

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: adiktologie



**Eliška Zappová**

Kouření a akutní koronární syndrom

*Smoking and acute coronary syndrome*

Bakalářská práce

Doc. MUDr. Eva Králíková, Ph.D. (vedoucí práce)

Praha, 2016

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného, nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V praze, dne 26.4.2016

Eliška Zappová

Podpis:

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala Doc., MUDr. Evě Králíkové, Ph.D. Za odborné vedení mé bakalářské práce, a dále všem zaměstnancům III. Interní kardiologické kliniky FNKV v Praze za příjemnou spolupráci během výzkumného šetření. Zároveň bych chtěla poděkovat celé své rodině a všem přátelům za podporu a trpělivost.

V Praze, dne 24. 4. 2016

Eliška Zappová

Popis:

## **Identifikační záznam**

ZAPPOVÁ, Eliška. *Kouření a akutní koronární syndrom. [smoking and coronary syndrome]*. Praha, 2016. 66s., 7 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce KRÁLÍKOVÁ, Eva.

## ABSTRAKT

Cílem této bakalářské práce je posoudit souvislost mezi kouřením tabákových výrobků a vznikem akutního koronárního syndromu (AKS), zejména s ohledem na věk. V praktické části pak zjistit prevalenci kouření mezi nemocnými s AKS, hospitalizovanými na oddělení III. interní-kardiologické klinice FNKV a následně vyhodnotit jejich názory na kouření ve vztahu k vlastnímu zdraví. Práce byla zpracována metodou kvantitativního výzkumu.

Na základě interpretace nashromážděného materiálu bychom se měli dozvědět poměr kuřáků a nekuřáků s daným onemocněním a vnímání vlastního aktuálního zdravotního stavu.

Tato práce by mohla být inspirací pro zdravotníky, kteří by si měli uvědomit, jak zásadní význam má v oblasti kouření prevence a léčba závislosti na tabáku. Zároveň by mohli z řízeného pohovoru profitovat pacienti, jelikož rozhovory byly využity alespoň jako možnost krátké intervence.

Klíčová slova: akutní koronární syndrom, kouření, závislost na tabáku

## ABSTRACT

The aim of this work is to assess the association between smoking tobacco products and the onset of acute coronary syndrome (ACS), particularly with regard to the age. In the practical part determine the prevalence of smoking among patients with ACS hospitalized at the Department III. Internal-Cardiology FNKV and then evaluate their views on smoking in relation to their own health. The work was compiled by the method of quantitative research.

The result of the accumulated material we should find out the ratio of smokers and non-smokers with that disease and perception of current health condition.

This work could be an inspiration for health professionals, who should realize how crucial importance of smoking prevention and treatment of tobacco dependence. Of controlled interview can also benefit patients, interviews were used as the possibility of a brief intervention

Keywords: acute coronary syndrome, smoking, tobacco addiction

# OBSAH

<b>1. ÚVOD</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>11</b>
<b>2. HISTORIE TABÁKOVÉ EPIDEMIE</b>	<b>11</b>
<b>3. VLIV KOUŘENÍ NA ZDRAVÍ</b>	<b>14</b>
3.1 ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍCH CEST	14
3.2 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ	15
3.3 JINÁ ONEMOCNĚNÍ	16
3.4 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ (KVO)	17
3.5 NIKOTIN	18
<b>4. SLOŽENÍ TABÁKOVÉHO KOUŘE</b>	<b>20</b>
<b>5. PREVALENCE KOUŘENÍ V ČR</b>	<b>21</b>
<b>6. DIAGNOSTIKA</b>	<b>22</b>
6.1 FYZICKÁ A PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁVISLOST	22
6.1.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁVISLOST	22
6.1.2 FYZICKÁ ZÁVISLOST	23
<b>7. AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM</b>	<b>24</b>
7.1 ROZDĚLENÍ AKS	24
7.1.1 NESTABILNÍ ANGINA PECTORIS (NAP)	24
7.1.2 NÁHLÁ SMRT	24
7.1.3 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU	25
7.2 PREVENCE AKS	26
7.2.1 SYSTÉM SCORE	27
7.2.2 ÚPRAVA RIZIKOVÝCH FAKTORŮ	27
<b>8. POMOC S ODVYKÁNÍM KOUŘENÍ</b>	<b>30</b>
8.1 MOTIVACE PACIENTA K NEKOUŘENÍ	30
8.2 ROLE ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU	31
8.3 KRÁTKÁ INTERVENCE	32
<b>9. KARDIOCENTRUM FNKV</b>	<b>34</b>
9.1 POUČENÍ NEMOCNÉHO PŘI PROPUŠTĚNÍ	34

9.2	INTERVENCE V KARDIOCENTRU FNKV	35
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>37</b>
10.	<b>CÍLE A HYPOTÉZY</b>	<b>37</b>
10.1	FORMULACE CÍLŮ	37
10.2	FORMULACE HYPOTÉZ	37
11.	<b>METODIKA VÝZKUMU A URČENÍ VÝBĚROVÉHO VZORKU</b>	<b>38</b>
12.	<b>INTERPRETACE VÝSLEDKŮ</b>	<b>40</b>
12.1	VĚK RESPONDENTŮ	40
12.2	POHLAVÍ RESPONDENTŮ	41
12.3	PREVALENCE KUŘÁCTVÍ	42
12.4	PREVALENCE KUŘÁCTVÍ S OHLEDEM NA VĚK	43
12.5	HLAVNÍ PŘÍČINY VZNIKU AKS	44
12.6	DÉLKA TRVÁNÍ KVO	46
12.7	VÝSKYT KVO V RODINĚ	47
12.8	MOTIVACE PŘESTAT KOUŘIT	48
12.9	CENTRUM PRO ZÁVISLÉ NA TABÁKU	49
12.10	KOUŘENÍ TABÁKU BĚHEM HOSPITALIZACE	50
13.	<b>DISKUSE</b>	<b>51</b>
	<b>ZÁVĚR</b>	<b>54</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	<b>56</b>
	<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ</b>	<b>58</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>59</b>
	<b>EVIDENCE VÝPŮJČEK</b>	<b>67</b>



