U respondentů v Moravskoslezském kraji se vyskytují rizikové faktory infarktu myokardu. Mezi rizikové faktory patří u 32,9 % respondentů pozitivní rodinná anamnéza, diagnostikovaná hypertenze, velký stres v zaměstnání, sedavé zaměstnání. Dále aktivní nebo příležitostné kouření u 22,9 % respondentů, příležitostné sportování nebo nesportování, BMI nad 25, u 21,4 % respondentů nepravidelný spánkový režim a u 21,4 % respondentů zanedbávání preventivních podmínek. U respondentů ve Zlínském kraji se také vyskytují rizikové faktory infarktu myokardu. Mezi rizikové faktory patří u 18,6 % respondentů pozitivní rodinná anamnéza, u 34,3 % respondentů diagnostikovaná hypertenze, příležitostné sportování nebo nesportování. Dále velký stres v zaměstnání, sedavé zaměstnání, aktivní nebo příležitostné kouření u 28,5 % respondentů, BMI nad 25, nepravidelný spánkový režim u 35,7 % respondentů a u pouze 20,0 % respondentů zanedbávání preventivních prohlídek. Výpočet BMI uveden v Příloze VII.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejméně informovaná je laická veřejnost v Jihomoravském kraji, kde se výzkumu zúčastnilo nejvíce respondentů ve věkové skupině 18 – 25 let a 26 – 35 let, tedy mladé populace. Alarmující je to, že se jedná o mladé lidi a především vysokoškolsky vzdělané, kteří nemají dostatečné informace o tak závažném onemocnění. Z toho důvodu jsem se rozhodla, že jako výstup bakalářské práce, navrhnu Všeobecné pojišťovně v Brně (se kterou spolupracuji) edukační program (v PowerPointu) – tento program bude určený studentům škol. Návrh edukačního programu bude sloužit současně i jako informační brožura pro zlepšení informovanosti vyšších věkových skupin ve všech krajích. Tato informační brožura bude poskytnuta Všeobecné pojišťovně, aby jejím prostřednictvím edukovala pacienty a klienty u obvodních lékařů a tím přispěla ke zlepšení informovanosti. Od části respondentů z Jihomoravského kraje se mi dostala zpětná vazba na prováděný výzkum, proto jim budou výsledky dotazníkového šetření poskytnuty. Návrh

prezentace edukačního programu na školách a zároveň informační brožura je uvedena v Příloze IX.

ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala anatomií a fyziologií srdce, onemocněním infarktu myokardu – definicí onemocnění, etiologií, vymezením jednotlivých rizikových faktorů, dělením infarktu myokardu, klinickým obrazem onemocnění. Dále jsem se věnovala diagnostice onemocnění, terapii, komplikacím, péči o pacienta po infarktu myokardu a prognózou. V poslední kapitole jsem zmiňovala ošetrovatelskou péči o pacienta s infarktem myokardu. Praktická část byla prováděna kvantitativní vědeckou metodou výzkumu za pomoci dotazníkového šetření. Zkoumaný vzorek tvořilo 210 respondentů z řad laické veřejnosti z Jihomoravského, Moravskoslezského a Zlínského kraje.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech infarktu myokardu v Jihomoravském, Moravskoslezském a Zlínském kraji.

Prvním cílem bylo zjistit znalosti laické veřejnosti o infarktu myokardu. Provedeným výzkumem jsem zjistila, že nejlépe informovaný je **Moravskoslezský kraj**. Ve **Zlínském kraji** je dobrá informovanost o onemocnění infarktu myokardu, ale bylo by vhodné zvýšit informovanost o ateroskleróze (37,1 % respondentů nezná pojem ateroskleróza). Nejhuře ve výzkumu dopadl **Jihomoravský kraj**. Respondenti nejsou dostatečně informováni o onemocnění infarktu myokardu, jeho příčinách a o ateroskleróze. Cíl č. 1 (Zjistit znalosti laické veřejnosti o infarktu myokardu) byl splněn.

Druhým cílem bylo zjistit přístup laické veřejnosti k péči o vlastní zdraví. Provedeným výzkumem jsem zjistila, že respondenti v **Jihomoravském kraji** nejčastěji pečují o své zdraví tím, že nekouří (uvedlo 49 respondentů), pravidelně se stravují a dodržují pitný režim a sportují (uvedlo 42 respondentů). Jako metody pro potlačení stresu respondenti nejčastěji uvádějí spánek (uvedlo 47 respondentů), procházky (uvedlo 38 respondentů) a sport (uvedlo 35 respondentů). Ze stravy nejčastěji respondenti v Jihomoravském kraji upřednostňují maso (uvedlo 43 respondentů), zeleninu (uvedlo 41 respondentů) a ovoce (uvedlo 35 respondentů). Pozitivním zjištěním bylo, že 67,2 % respondentů uvádí sportovní aktivitu. Pouze 27,1 % respondentů sportuje příležitostně a 5,7 % respondentů nesportuje vůbec. Zjistila jsem, že 70 % respondentů z Jihomoravského kraje má pravidelný spánkový režim a 67,1 % respondentů denně spí 7 – 9 hodin. Negativním zjištěním naopak bylo, že 58,6 % respondentů zanedbává pravidelné preventivní prohlídky. Provedeným výzkumem jsem zjistila, že respondenti v **Moravskoslezském kraji** nejčastěji pečují o své zdraví tím, že nekouří (uvedlo 47 respondentů), pravidelně se stravují – hodně ovoce a zeleniny (uved-

lo 45 respondentů) a pravidelně se stravují a dodržují pitný režim (uvedlo 44 respondentů). Jako metody pro potlačení stresu respondenti nejčastěji uvádějí spánek (uvedlo 46 respondentů), četbu (uvedlo 42 respondentů) a procházky (uvedlo 41 respondentů). Ze stravy nejčastěji respondenti v Moravskoslezském kraji upřednostňují zeleninu (uvedlo 39 respondentů), ovoce (uvedlo 31 respondentů) a maso (uvedlo 30 respondentů). Negativním zjištěním bylo to, že pouze 21,4 % respondentů uvádí sportovní aktivitu. Příležitostně sportuje 40,0 % respondentů, 38,6 % respondentů nesportuje vůbec. V Moravskoslezském kraji má pravidelný spánkový režim 78,6 % respondentů a denně spí 7 – 9 hodin 61,4 % respondentů. Na pravidelné preventivní prohlídky chodí 78,6 % respondentů. Provedeným výzkumem jsem zjistila, že respondenti ve **Zlínském kraji** nejčastěji pečují o své zdraví tím, že chodí na pravidelné preventivní prohlídky (uvedlo 46 respondentů), nekouří (uvedlo 46 respondentů) a pravidelně se stravují a dodržují pitný režim (uvedlo 39 respondentů). Jako metody pro potlačení stresu respondenti nejčastěji uvádějí procházky (uvedlo 40 respondentů), sledování TV (uvedlo 39 respondentů) a spánek (uvedlo 39 respondentů). Ze stravy nejčastěji respondenti ve Zlínském kraji upřednostňují maso (uvedlo 44 respondentů), zeleninu (uvedlo 39 respondentů) a ovoce (uvedlo 21 respondentů). Negativním zjištěním bylo to, že pouze 28,5 % respondentů uvádí sportovní aktivitu. Příležitostně sportuje 48,6 % respondentů, 22,9 % respondentů nesportuje. Ve Zlínském kraji má pravidelný spánkový režim 64,3 % respondentů a 60,0 % respondentů uvedlo, že spí 5 – 6 hodin denně. Na pravidelné preventivní prohlídky chodí 80,0 % respondentů. Cíl č. 2 (Zjistit přístup laické veřejnosti k péči o vlastní zdraví) byl splněn.

Třetím cílem bylo porovnat znalosti laické veřejnosti o jednotlivých rizikových faktorech infarktu myokardu. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nejlépe informováni o rizikových faktorech infarktu myokardu jsou respondenti v **Moravskoslezském kraji**, ale zároveň mají nedostatek informací o genetických predispozicích a vlivu kouření. Respondenti ve **Zlínském kraji** mají nedostatek informací o genetických predispozicích, vlivu kouření a diabetu mellitu. Nejhorší informovanost je v **Jihomoravském kraji**, kde mají respondenti nedostatek informací o genetických predispozicích, vlivu kouření, diabetu mellitu a také o vlivu cholesterolu. Cíl č. 3 (Porovnat znalosti laické veřejnosti o jednotlivých rizikových faktorech infarktu myokardu) byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo zjistit možný výskyt rizikových faktorů infarktu myokardu u laické veřejnosti. Rizikové faktory infarktu myokardu se shodně vyskytují u respondentů ve všech krajích – v **Jihomoravském, Moravskoslezském i Zlínském kraji**. Oslovení

respondenti ze všech krajů udávají shodně jako rizikové faktory velký stres v zaměstnání, sedavé zaměstnání, někteří udávají aktivní nebo příležitostní kouření, nepravidelný spánkový režim, BMI nad 25. V **Jihomoravském kraji** respondenti udávají, že pozitivní rodinná anamnéza je u 25,7 % dotazovaných, u 30,0 % respondentů jsou zanedbávány preventivní prohlídky. V **Moravskoslezském kraji** respondenti uvádějí, že pozitivní rodinná anamnéza je u 32,9 % dotazovaných, navíc je u respondentů diagnostikovaná i hypertenze. Ve **Zlínském kraji** respondenti udávají, že pozitivní rodinná anamnéza je u 18,6 % dotazovaných, navíc je u respondentů stejně jako v Moravskoslezském kraji diagnostikovaná hypertenze. Cíl č. 4 (Zjistit možný výskyt rizikových faktorů infarktu myokardu u laické veřejnosti) splněn.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že je o této problematice nejméně informovaná laická veřejnost v **Jihomoravském kraji**, kde se průzkumu zúčastnilo nejvíce respondentů ve věkové kategorii 18 – 25 let a 26 – 35 let. Nejlépe informovaní respondenti jsou v **Moravskoslezském kraji**, kde se výzkumu zúčastnilo nejvíce respondentů ve věkové kategorii 66 a více let. Ve **Zlínském kraji** je relativně dobrá informovanost, ale všichni respondenti nemají ucelené informace. Proto by bylo vhodné informovanost zlepšit. Výzkumu v tomto kraji se zúčastnilo nejvíce respondentů ve věkové kategorii 36 – 45 let. Z celkového posouzení výsledků výzkumu je zřejmé, že laická veřejnost je informována až ve vyšším věku, kdy změna životního stylu má již minimální pozitivní efekt na zdraví. Z tohoto důvodu je žádoucí, zaměřit se na informovanost studentů na školách. Lze předpokládat, že větší informovanost v mladším věku může pozitivně ovlivnit životní styl mladé generace, který povede ke zlepšení celkového zdraví ve starším věku, pomůže snížit výskyt cévních onemocnění a infarktu myokardu. Proto navrhuji Všeobecné pojišťovně v Brně (se kterou spolupracuji), aby se zaměřila na edukaci mladých lidí, formou vzdělávacího programu. Ten přinese více informací o této rozšířené civilizační chorobě. Edukační program na školách bych volila proto, že z šetření vyplynulo, že mladí lidé zanedbávají pravidelné preventivní prohlídky, proto oslovit tuto cílovou skupinu vytvořením informační brožury u praktických lékařů není vhodné. Brožura je naopak žádoucí pro zlepšení informovanosti vyšších věkových skupin ve všech krajích, kteří naopak lékaře navštěvují. Z výzkumu totiž vyplynulo, že ač vyšší věková skupina informace o onemocnění má, tak přesto nejsou kompletní a ucelené. Proto bylo by žádoucí informovanost těchto cílových skupin rovněž zlepšit. Z tohoto důvodu jsem vytvořila návrh edukačního programu v PowerPointu, který bude současně sloužit i jako informační brožura. Její návrh bude po-

skytnut Všeobecné zdravotní pojišťovně, aby jí oslovila pacienty a klienty u obvodních lékařů a přispěla tím ke zlepšení informovanosti laické veřejnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADÁMKOVÁ, Věra. Realita dodržování stravovacích doporučení v praxi – strava jako prevence civilizačních chorob. *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 11, s. 427–430. ISSN 1212–7299.
- [2] BENOWITZ, Neal a Judith PROCHASKA. Smoking Cessation After Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2013, vol. 61, no. 5, s. 533–535. ISSN 0735–1097.
- [3] BUCKLEY, Leonard a Tanja SCHUB, 2012. *Quick lesson about: Acute Myocardial Infarction*. In: Cinahl Information Systems [online]. 2012 March 9 [cit. 2013–06–10]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.proxy.k.utb.cz/ehost/detail?sid=8f401233-df91-4235-99df-276ddae056b6%40sessionmgr115&vid=9&hid=120&data=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=5000002415>
- [4] BULTAS, Jan. In: KLENER, Pavel et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978–80–7262–705–9.
- [5] BUSS, Jaime, 2013. *Kardiologie pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–4083–6.
- [6] ČEŠKA, Richard a Jan MALÍK. In: ČEŠKA, Richard a kol., 2010. *Interna*. Praha: Triton. ISBN 978–80–7387–423–0.
- [7] ČIHÁK, Radomír, 2004. *Anatomie 3*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 80–247–1132–X.
- [8] DANZIG, Vilém, Stanislav ŠIMEK a Renáta ŠIMKOVÁ a kol., 2006. *Ischemická choroba srdeční u diabetiků*. Praha: Maxdorf. ISBN 80–7345–079–8.
- [9] DÍTĚ, Petr et al., 2007. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978–80–7262–496–6.
- [10] ELIŠKOVÁ, Miloslava a Ondřej NAŇKA, 2009. *Přehled anatomie*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978–80–7262–612–0.
- [11] GROCH, Ladislav a Ota HLINOMAZ. In: SOUČEK, Miroslav et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–2110–1.
- [12] HERDMAN, T., 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012–2014*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–4328–8.