# 1. ÚVOD

Při výběru tématu své bakalářské práce jsem se dlouho rozmýšlela, jaké zvolím téma. Chtěla jsem psát o něčem smysluplném, a o něčem, co vybízí k zamyšlení. Mělo se jednat o něco, s čím se setkávám během své praxe, co je mi blízké. Nakonec jsem se rozhodla napsat práci na téma *Kouření a akutní koronární syndrom*, protože je to oblast, která mě provází od začátku mé cesty odbornou praxí. S kardiovaskulárním onemocněním jsem se setkala již před nástupem na střední zdravotnickou školu, a to u svých příbuzných. Během studia na střední škole jsem začala nabývat teoretické vědomosti, které jsem později zúročila během odborné praxe o kardiologicky nemocné pacienty. Po maturitě jsem nastoupila jako sestra na lůžkové oddělení kardiocentra FNKV, kde působím již 10 let. V průběhu studia adiktologie, jsem dále získala odborné znalosti z oblasti závislostí a hlouběji jsem zjistila, jak úzce spolu tyto dvě oblasti souvisí, což bylo mou hlavní motivací pro zpracování této bakalářské práce.

Kardiovaskulární onemocnění zaujímají v ČR dlouhodobě první místo v příčinách všech úmrtí. Jelikož kouření tabákových výrobků patří mezi jejich hlavní ovlivnitelné rizikové faktory, a podílí se zhruba z 29 % na jejich vzniku, je nutné dát tyto skutečnosti do souvislosti a hlouběji se nad nimi zamýšlet. Vzhledem k tomu, že v prvním desetiletí nového tisíciletí umírá na nemoci spojené s kouřením více než 5 miliónů lidí ročně na celém světě, a podle odhadů se počet obětí v dalším desetiletí ještě zdvojnásobí, můžeme kouření přirovnat ke středověkým epidemiím vážných nemocí, jako byl například mor.

Během praxe se často setkávám s pacienty-kuřáky, kteří si plně neuvědomují, jak velký podíl na vznik jejich onemocnění, mělo právě kouření. Názory zdravotníků se na takové chování pacientů obecně liší. Poměrně vysoká část zdravotníků v našem kardiocentru kouří. Ti často nevěnují tolik času intervenci zaměřené na zanechání kouření. Naopak nekuřáci pro změnu zaujímají negativní až odmítavý postoj k pacientům, kteří po proběhlém onemocnění nadále kouří. Rovněž pozoruji, jak málo času se v nemocnici věnuje intervenci zaměřené na odvykání kouření.

Zpracováním tohoto tématu bych chtěla potvrdit souvislost mezi kouřením tabáku a vznikem akutního koronárního syndromu v souladu s literaturou. Zajímá mě rovněž stanovisko pacientů s již zmíněným onemocněním k vlastnímu zdraví. Do jaké míry jsou motivováni k zanechání kouření, nebo zda ani proběhlé onemocnění u nich neznamená krok ke změně. To by však svědčilo o skutečnosti, že se jedná o vážnou závislost a jak je nutné pracovat na efektivní prevenci.

Doufám, že moje práce přispěje k hlubšímu zamyšlení nad závislostí na tabáku nejen v souvislosti se vznikem AKS, ale také čtenářům poskytne jak teoretické poznatky o kouření jako o závislosti, tak i praktické návody, jak poskytnout nemocnému alespoň krátkou intervenci.

Teoretická část práce bude rozdělena do 13 kapitol a čtenáře by měla seznámit s historií tabákové epidemie, s důsledky nikotinu na zdraví, blíže informovat o charakteristice AKS, o tom jak poskytnout efektivní intervenci zaměřenou na odvykání kouření a stručně charakterizovat Kardiocentrum FNKV. V praktické části by se měl čtenář dozvědět o celkovém postupu výzkumného šetření, zejména potom s jeho výsledcích.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2. HISTORIE TABÁKOVÉ EPIDEMIE

Jako první začali tabák užívat američtí Indiáni. Podle Kolumbova rukopisu, který byl vydán roku 1514, tam domorodci sbírali jisté byliny a užívali si jejich kouře, který jim znecitlivoval tělo a pomáhal odstranit únavu. Listy pocházely z rostliny *Nicotiana rustica*, která byla již tehdy rozšířena po celém americkém kontinentě. Tato rostlina se však kouřila v rámci náboženských obřadů již před mnoha tisíci lety, než se vůbec začalo s její kultivací v období 5000-3000 př. n. l. Tabák kouřili rovněž Mayové, nebo Aztékové, stejně jako mnoho dalších národů na západní polokouli. Kouření se stalo součástí náboženských rituálů, používali ho jako potravu pro duchy přebývajících v tělech šamanů, či k vyhánění různých démonů, které považovali za příčinu různých nemocí – v této souvislosti byl podstatný efekt vyplavení dopaminu v centru odměny, nucleus accumbens (Gilman & Xun, 2006).

Kouření bylo lékem, ale brzy se stalo vášní. Stejně jako tomu bylo u většiny náboženských, nebo lékařských stimulantů, i tentokrát to znamenalo, že elita záhy začala kouřit pro potěšení. To, co bylo původně rituálem a lékem (často šlo o jedno a totéž), se stalo součástí kultury elity, a nakonec bylo adaptováno celou společností (Gilman & Xun, 2006, p. 8).