- [13] HLINOMAZ, Ota. In: ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC a kol., 2003. *Ischemická choroba srdeční*. Praha: Grada. ISBN 80–247–0500–1.
- [14] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–2713–4.
- [15] MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL, 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–1521–6.
- [16] NAVRÁTIL, Josef a Alena POSPÍŠILOVÁ. In: NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–2319–8.
- [17] NEJEDLÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–1148–5.
- [18] PÍTHA, Jan. Rizikové faktory aterosklerózy u žen. *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 6, s. 241. ISSN 1212–7299.
- [19] ŘEHOŘOVÁ, Jarmila a Eliška SOVOVÁ, 2004. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80–247–1009–9.
- [20] SOŠKA, V. In: ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC a kol., 2003. *Ischemická choroba srdeční*. Praha: Grada. ISBN 80–247–0500–1.
- [21] SOVOVÁ, Eliška. Stabilní angina pectoris – nové trendy v léčbě. *Interní medicína pro praxi*. 2012, roč. 14, č. 8 a 9, s. 300. ISSN 1212–7299.
- [22] SOVOVÁ, Eliška a kol., 2006. *EKG pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80–247–1542–2.
- [23] ŠPAČEK, Rudolf a Petr WIDIMSKÝ, 2003. *Infarkt myokardu*. Praha: Galén. ISBN 80–7262–197–1.
- [24] ŠPINAR, Jindřich. Možnosti léčby hypertenze u nemocných s ischemickou chorobou srdeční. *Interní medicína pro praxi*. 2012, roč. 14, č. 2, s. 59. ISSN 1212–7299.
- [25] ŠPINAR, Jindřich, Lenka ŠPINAROVÁ a Jiří VÍTOVEC. Farmakoterapie po infarktu myokardu. *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 10, s. 378–380. ISSN 1212–7299.
- [26] TROJAN, Stanislav a kol., 2003. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 80–247–0512–5.

-
- [27] TŘEŠKA, Ladislav a kol., 2003. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0239-8.
- [28] VINAY, Joshi, 2007. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-211-9.
- [29] VOJÁČEK, Jan, 2011. *Akutní kardiologie*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2479-2.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BMI	body mass index
Ca ²⁺	vápník
CK	kreatinkináza
cm	centimetr
CT	výpočetní tomografie
č.	číslo
EKG	elektrokardiogram
g	gram
HDL	high-density lipoprotein
ICHS	ischemická choroba srdeční
K ⁺	draslík
kg	kilogram
LDL	low-density lipoprotein
m	metr
mg	miligram
ml	mililitr
mm Hg	milimetr rtuťového sloupce
mmol/l	milimol na litr
mV	milivolt
Na ⁺	sodík
NMR	nukleární magnetická rezonance
PCI	perkutánní koronární intervence
PET	pozitronová emisní tomografie
μm	mikrometr

°C stupeň Celsia

TV televize

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	42
Graf 2 Věk respondentů	43
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	45
Graf 4 Rozdělení respondentů	47
Graf 5 Místo bydliště respondentů.....	48
Graf 6 Znalosti pojmu infarkt myokardu	49
Graf 7 Znalosti o vzniku infarktu myokardu	51
Graf 8 Pohlaví a výskyt infarktu myokardu.....	53
Graf 9 Znalosti respondentů o příčinách infarktu myokardu.....	54
Graf 10 Nejčastější uváděné příčiny	54
Graf 11 Informovanost respondentů o genetických predispozicích	56
Graf 12 Informovanost respondentů o rodinné anamnéze	57
Graf 13 Informovanost respondentů o pojmu ateroskleróza	58
Graf 14 Vliv hypertenze na stav srdce a cév	59
Graf 15 Výskyt hypertenze u respondentů	60
Graf 16 Vysoká hladina cholesterolu a vznik infarktu myokardu	61
Graf 17 Vliv stresu na srdce a cévy	62
Graf 18 Stres v zaměstnání	63
Graf 19 Vliv špatné životosprávy na vznik infarktu myokardu.....	64
Graf 20 Péče respondentů o zdraví	65
Graf 21 Využívané metody k potlačení stresu.....	67
Graf 22 Sedavé zaměstnání respondentů	69
Graf 23 Vliv kouření na stav cév	70
Graf 24 Kuřáctví u respondentů.....	72
Graf 25 Počet denně vykouřených cigaret.....	72
Graf 26 Respondenti a sport	74
Graf 27 Vliv obezity na vznik infarktu myokardu.....	76
Graf 28 BMI respondentů	77
Graf 29 Vliv diabetu mellitu na vznik infarktu myokardu	79
Graf 30 Stravování respondentů	80
Graf 31 Upřednostňovaná strava	81
Graf 32 Spánkový režim respondentů	83

Graf 33 Počet hodin spánku denně	84
Graf 34 Pravidelná návštěva preventivních prohlídek.....	85