Tabákové listy přivezli do Evropy námořníci, existuje však mnoho teorií, kdy a jakým způsobem objevili Evropané Nový svět a získali tak první zkušenosti s kouřením. Nikotin a *Nicotiana* byly pojmenovány podle francouzského velvyslance ve Španělsku Jeana Nicota, který v polovině 16. století představil tabák francouzskému dvoru. Evropany si tabák získal především kvůli falešné víře v léčebné účinky, také pro navození klidu a harmonie a v neposlední řadě kouření zmírňovalo pocit hladu a umožňovalo déle a tvrději pracovat (Gilman & Xun, 2006).

Tehdejší kouř měl trochu jiné složení, než má v dnešních cigaretách. Obsahoval menší koncentraci nikotinu, rostliny nebyly uměle hnojeny a ošetřovány pesticidy a do tabáku nebyly přidávány žádné další chemické látky. Kouř se vsřebával v dutině ústní, nevdechoval se do plic (Hrubá, 2014).

Lidé odjakživa touží po zázračné medicíně a po pocitu opojení, proto trh s touto čarovnou rostlinou po celém světě nezadržitelně vzrůstal. Obchodování s tabákem vydělávalo v 17. století spoustu peněz a kouření se postupně stávalo také módou, například k pravému

gentlemanovi neodmyslitelně patřil pach tabákového kouře. Na počátku 17. století se rapidně rozšířil trend kouření z různých dýmek (Gilman & Xun, 2006).

Kouření se začalo šířit rychlým krokem, nástrojem byly především dýmky a doutníky. Začátek tabákové epidemie se spojuje s Američanem Bonsackem, který si nechal patentovat stroj na výrobu cigaret, začal tak s tovární výrobou cigaret, a po roce 1900 se výroba rozběhla ve velkém a vytvořila tak největšího světového zabijáka (Králíková, 2013).

Průmyslová výroba cigaret dokázala produkovat celkové množství levného kuřiva. Kouření pomáhalo mírnit psychické útrapy vojáků i civilistů během obou světových válek. Emancipační hnutí žen používající často zástupné projevy, vedlo především v některých vyspělých zemích k rozšíření kouření i v ženské populaci (Hrubá, 2014, p. 15).

Do doby před první světovou válkou kouřili převážně muži vyššího postavení. Pro ženy byla cigareta v té době nepřijatelná. Války, stejně jako ostatní katastrofy znamenají pro lidstvo zvýšenou spotřebu tabáku. V padesátých letech minulého století začíná přibývat úmrtí na nádory plic u mužů, u žen zhruba o dvacet let později (Pradáčová, 2014).

Hrubá (2014) uvádí, že kouření v druhé polovině dvacátého století mohlo mít za následek vzniku nové epidemie nemocí srdce a cév, které dříve byly spíše vzácné. Zároveň také dodává, že se tyto nemoci označují nesprávně za civilizační. „*Civilizace s sebou přinesla významné prodloužení lidského života a současně takové změny jeho podmínek, že i dlouhověkost není překážkou dobré, či alespoň uspokojivé kvality života*“ (Hrubá, 2014, p. 15).

Kouření se však v první polovině 20. století nezdálo být zvláštním zdravotním rizikem, nikoho tehdy nenapadlo, že se jedná o největší epidemii století, která bude mít za následek víc obětí než obě dvě světové války dohromady. V této době proběhlo i několik studií zaměřujících se na stále častější výskyt rakoviny plic, avšak s nepřesnou metodikou. Přelom nastal až v roce 1950, kdy se mladému epidemiologovi Richardu Dollovi podařilo s jistotou prokázat, že kouření je podstatnou příčinou rakoviny plic a to i při eliminaci možných zkreslujících faktorů (Králíková et al., 2013).

Doll však musel čekat dlouhých 7 let na uznání, než britský ministr zdravotnictví oficiálně uznal přímou souvislost vzestupu rakoviny plic a kouření. Tento časový prostož může mít příčinu v tom, že tehdejší epidemiologie byla zaměřená na infekční nemoci. Doll se rozhodl pokračovat ve své studii dál a přesvědčit tak o svých výsledcích širší veřejnost. Svou doposud nejdelší epidemiologickou studii na světě, která trvala 50 let, aplikoval na britských lékařích. Tato studie měla globální dopad na tehdejší tabákový průmysl. Mnoha výrobcům

otevřela oči a po zjištění, že vyrábí smrtící zboží, z tohoto průmyslu odešli (Králíková et al., 2013).

Právě opožděný dopad kouření na mortalitu či morbiditu je příčinou toho, že se intenzivně kouřilo 50 let, než se objevily první důkazy o rakovině plic u mužů. Studie britských lékařů ukazuje, že masivní kouření mládeže se celostátně projeví na národních zdravotních statistikách po 50 letech. Britští lékaři narození v prvních dekádách 20. století se tak stali první populací na světě, na níž mohly být následky kouření sledovány přímo (Králíková, et al., 2013, p. 24).

Rovněž riziko pasivního kouření bylo popsáno mnohem později, v roce 1981, kdy Hyrayama zjistil u více než 10% rakoviny plic u nekuřáků, že se jedná převážně o rodinné příslušníky a partnery silných kuřáků. O 4 roky později se také ukázalo, že pasivní kouření má za následek rakovinu plic nejen u lidí, ale také u zvířat, především u domácích mazlíčků (Králíková et al., 2013).

Za rozvoj tabákové epidemie se zapříčinila rovněž emancipace žen od konce první světové války. Ženy začaly být samostatné, odvážné, užívaly si života, pily a kouřily. Tabákové firmy bojovaly o přízeň žen, doslova se předháněly v nabídce cigaret pro ženy. Měly být přitažlivé, hezké, elegantní. Oproti „pánským“ cigaretám také „lehké“, s menším množstvím nikotinu. Obrázky, na kterých je žena s cigaretou v ruce se stala součástí reklamních kampaní. Ženy na nich byly vyobrazené jako šťastné, usměvavé, spokojené a především štíhlé. Dokonce vzniklo tvrzení, že sladkost lze nahradit cigaretou (Brealeyová & Carrollová, 2008).

### **3. VLIV KOUŘENÍ NA ZDRAVÍ**

Každý z nás reaguje na cigaretový kouř odlišně. Náchylnější jedinci mohou jeho vlivem onemocnět rakovinou plic i jako nekuřáci pobývající v zakouřeném prostředí, jiní mohou být silní kuřáci a dožijí se ve zdraví vysokého věku. Obecně se ale dá říct, že kouření je rizikové a kuřák si tím zkracuje život v průměru o 15 let. Na nemoci spojené s kouřením umírá polovina kuřáků (Pradáčová, 2014).

Na základě různých studií je známo, že na vzniku závislosti na tabáku se zhruba polovina podílí genetika. Závislost na tabáku je však zapříčiněna více faktory. Spojí-li se, mohou vytvářet různé aditivní efekty či interakce. Nejdůležitější jsou však geny pro nikotin a obecně dopaminergní receptory. U každé varianty je potom různý vliv na vznik závislosti na tabáku. Genetické faktory mohou ovlivnit míru závislosti, mohou ovlivnit, zda se dotyčná osoba stane kuřákem, kolik vykouří denně cigaret a také schopnost s kouřením přestat. Výzkumy zabývající se genetickým zapříčiněním vzniku závislosti na tabáku se v současnosti rychle rozvíjí (Králíková et al., 2013).

#### **3.1 ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍCH CEST**

Kouření se podstatnou měrou podílí na onemocnění dýchacích cest. Častý je emfyzém plic, bronchitidy a katary horních cest dýchacích. Je příčinou 75 % chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) (Pradáčová, 2014). Jedná se o onemocnění, které primárně postihuje plíce a dýchací cesty. CHOPN je onemocnění charakterizované omezením proudění vzduchu v dýchacích cestách, které bývá často spojeno se zánětlivou odpovědí na inhalované škodlivé částice. Pro CHOPN je kouření největším rizikovým faktorem a to v celosvětovém měřítku. U kuřáků mívá obecně CHOPN horší průběh než u nekuřáků, intenzivnější produktivní kašel, výraznější dušnost, či výrazné omezení zátěže. Zvýšené riziko vzniku CHOPN mají rovněž lidé, jejichž matky v těhotenství kouřily. Tito lidé se totiž rodí s do jisté míry modifikovanou imunitní odpovědí na inhalované škodliviny. Mezi klinické příznaky onemocnění patří výrazná dušnost, především při námaze. Závažné formy mohou vést většinou v pokročilejším stádiu po mnoha letech k chronické respirační nedostatečnosti, plicní hypertenzi vedoucí k přetížení pravého srdce, ke vzniku bronchogenního karcinomu, embolizaci plicní cirkulace, pneumoniím, aj. (Koblížek & Kudelová, in Kráčíková, 2013).

Podíl kouření byl také jasně prokázán na vzniku maligních onemocnění. Maligní nádory jsou po KVO druhou nejčastější příčinou úmrtí v ČR. V roce 1994 onemocnělo 25 770 osob, zatímco v roce 2004 bylo nemocných 68 641, což svědčí o vzestupné tendenci přibývajících nemocných (Prausová in Králíková, 2013)

Karcinom plic je u kuřáků několikanásobně častější, než u nekuřáků, v různých studiích je popisováno mírně odlišné riziko, které se pohybuje kolem 20násobku. Asi třetina bronchogenních karcinomů, které jsou diagnostikovány u nekuřáků vzniká vlivem pasivního kouření. Výše rizika vzniku onemocnění karcinomem plic roste se spotřebou cigaret a délkou expozice (Prausová in Králíková, 2013, p. 257-258).

U vzniku bronchogenního karcinomu je velmi důležité nepodceňovat prvotní příznaky, kterými jsou dráždivý kašel, časté infekční onemocnění dýchacích cest, později pak hubnutí, zvýšené teploty a poslechové nálezy na plicích. U silného kuřáka s karcinomem plic, bývá často diagnostikováno rovněž onemocnění CHOPN. Pacient je tak často ohrožen sekundární infekcí, díky částečné obturaci průdušky. Pacient je tak následně vyšetřen, zaléčí se infekce, ale nádor není odhalen. Proto by se u tohoto typu pacientů měl provést rentgenový snímek plic a následné vyšetření pneumologem, eventuálně další metody. (Prausová, in Králíková, 2013)

### 3.2 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ

Jak již bylo zmíněno výše, vliv kouření byl na vznik *maligního onemocnění* jasně prokázán. Kromě vysokého rizika vzniku bronchogenního karcinomu může být kuřák ohrožen také výskytem jiných nádorů a to ve všech částech těla. Může se jednat např. o nádor jícnu, jehož vznik je přičítán především současnému působení dráždivých látek, zejména alkoholu a kouření. Onemocnění se projevuje především obtížným polykáním a úbytkem na váze. Dále mohou být kuřáci ohroženi vznikem nádoru hlavy a krku, který se dává do souvislosti s kouřením především z toho důvodu, že kouřením se významně zvyšuje koncentrace karcinogenních látek ve slinách, riziko stoupá, pokud jedinec spolu s kouřením užívá i alkohol. Častěji onemocní muži. Celková úmrtnost je 2,6 / 100 000 obyvatel. Vysoký vliv na výskyt nádoru čelisti a rtu má kouření dýmek, doutníku, či žvýkání tabáku. Významné jsou rovněž nádory žaludku. V ČR je incidence tohoto onemocnění v současné době 12 / 100 000 u mužů a 6 / 100 000 u žen. Incidence za poslední dobu klesá. Prausová uvádí, že zvýšené riziko karcinomu žaludku u kuřáků, které trvá ještě i 14 let po zanechání kouření, bylo prokázáno řadou studií (in Králíková et al, 2013). Klinický obraz může být zpočátku nenápadný, vyskytuje se hubnutí, nechutenství, zvracení a bolet.