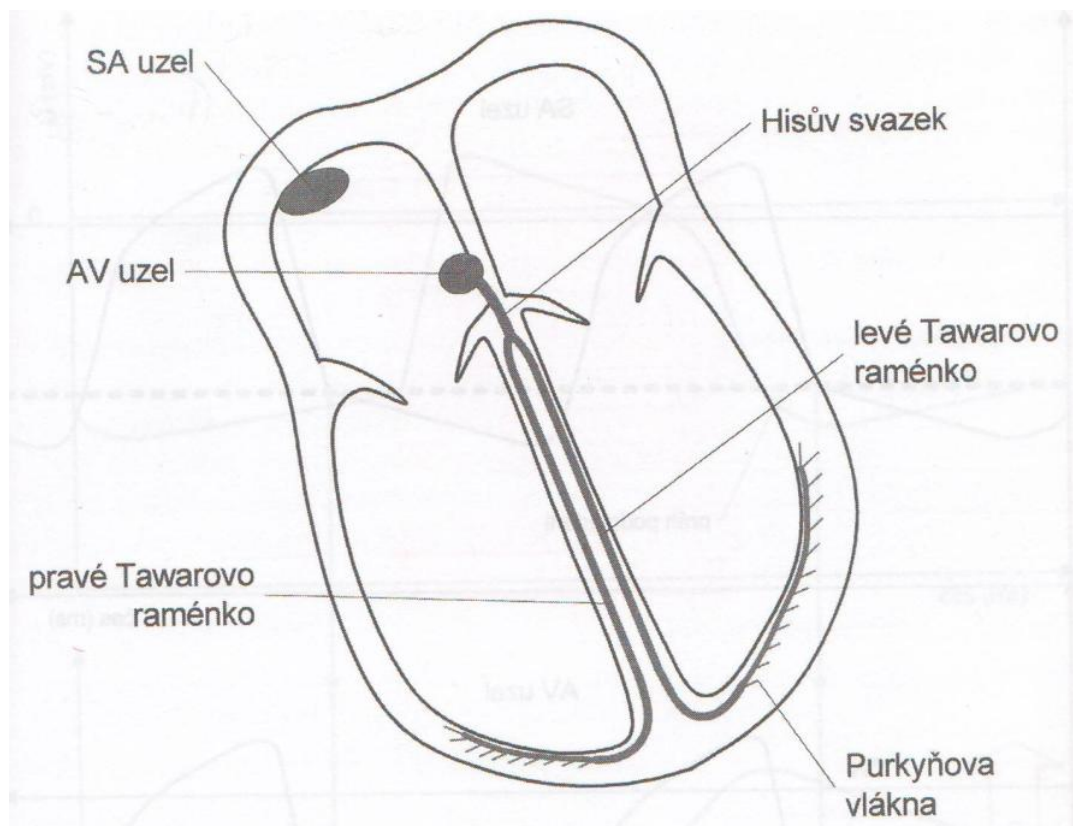
SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Pohlaví respondentů	42
Tab. 2 Věk respondentů	43
Tab. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	45
Tab. 4 Rozdělení respondentů	47
Tab. 5 Místo bydliště respondentů.....	48
Tab. 6 Znalosti pojmu infarkt myokardu	49
Tab. 7 Znalosti o vzniku infarktu myokardu	51
Tab. 8 Pohlaví a výskyt infarktu myokardu.....	53
Tab. 9 Znalosti respondentů o příčinách infarktu myokardu.....	54
Tab. 10 Informovanost respondentů o genetických predispozicích	56
Tab. 11 Informovanost respondentů o rodinné anamnéze	57
Tab. 12 Informovanost respondentů o pojmu ateroskleróza.....	58
Tab. 13 Vliv hypertenze na stav srdce a cév.....	59
Tab. 14 Výskyt hypertenze u respondentů.....	60
Tab. 15 Vysoká hladina cholesterolu a vznik infarktu myokardu	61
Tab. 16 Vliv stresu na srdce a cévy	62
Tab. 17 Stres v zaměstnání	63
Tab. 18 Vliv špatné životosprávy na vznik infarktu myokardu.....	64
Tab. 19 Péče respondentů o zdraví	65
Tab. 20 Využívané metody k potlačení stresu	67
Tab. 21 Sedavé zaměstnání respondentů	69
Tab. 22 Vliv kouření na stav cév	70
Tab. 23 Kuřáctví u respondentů.....	72
Tab. 24 Respondenti a sport	74
Tab. 25 Vliv obezity na vznik infarktu myokardu.....	76
Tab. 26 BMI respondentů	77
Tab. 27 Vliv diabetu mellitu na vznik infarktu myokardu	79
Tab. 28 Stravování respondentů	80
Tab. 29 Upřednostňovaná strava	81
Tab. 30 Spánkový režim respondentů.....	83
Tab. 31 Počet hodin spánku denně	84
Tab. 32 Pravidelná návštěva preventivních prohlídek.....	85

SEZNAM PŘÍLOH

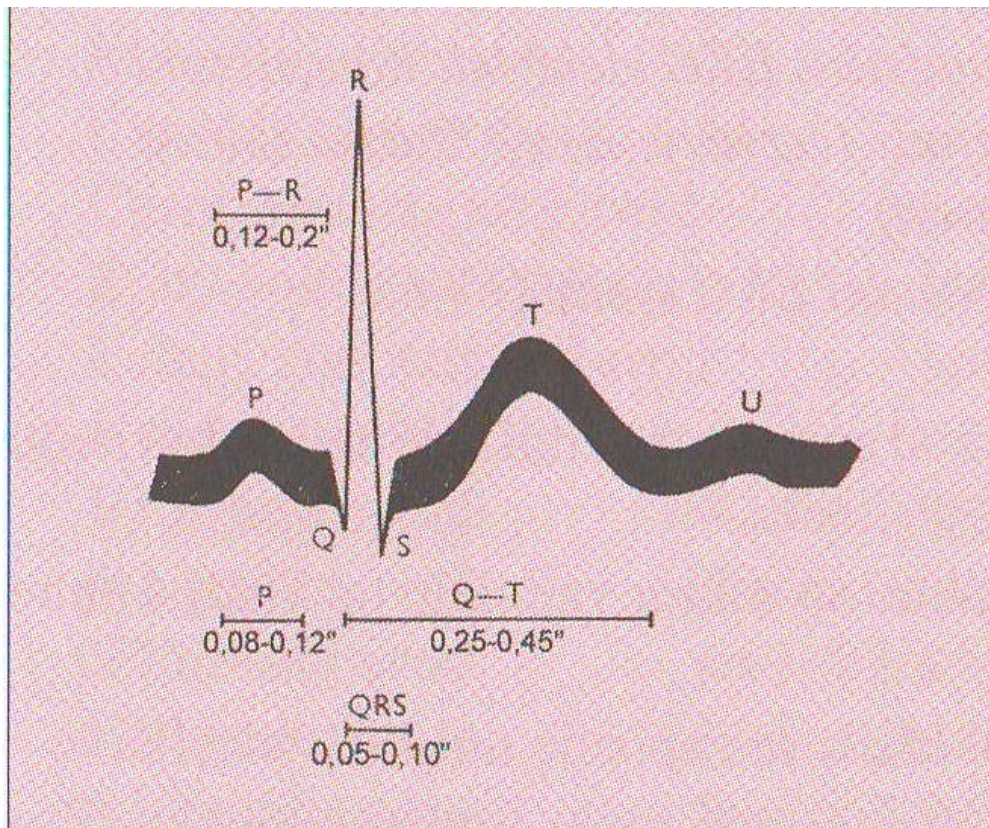
- P I Převodní systém srdeční
- P II EKG křivka
- P III Ateroskleróza
- P IV Akutní STEMI přední stěny
- P V Doporučení pro trénink při kardiologických onemocněních
- P VI Stravovací pyramida
- VII Výpočet BMI
- VIII Dotazník
- IX Návrh prezentace edukačního programu a informační brožury