V neposlední řadě může být kuřák ohrožený vznikem kolorektálního karcinomu, nádorem pankreatu, ledvin, močového měchýře, některými typy leukémií, či nádory hrdla děložního aj. (Prausová, in Králíková et al, 2013).

Zákeřné je, že se nádor objeví i po letech, kdy člověk přestane kouřit. U rakoviny tlustého střeva a konečníku latentní doba, kdy se objeví první příznaky, může být až 30 roků. Dále riziko nádorového bujení zvyšuje pravidelné užívání alkoholu. Nebezpečnou látkou je zde acetaldehyd, který vzniká při metabolismu etanolu v buňkách. Kombinace cigareta + alkohol je častá u mládeže (Pradáčová, 2014, p.5).

### 3.3 JINÁ ONEMOCNĚNÍ

Kuřáci jsou ohroženi žaludečními vředy 1,7krát častěji než nekuřáci, hlavně pokud kouří ráno nalačno. Kouření zvyšuje riziko inzulinorezistence. Nekuřáci mají častější sklon k onemocnění pohybového aparátu, jelikož cigaretový kouř poškozuje kostní buňky, dotyčný má tak vyšší sklon k osteoporóze a zlomeninám. Co se týče zubů, trpí kuřáci častěji na záněty dásní, zubním kazem, zápachem z úst a mají horší kvalitu zubní skloviny.

U mužů dochází k poruchám erekce, ke zhoršení kvality spermií a s tím související snížení plodnosti. Kouření vede ke zvýšenému výskytu alergií, převážně u dětí (Pradáčová, 2014).

V posledních deseti letech byly objeveny důkazy o tom, že existuje souvislost mezi kouřením a vznikem tuberkulózy (TBC). Bylo provedeno několik různých studií, které prokázaly, že kouření je rizikovým faktorem pro vznik TBC a zvyšuje tak riziko vzniku onemocnění i mortalitu kuřáků oproti nekuřákům a to 1,02 - 6,62krát (Marel in Králíková et al, 2013).

Málo se ví o tom, že cigaretový kouř poškozuje i mozek. Po první cigaretě se zdá, že se mozek pročistí a je lepší soustředění. Další cigarety působí už tlumivě. Schopnost erytrocytů zásobovat buňky kyslíkem se snižuje o 3-10 %, mozek se začíná „dusit“, což výrazně sníží pocit duševní svěžesti. Bylo zjištěno, že abstijnující kuřáci (tj. ti, co nemají po ruce cigaretu), způsobili o 67 % kolizí v dopravě více, než nekuřáci. Kuřáci, kteří si před jízdou v autě zapálili, byli na tom ještě hůře (Pradáčová, 2014, p.5).



### 3.4 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ (KVO)

Kouření patří mezi hlavní rizikové faktory vzniku KVO. Na účinek nikotinu je velmi citlivá především výstelka cév-endotel. Endotelové buňky se odlupují a mění na pěnovité. Vnitřek cévy tak uzavírají a snadno se mohou stát vmetkem do srdce, či plic. Endotelové buňky mohou být poškozeny již za 20 minut po vykouření 15 cigaret (Pradáčová, 2014).

Vztah mezi kouřením cigaret a vznikem aterosklerózy je znám již řadu let.

Kromě komplexního vlivu kouření na rozvoj aterosklerózy má kouření také zásadní vliv na vznik akutní trombózy. Tento fakt je zatím dosti opomíjen, přesto, že se předpokládá, že se kouření významně podílí při vzniku akutního infarktu myokardu (AIM) až u 50 % mladých osob. U mladých kuřáků, kteří kouří víc než 20 cigaret denně, je riziko vzniku AIM 5,6krát vyšší, než u stejně starých nekuřáků. Pro celou populaci, tedy bez závislosti na věku, pak platí, že riziko fatálního AIM je u kuřáků 3krát vyšší, než u nekuřáků, riziko náhlé srdeční smrti je vyšší 2,3krát (Aschermann & Linhart in Králíková et al, 2013, p.227).

Aschermann a Linhart také uvádí, že pro postižení tepen dolních končetin je u kuřáků riziko vyšší dokonce 7krát. První příznaky onemocnění se u nich vyskytují průměrně o 10 let dříve, než u nekuřáků a riziko amputace končetiny je dvakrát vyšší (in Králíková et al, 2013).

Kouření má také významný vliv na vznik aneurizmu břišní aorty, při kouření 20ti cigaret denně je riziko až 3krát vyšší. Rovněž zvyšuje riziko vzniku cévní mozkové příhody (CMP) a subarachnoideálního krvácení (Aschermann & Linhart in Králíková, 2013).

Kouření se na vzniku KVO podílí spolu s dalšími rizikovými faktory, jako jsou genetické predispozice, poškození struktury endotelu, změny funkce krevních destiček, působení volných radikálů, přítomnost zánětlivých změn v cévní stěně nebo např. změny spektra krevních lipidů. „*Kouření cigaret – aktivní i pasivní – se podílí na iniciaci, progresi a nestabilních formách aterosklerózy řadou různých mechanismů na mnoha úrovních tohoto komplexního onemocnění od počátečních stádií aterosklerózy až po její nejzávažnější akutní komplikace*“ (Aschermann & Linhart in Králíková, 2013, p. 234).

KVO patří mezi nejčastější příčiny hospitalizací v současnosti a sice u žen je to 12 %, u mužů 18 % (MZČR, 2014) všech hospitalizací.