PŘÍLOHA P I: PŘEVODNÍ SYSTÉM SRDEČNÍ



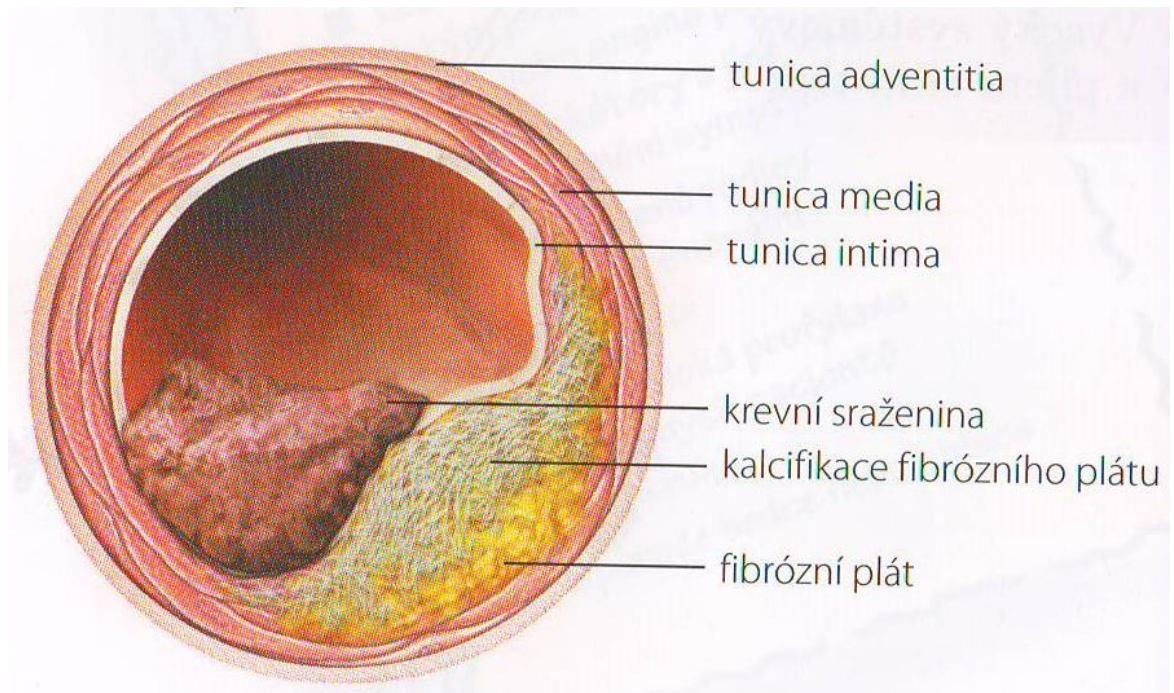
P I Převodní systém srdeční (Trojan, 2003, s. 223)

PŘÍLOHA P II: EKG KŘIVKA



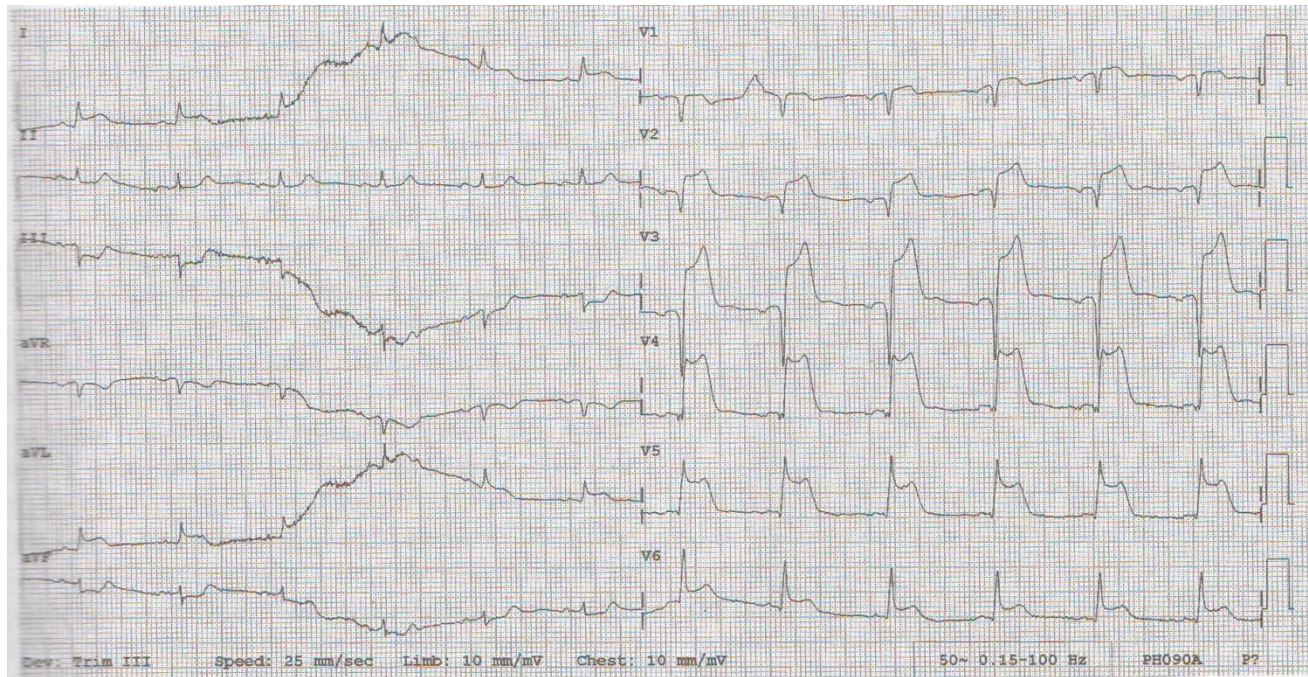
P II EKG křivka (Sovová, 2006, s. 18)

PŘÍLOHA P III: ATEROSKLERÓZA



P III Ateroskleróza (Buss, 2013, s. 168)

PŘÍLOHA P IV: AKUTNÍ STEMI PŘEDNÍ STĚNY



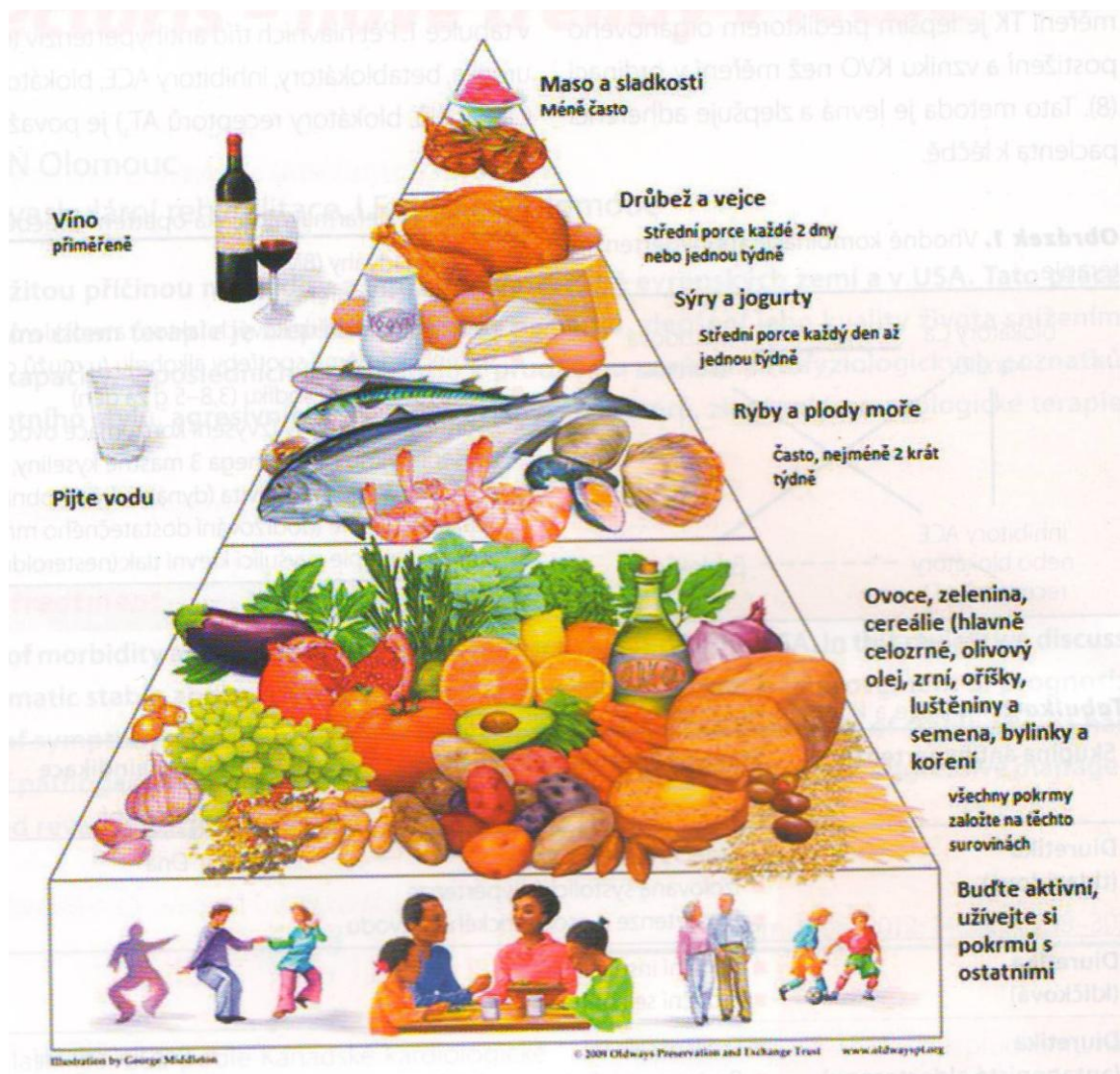
P IV Akutní STEMI přední stěny (Češka, 2010, s. 71)

PŘÍLOHA P V: DOPORUČENÍ PRO TRÉNINK PŘI KARDIOLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍCH

Onemocnění	Doporučení	Intenzita zátěže při tréninku
Po akutním koronárním syndromu, po primární PCI.	<ul style="list-style-type: none"> • Všem pacientům, u rizikových pod lékařským dohledem. • 30 minut, 5 dní/týden, aerobní cvičení. 	<ul style="list-style-type: none"> • 70 – 85 % maximální dosažené tepové frekvence nebo 70 – 85 % tepové frekvence vyvolávající ischemii.
Stabilní ICHS, po elektivní PCI.	<ul style="list-style-type: none"> • Rizikovní pacienti začátek pod lékařským dohledem. 	<ul style="list-style-type: none"> • 50 % maximální dosažené tepové frekvence u vysoce rizikových pacientů.
Po kardiochirurgické operaci.	<ul style="list-style-type: none"> • Začátek brzy v nemocnici (lázně). Zatěžování trupu po zhojení jizvy. Individuálně nastavit podle typu operace. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doplnit silovým tréninkem.

P V Doporučení pro trénink při kardiologických onemocněních (Sovová, 2012, s. 300)

PŘÍLOHA P VI: STRAVOVACÍ PYRAMIDA



P VI Stravovací pyramida (Sovová, 2013, s. 300)

PŘÍLOHA P VII: VÝPOČET BMI

$$\text{BMI} = \text{váha (kg)} \times \text{výška}^{-2} (\text{m}^{-2})$$

<i>BMI</i>	<i>Tělesný stav</i>
< 18,5	podváha
18,5–24,9	normální hmotnost
25,0–29,9	nadváha
30,0–34,9	obezita I. stupně
35,0–39,9	obezita II. stupně
> 40	obezita III. stupně (těžká, morbidní obezita)

P VII Výpočet BMI (Navrátil a kol., 2008, s. 29–30)

PŘÍLOHA P VIII: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Vážená respondentko, respondente,

jmenuji se Klára Mazůrková a jsem studentkou 3. ročníku na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně, studijní program Ošetřovatelství, studijní obor Všeobecná sestra.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na zjištění vědomostí o onemocnění infarktu myokardu a o rizikových faktorech této choroby. Téma mé bakalářské práce je „*Informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech infarktu myokardu*“. Tento dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze pro účely mé bakalářské práce.

Níže uvedené otázky kroužkujte nebo запиšte odpověď do vyznačeného pole. Výjimkou jsou otázky číslo 19 a 20, u kterých můžete zakroužkovat více správných odpovědí.

Děkuji za Váš čas a vyplnění pravdivých informací v dotazníku.

Klára Mazůrková

1.) Uved'te pohlaví:

- a.) Muž
- b.) Žena

2.) Věk:

- a.) 18 – 25 let
- b.) 26 – 35 let
- c.) 36 – 45 let
- d.) 46 – 55 let
- e.) 56 – 65 let
- f.) 66 let a více

3.) Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a.) Základní
- b.) Středoškolské bez maturity
- c.) Středoškolské s maturitou
- d.) Vyšší odborné
- e.) Vysokoškolské
- f.) Jiné

4.) Jste:

- a.) Zaměstnaný(á)
- b.) Nezaměstnaný(á)
- c.) Student
- d.) Důchodce
- e.) Na rodičovské dovolené

5.) Místo bydliště:

- a.) Jihomoravský kraj
- b.) Moravskoslezský kraj
- c.) Zlínský kraj

6.) Víte, co znamená infarkt myokardu?

- a.) Infarkt myokardu je porucha srdečního rytmu
- b.) Infarkt myokardu je zánět srdeční svaloviny
- c.) Infarkt myokardu je odúmrť srdeční svaloviny, zapříčiněná náhlým přerušením krevního toku
- d.) Nevím

7.) Víte, jak infarkt myokardu vzniká?

- a.) Infarkt myokardu vzniká infekcí srdeční svaloviny
- b.) Infarkt myokardu vzniká ukládáním tukových plátů v cévách srdce
- c.) Infarkt myokardu vzniká nepravidelnou činností srdce
- d.) Nevím

8.) Víte, u kterého pohlaví se více vyskytuje infarkt myokardu?