Kouření a hypertenze významně zvyšují riziko KVO. TK stoupá po každé vykouřené cigaretě, jeho zvýšená hodnota trvá přibližně 30 minut. Hypertenze a kouření se vzájemně provází a jejich současný výskyt může působit synergický. Bezprostřední vzestup krevního tlaku (TK) po vykouření cigarety je dán aktivací sympatiku; hemodynamickou odpovědí je zvýšení tepové frekvence, TK a kontraktility myokardu. Lidský organismus

na vykouření cigarety reaguje přibližně 1-2 minuty zvýšenou spotřebou kyslíku. TK a tepová frekvence bývá ovlivněna zhruba 30 minut. Nejvyšší vzestup může být patrný po první ranní cigaretě (Cífková, Kmeťová & Sochor, in Králíková et al, 2013).

Dlouhodobě působí kouření na cévní stěnu a poškozuje ji. Důsledkem toho může být snížená elasticita aorty a zvýšená tuhost která může přetrvávat ještě mnoho let po zanechání kouření. Kuřáci mívají v průměru vyšší TK v dopoledních hodinách a to až o 6 mm Hg (Cífková, Kmeťová & Sochor in Králíková et al, 2013).

Dřívější výzkumy naznačovaly, že kuřáci mají nižší TK, než nekuřáci, to se později přičítalo nižší tělesné váze, ve skutečnosti byl ale rozdíl obou skupin nepatrný. V dnešní době víme, že nejvyšší hodnotu mají obvykle bývalí kuřáci. Je to dáno pravděpodobně tím, že v důsledku zanechání kouření přibrali na váze (Cífková, Kmeťová & Sochor in Králíková et al, 2013).

Riziku vzniku akutního koronárního syndromu (AKS), bych se ráda podrobněji věnovala v samostatné kapitole (viz kapitola č. 6).

### 3.5 NIKOTIN

Nikotin patří mezi alkaloidy a nejčastěji se nachází v tabáku, kde je obsažen ve všech částech rostliny, syntetizován je v kořeni a poté je přesunut do jejich vyšších částí. „Skládá z pyridinového cyklu, který je syntetizován z kyseliny nikotinové a pyrrolidinového cyklu syntetizovaného z ornithinu. Obsah v rostlině se pohybuje od 0,05 mg nikotinu do 10 %. Cigaretový tabák obsahuje 1,5 % nikotinu, resp. 10-15 mg nikotinu v cigaretě“ (Krtíl & Zima in Králíková, 2013, p. 121). Až 90 % nikotinu je absorbováno v plicích, většina je ho rychle metabolizována v játrech na další metabolity. Účinek nikotinu je vyvolán vazbou na nikotinové cholinergní receptory s ovlivněním vegetativních ganglií. „Predominantně dochází k aktivaci sympatiku, vysoké dávky vedou k parasymptické stimulaci s neuromuskulární blokadou. Letální dávka pro člověka je 50-100 mg, tato dávka vyvolává rychlou dechovou paralýzu“ (Krtíl & Zima in Králíková, 2013, p.122). 40 mg nikotinu by se dalo zhruba přirovnat ke kapce kapaliny, je to obvyklé množství ve 2-3 cigaretách, ale vzhledem k tomu, že nikotin má nízkou biologickou dostupnost, prakticky tak nedochází k akutní intoxikaci. „Většina nikotinu je totiž rozložena hořením, nebo uniká cestou neinhálovaného kouře a již samotné předávkování provázejí výrazně nepříjemné pocity, které obvykle zamezí pokračování v kouření“ (Krtíl & Zima in Králíková, 2013, p. 122).

Nikotin zvyšuje hladinu endorfinů-hormonů dobré nálady v mozku, a tím působí závislost. Malá dávka povzbuzuje soustředění, větší množství už může způsobit spíše útlum, zklidnění. Ve velkém ovlivňuje endokrinní systém, především uvolňování katecholaminů, kortikosteroidů, pituitárních hormonů i beta-endorfinů. *„To vše ovlivňuje náladu a chování kuřáka, podporuje motivaci k dalšímu kouření a kuřáckému životnímu stylu. Kouření se stává pravidelnou nutkavou potřebou, nelze ji už ovlivnit vůlí“* (Kozák & Králíková, 2003, p. 59-61).

## 4. SLOŽENÍ TABÁKOVÉHO KOUŘE

Tabákový kouř obsahuje víc než 4000 plynných a pevných látek, z toho asi 100 kancerogenních (43 prokázaných a cca 60 kokancerogenů). Kouř tedy rozdělujeme na část pevnou a plynnou. *Plynná část* tvoří většinu (zhruba 90 %) hlavního proudu kouře – aktivního kouře vdechovaného kuřákem. Jeho obsahem jsou především četné kancerogeny, kokancerogeny a prokancerogeny, či jiné toxické látky. Patří sem *oxid uhelnatý a uhličitý, oxidy dusíku, amoniak, těkavé N-nitrosaminy, kyanovodík, těkavé sloučeniny síry, těkavé nitrily, těkavé uhlovodíky a ostatní těkavé sloučeniny*. *Pevná část* tvoří zhruba 8 % hlavního proudu kouře a jeho hlavní složkou, která je nejdůležitější pro vznik závislosti je nikotin a další alkaloidy tabáku. Hladina nikotinu v kouři je dána druhem tabáku, formou sklizně a fermentací. Většina nikotinu v kouři se nemění, menší část se rozkládá na další produkty – např. pyridiny. U těchto produktů nelze vyloučit jejich kancerogenní účinek, vzniklý během hoření. Dalšími látkami obsaženými v pevné části jsou : *Netěkavé N-nitrosaminy*, což jsou významné kancerogeny, jejichž účinek se zvyšuje při současné konzumaci alkoholu. *Aromatické aminy*- další významné kancerogeny, podílející se pravděpodobně na vzniku nádoru močového měchýře. Významnou složkou ovlivňující chuť a vůni tabáku jsou *izoprenoidy tabáku*. Dalšími látkami v pevné části jsou *benzeny a naftaleny, fenoly, kovy, radioaktivní sloučeniny, pesticidy*, aj. (Krtíl & Zima in Králíková, 2013).