- a.) Muži
- b.) Ženy
- c.) Nevím

9.) Znáte příčiny vyvolávající infarkt myokardu?

- a.) Ano, jaké?
- b.) Ne

10.) Myslíte si, že infarkt myokardu patří mezi geneticky přenosné choroby?

- a.) Ano
- b.) Ne
- c.) Nevím

11.) Vyskytuje se infarkt myokardu u Vás v rodině?

- a.) Ano
- b.) Ne
- c.) Nevím

12.) Víte, co znamená pojem ateroskleróza?

- a.) Ano
- b.) Ne

13.) Myslíte si, že hypertenze (vysoký krevní tlak) má negativní vliv na stav srdce a cév?

- a.) Ano
- b.) Ne
- c.) Nevím

14.) Trpíte hypertenzí (vysokým krevním tlakem)?

- a.) Ano
- b.) Ne
- c.) Nevím

15.) Myslíte si, že vysoká hladina cholesterolu může zapříčinit vznik infarktu myokardu?

- a.) Ano
- b.) Ne
- c.) Nevím

16.) Myslíte si, že častá stresová zátěž může mít nepříznivý vliv na srdce a cévy?

- a.) Ano
- b.) Ne
- c.) Nevím

17.) Jste ve svém zaměstnání vystaveni velkému stresu?

- a.) Ano
- b.) Ne

18.) Myslíte si, že špatná životospráva může zapříčinit vznik infarktu myokardu?

- a.) Ano
- b.) Ne
- c.) Nevím

19.) Jak pečujete o své zdraví? (Lze uvést více možností)

- a.) Pravidelně se stravuji a dodržuji pitný režim
- b.) Jím hodně ovoce a zeleniny
- c.) Nekouřím
- d.) Nepiji alkohol
- e.) Sportuji
- f.) Provádím relaxace (dostatečný odpočinek, dobrá nálada, relaxace pravidelným dýcháním aj.)
- g.) Vyhýbám se stresu
- h.) Chodím pravidelně na preventivní prohlídky
- i.) Jiné

20.) Jaké metody používáte pro potlačení stresu? (Lze uvést více možností)

- a.) Sport
- b.) Procházky
- c.) Četba
- d.) Ruční práce
- e.) Sledování TV
- f.) Spánek
- g.) Relaxační techniky (autogenní trénink, cvičení s dechem, odvedení pozornosti, Bensonova relaxační metoda...)
- h.) Kontakt se zvířaty
- i.) Jiné

21.) Máte sedavé zaměstnání?

- a.) Ano
- b.) Ne

22.) Víte, jak kouření působí na cévy?

- a.) Kouření způsobuje ochabování cév a jejich následné odumírání
- b.) Nikotin vyvolává záněty cév
- c.) Kouření naruší výstelku cév a ta se následně stává citlivější na škodlivé faktory
- d.) Kouření nemá vliv na cévy
- e.) Nevím

23.) Kouříte?

- a.) Ano, kolik cigaret denně?
- b.) Příležitostně
- c.) Ne

24.) Jak často sportujete?

- a.) Denně
- b.) Jednou týdně
- c.) Dvakrát týdně
- d.) Příležitostně
- e.) Nesportuji
- f.) Jiné

25.) Myslíte si, že obezita souvisí s infarktem myokardu?

- a.) Ano
- b.) Ne
- c.) Nevím

26.) Uveďte prosím svou váhu a výšku:

Váha:

Výška:

27.) Myslíte si, že u pacientů s diabetem mellitem (cukrovkou) je vyšší riziko výskytu infarktu myokardu?

- a.) Ano
- b.) Ne
- c.) Nevím

28.) Kolikrát denně se stravujete?

- a.) 1 – 2x
- b.) 3 – 4x
- c.) 5 a vícekrát
- d.) Jiné

29.) Jakou stravu upřednostňujete? (Prosím vypište)

.....
.....
.....

30.) Máte pravidelný spánkový režim?

- a.) Ano
- b.) Ne

31.) Kolik hodin denně spíte?

- a.) 4 a méně hodin
- b.) 5 – 6 hodin
- c.) 7 – 9 hodin
- d.) 10 a více hodin

32.) Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky?

- a.) Ano
- b.) Ne

PŘÍLOHA P IX: NÁVRH PREZENTACE EDUKAČNÍHO PROGRAMU A INFORMAČNÍ BROŽURY



Infarkt myokardu

*„Zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme.“
Latinské přísloví*

Díky dnešní velmi úspěšné době je infarkt myokardu jednou z nejčastějších a nejmáznějších civilizačních chorob, které podléhá až 6500 osob ročně.

Zpracovala: Klára Mazúrková




Co je infarkt myokardu?

- Akutní infarkt myokardu je místní nekróza (odúmrť) srdečního svalu, která je vyvolaná uzavěrem koronární tepny a poruchou prokrvení.
- Nejčastější příčinou infarktu myokardu je **ateroskleróza** – změny v tepnách, způsobené nahromaděním tuků, cukrů, krevních buněk, vaziva a vápníků.




Diagram illustrating the process of atherosclerosis and blood clot formation. The top part shows a **postižená tepna** (affected artery) with a **tukový plát** (fatty plaque) narrowing the vessel. The bottom part shows a **zablokovaná tepna** (blocked artery) with a **krevní sraženina** (blood clot) completely obstructing the vessel.



Koronární tepnu může uzavřít:

- Trombus** – krevní sraženina;
- Embolus** – cizí útvar cirkulující v krvi;
- Stah cévy** – postihuje aterosklerózou narušené cévy;
- Aterosklerotický plát** – tuková vrstva, nasedající na stěnu cévy.



Příznaky infarktu myokardu

- Silná, náhlá a svíravá bolest za hrudní kostí trvající déle než 20 minut. Tato bolest obvykle postupuje do levé horní končetiny až do malíku, do krku a dolní čelisti.


Dalšími příznaky jsou:

- Úzkost, strach ze smrti, bledost;
- Nevolnost, zvracení, z počátku pomalá, později zvýšená tepová frekvence;
- Nepřavidelný srdeční rytmus, vysoký i nízký krevní tlak, zvýšená tělesná teplota;



- Dušnost, zmatenost;
- Ztráta vědomí;
- Chladné končetiny;
- Studený pot.

Asi u 10 % nemocných proběhne infarkt myokardu bez příznaků (tzv. němý infarkt). Tento druh srdečního infarktu se náhodně prokáže na EKG vyšetření.



Rizikové faktory infarktu myokardu


- Kouření
 - Cigaretový kouř vyvolává zhoršenou funkci výstelky cév, stah cév, aktivaci krevních destiček => vyšší srážlivost krve, chronický zánětlivý stav a vysoký cholesterol.
 - Tyto účinky urychlují proces aterosklerózy, uvolňování usazeného tukového plátu v tepnách a v nejhorším případě náhlou smrt.