Jednotlivé složky tabákového kouře mají významný vliv na zdraví jedince. *Nikotin* se rychle vstřebává dutinou ústní do plic, rychle se váže na receptory buněk v mozku a ovlivňuje odtud metabolismus organismu. „*Kupříkladu působí vzestup hladiny cholesterolu, pokles hladiny vitamínů B6, B12, zvyšuje oxidaci vitamínu C. Zvyšuje sklon k shlukování krevních destiček v cévách a tím i riziko embolie*“ (Pradáčová, 2014, p. 4). Další významnou složkou je *oxid uhelnatý*, vznikající spalováním tabáku, který působí vytěsnění kyslíku a tím jeho nedostatek pro buňky a tkáně. Postižen je především cévní systém, a kouření se tak stává prioritním rizikovým faktorem pro vznik ICHS, ICHDK, či CMP. *Kancerogenní látky* jsou zodpovědné za vznik nádorového bujení. Riziko se zvyšuje spolu se zvyšující se hladinou dehtu ve vykouřených cigaretách, počtu vykouřených cigaret, či pasivním kouřením v dětském věku (Pradáčová 2014, p. 4).

## 5. PREVALENCE KOUŘENÍ V ČR

Výzkumy zaměřující se na problematiku kuřáctví jsou v České republice prováděny pravidelně od roku 1997. Mezi základní údaje, které jsou sledovány, patří délka kouření, množství vykouřených cigaret a čas, který uplyne mezi probuzením a zapálením si první cigarety. (Králíková, 2013, p. 54)

Během posledních 10 let, je situace v ČR celkem stabilní, jak uvádí Zpráva o situaci za posledních 10 let o užívání tabáku a alkoholu v ČR. Přehled o vývoji prevalence kuřáctví mezi osobami od 15 let věku ukazuje na fakt, že situace je poměrně stabilní. Podíl kuřáků mezi občany ČR se pohybuje mezi 28 – 32 %. Nutno konstatovat, že z výzkumů prováděných SZÚ je patrná klesající tendence během let 2004-2013. Ze statistického hlediska je však tento klesající trend během 10 let poměrně bezvýznamný. V ČR je více kouřících mužů, než žen a z hlediska pohlaví můžeme rovněž sledovat klesající tendenci za období mezi lety 2004-2013.

Nejvyšší prevalence kuřáctví je ve věkové kategorii mezi 15 – 24 lety (44,7 %). Muži nejčastěji vykouří 15-24 cigaret/den (35,9 %), ženy 10-14 cigaret/den (29,7 %). Prevalence kouření klesá se zvyšujícím se věkem. S výší dosaženého vzdělání výskyt kuřáctví klesá. 24,5 % osob ve věku 15 let a více je ve svých domovech ohroženo negativním účinkům tabákového kouře, ve více než polovině případů se jedná o nekuřáky. 19,6 % nekuřáků je tabákovému kouři vystavováno i na svých pracovištích. Během posledního roku se pokusilo přibližně 30 % kuřáků přestat kouřit (29,6 % muži, 33,3 % ženy), nejčastěji se jednalo o nejmladší kuřáky ve věku 15-24 let a to v 40,4 %, s věkem se toto úsilí snižuje (MZČR, 2014).

Studie WHO/CDC GYTS představuje výsledky zaměřené na prevalenci kuřáctví u mládeže ve věku 13-15 let. V této skupině se v roce 2011 nacházelo 30,6 % kuřáků, v porovnání s předchozími studiiemi z let 2002 a 2007 má prevalence sestupný charakter, co však neplatí u kouření jiných tabákových výrobků, než cigaret, především u vodních dýmek, kde počty kuřáků od roku 2002 téměř zdvojnásobily – v roce 2011 kouří vodní dýmky 17,3 % mladistvých. Cigarety kouří v tomto věku častěji dívky, u vodních dýmek je tomu naopak. Celkem u 67,9 % kuřáků ve věku 13-15 let nebyl odmítnut prodej cigaret (MZČR, 2014).

## 6. DIAGNOSTIKA

Pomoci určit kdo je a kdo není závislý na nikotinu, nám pomáhá *Fagerströmův test závislosti na nikotinu* (viz. příloha č. 4). Vysokou závislost vyžadující řešení tedy můžeme odhalit, odpoví-li nám klient na následující otázky v testu tak, vyjde mu 5 – 10 bodů. Střední závislost znamená 2 – 4 body v testu a žádnou, nebo velmi malou závislost značí 0 – 1 bod. Závislý kuřák by tedy mohla být osoba, která si zapálí první cigaretu do jedné hodiny po probuzení, je pro ni obtížné nekouřit v místech, kde není kouření povoleno, nejvíce ze všech cigaret by postrádal ranní, denně průměrně vykouří 20 cigaret, intenzivněji kouří během dopoledne a kouří i v době, kdy je upoután na lůžko (Referenční centrum léčby závislosti na tabáku, III. Interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha 2).

*Pravidelný denní kuřák* je osoba, která kouří minimálně jednu cigaretu denně. *Příležitostný kuřák* je ten, kdo kouří méně než jednu cigaretu/den. *Bývalý kuřák* vykouřil během života 100 nebo více cigaret, v současné době ale nekouří. A *nekuřák*, je osoba, která nyní nekouří a za celý život nevykouřil 100 a více cigaret (Malá, Felbrová, Kulovaná & Nohavová, 2015).