2. **Obezita**

- S obezitou je spojené vyšší riziko koronární aterosklerózy. Body mass index (BMI) v rozmezí 25 – 29 znamená 1,8krát vyšší riziko vzniku aterosklerózy. BMI nad 29 znamená dokonce 3,3krát vyšší riziko.
- Výpočet BMI: $BMI = \text{váha (kg)} \times \text{výška}^2 \text{ (m}^{-2}\text{)}$

BMI	Tělesný stav
< 18,5	podváha
18,5–24,9	normální hmotnost
25,0–29,9	nadváha
30,0–34,9	obezita I. stupně
35,0–39,9	obezita II. stupně
>40	obezita III. stupně (těžká, morbidní obezita)



3. **Hypertenze (vysoký krevní tlak)**


- Hypertenze obecně zdvojnásobuje riziko kardiovaskulárních chorob a výrazně urychluje vznik aterosklerózy.

4. **Diabetes mellitus (cukrovka)**


- Poškození drobných cév postihuje všechna typická místa aterosklerózy. Riziko infarktu myokardu je u diabetiků 2 – 4x vyšší než u nediabetiků.

5. **Krevní tuky**

- LDL cholesterol** („zlý“) - doporučená koncentrace je < 3 mmol/l.



- HDL cholesterol** („hodný“) – jeho nízká koncentrace je nezávislým rizikovým faktorem kardiovaskulárních příhod.
- Triacylglyceroly** – jejich zvýšená koncentrace je samostatným nezávislým rizikovým faktorem.
- Lipoproteiny** – zvýšená koncentrace lipoproteinů zvyšuje riziko uzávěru tepny trombem.



6. **Snížená fyzická aktivita**

- Jak v zaměstnání, tak i ve volném čase je sedavý způsob života velký problém.
- Předpokládá se, že každé desáté předčasné úmrtí je zapříčiněno fyzickou inaktivitou.

7. **Stres**

- Opakovaný stres znamená pracovní přetížení srdce, cév a ledvin, způsobuje únavu a poškozuje další systémy v lidském těle.
- Výskyt kardiovaskulárních chorob rapidně stoupá a nárůst je přičítán modernímu životnímu stylu a stresu.



Vyšetřovací metody

- EKG** – metoda, která zaznamenává elektrickou aktivitu srdečního svalu.
- Laboratorní vyšetření** – odběr krve, tzv. kardiospecifické enzymy.
- Koronarografie** – zobrazení srdce a cév za pomoci ultrazvukového vlnění.
- Angiografie** – pronikající katetrizační vyšetřovací metoda koronárních tepen.
- Nukleární magnetická rezonance a výpočetní tomografie (CT).**



Možnosti léčby

- Klid na lůžku;
- Kyslíková terapie;
- Trombolytická léčba** – rozpouštění trombu;
- Katetrizační léčba (angioplastika)** – aplikace stentu (výstužné sítky) za pomoci katetru do stěny cévy;
- Aortokoronární bypass** – přemostění postiženého místa koronární tepny žilním štěpem;



- Podávání léků na ovlivnění krevního tlaku, pulzu, krevní srážlivosti;
- Podávání léků tišících bolest;
- Monitorace fyziologických funkcí;
- **Dodržování režimových opatření:**
 - Zákaz kouření, redukce hmotnosti;
 - Přiměřená fyzická aktivita;
 - Nizkocholesterolová dieta.

↓↓↓
Nutná změna životního stylu!


Prevence infarktu myokardu



- Mějte pravidelnou fyzickou aktivitu – denně cvičte alespoň 30 minut.
 - **Vhodný sport:** plavání, pěší chůze, jízda na kole, cvičení. 
- Snižte hladinu cholesterolu:
 - **Vhodná strava:** dostatek ovoce, zeleniny, vlákniny, nízkotučné výrobky, ryby, libové maso.
 - **Nevhodná strava:** uzeniny, tučné maso, mléčné výrobky s vysokým obsahem tuků.

- Zredukujte svou hmotnost, pokud jste obézní.
- Pravidelně jezte 3 – 4x za den a nepřejídejte se.
- Pijte dostatek tekutin 2 – 2,5 litru denně.
- Malé množství alkoholu denně má ochranný účinek na cévy (0,2 dcl vína nebo piva pro ženy, 0,3 dcl pro muže). Větší množství alkoholu má účinek opačný.




- Pokud jste diabetik, udržujte hladinu glykémie v normě.
- Pokud trpíte hypertenzí (vysokým krevním tlakem), snažte se vysoký krevní tlak snižovat.
 - Užívejte pravidelně léky na snižování krevního tlaku.
 - Dodržujte správnou životosprávu.
- Pokud kouříte, skončujte s kouřením. 
- Vyhýbejte se zakouřeným prostorám.


- Naučte se relaxovat a bojovat proti stresu
 - **Vhodné metody:** četba, procházky, ruční práce, kontakt se zvířaty, práce na zahradě, poslech hudby.
- Zajímejte se o onemocnění, která se vyskytla v rodině.
- Chodte na pravidelné preventivní prohlídky.




Zdroje



- BENOWITZ, Neal a Judith PROCHASKA. Smoking Cessation After Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2013, vol. 61, no. 5, s. 533–535. ISSN 0735–1097.
- DANZIG, Vilem, Stanislav ŠIMEK a Renáta ŠIMKOVÁ a kol., 2006. *Ischemická choroba srdeční u diabetiků*. Praha: Maxdorf. ISBN 80–7345–079–8.
- JANDOVÁ, Jana, 2013. Proč selže srdce? Kvůli ateroskleróze i vinou civilizačních chorob. In: *Ireceptář* [online]. Červen 25, 2013. [cit. 2014–04–25]. Dostupné z: <http://www.ireceptar.cz/zdravi/proc-selze-srdce-kvuli-ateroskleroze-i-vinou-civilizacnich-chorob/>
- NAVRÁTIL, Josef a Alena POSPÍŠILOVÁ. In: NAVRÁTIL, Leoš a kol., 2008. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–2319–8.



- NEJEDLÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.
- PODHOREC, Ján, 2012. Prevence infarktu myokardu. In: *Medixa.org* [online]. Březen 19, 2012, [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://cs.medixa.org/nemoci/prevence-infarktu-myokardu>
- SOŠKA, V. In: ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC a kol., 2003. *Ischemická choroba srdeční*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0500-1.
- ŠPAČEK, Rudolf a Petr WIDIMSKÝ, 2003. *Infarkt myokardu*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-197-1.
- ŠPINAR, Jindřich. Možnosti léčby hypertenze u nemocných s ischemickou chorobou srdeční. *Interní medicína pro praxi*. 2012, roč. 14, č. 2, s. 59. ISSN 1212-7299.
- VINAY, Joshi, 2007. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-211-9.



DĚKUJI ZA POZORNOST