Závislost je pojem, kterým označujeme nekontrolované nutkání opakovat své chování bez ohledu na jeho důsledky. S ohledem na kouření tabákových výrobků ji charakterizují tři následující body: Tabák je užíván ve větším množství a déle, než bylo plánováno. „*Tolerance nikotinu, což se projevuje potřebou stále vyšších dávek nikotinu k žádoucímu účinku. Po vysazení tabáku se objeví abstinenční příznaky*“ (Malá, Felbrová, Kulovaná & Nohavová, 2015).

### 6.1 FYZICKÁ A PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁVISLOST

#### 6.1.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ ZÁVISLOST

Králíková a Kozák (2003) uvádějí, že sociální aspekt je prvopočátkem pro rozvoje závislosti.. Lidé jsou většinou v nějaké společnosti, kde se kouří a jedinec časem podlehne a zapálí si s nimi. Tím se tak pomalým tempem stane kuřákem. Zpočátku se může zdát, že kouření má i své kladné stránky: pomáhá sdružovat se s lidmi, nabízí možnosti kam s rukama při nerozhodnosti, nervozitě, nebo např. překoná rozpaky při seznamování. Další

významná role je psychická. Psychická závislost se rychle rozvíjí a může se stát pomocníkem při řešení různých starostí a časem se tak stát nezbytnou součástí života. Kouření se stává běžným doplňkem při opakujících se činnostech. Toto spojení vytváří jakýsi rituál. Může to být např. Kouření u kávy, při posezení s přáteli, při odpočinku, po jídle, atd. „*Psychosociální závislost je závislostí na cigaretě jako takové, bez ohledu na její složení, bez ohledu na nikotin a na to, co poskytuje: je to jen potřeba držet v ruce tu kouřící tyčinku, manipulovat s ní, pozorovat ladně se vinoucí tabákový kouř*“ (Králíková & Kozák, 2003, p.24).

### **6.1.2 FYZICKÁ ZÁVISLOST**

Jedná se již o závislost drogovou, vyskytne se tedy touha po jedné látce, v tomto případě pro nikotin. U každého jedince se rozvíjí jinak dlouho, často zde záleží na genetických predispozicích. Nemusí se vyvinout u každého kuřáka, výjimečně se stane, že zůstanou svátečními, příležitostnými kuřáky bez samotné závislosti na nikotinu do konce života. Fyzicky závislého kuřáka můžeme poznat podle toho, kouří-li denně, a to 10-15 cigaret, a první cigaretu si zapálí do jedné hodiny po probuzení. Nikotin vyvolává biochemické reakce v mozku na základě vazby s určitými receptory. Kuřákovi tak tyto reakce můžou přinést jakýsi pocit uspokojení, určitou odměnu, nebo pokud si nezapálí, rozvinou se abstinenci příznaky, které vymizí až po zapálení si cigarety (Králíková & Kozák, 2003).

## **7. AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM**

Termín „akutní koronární syndrom“ zahrnuje všechny stavy, které jsou patofyziologicky spojené s přítomností nestabilního koronárního plátu a na něj nasedající trombózou, vedoucí k částečné, nebo úplné obstrukci tepny. Patří sem ale také situace, kdy je koronární tepna náhle obturována jiným mechanismem, jako je spasmus, embolus, arteriitida a někdy také iatrogenní poškození při katetrizační, nebo kardiochirurgické intervenci (Ošťádal & Mates, 2013, p. 11).

### **7.1 ROZDĚLENÍ AKS**

#### **7.1.1 NESTABILNÍ ANGINA PECTORIS (NAP)**

Sovová a Řehořovou (2004) definují NAP jako nově vzniklou AP do čtyř týdnů od vzniku nebo zhoršení již vzniklé angíny. Může vzniknout ve větší intenzitě nebo v prodlužování bolestí. Příčinou jsou z 80% ruptury a fisury aterosklerotického plátu, kdy se poruší povrch endotelu, na který nasedají tromby a vznikne tak nasedající trombus. Uzavře-li trombus tepnu, záleží na době, po kterou se céva uzavírá a na stavu kolaterálního řečiště zda dojde k ischemii myokardu, nebo k AIM s nekrózou. Sovová s Řehořovou dodávají, že u 30 % případů dochází ke spontánní trombolýze do 12 hodin (2004).

Hlavním diagnostickým parametrem je natočení EKG, které poskytne charakteristické znaky. Dále by zdravotníky zajímala rodinná anamnéza, fyzikální nález a laboratorní vyšetření. U 10 % pacientů dochází ke vzniku IM, proto je nutné brát v potaz, že se jedná o vážné onemocnění se závažnou prognózou (Sovová & Řehořová, 2004).

Léčba spočívá v podání antikoagulační a antiagregační terapie, čímž se zabrání zvětšování trombu, vazodilatancia, betablokátory, analgetika, či nitráty. Pacient by měl dodržovat klidový režim (Sovová & Řehořová, 2004).

#### **7.1.2 NÁHLÁ SMRT**

Jedná se o úmrtí do jedné hodiny od vzniku obtíží. Až ze 70 % je zapříčiněna ICHS. Nejčastěji vznikne na podkladě fibrilací komor, méně často j příčinou srdeční zástava, nebo



ruptura myokardu. Přežije-li pacient maligní arytmii, pro určení prognózy je důležité zjistit, po jaké době od vzniku IM arytmie vznikla. Lepší prognóza je, vznikla-li do 48 hodin, horší, vznikla-li později, v tom případě je nutné zvýšený dohled a další vyšetření (Sovová & Řehořová, 2004).

### 7.1.3 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU

AIM znamená vznik nekrózy srdečního svalu. Za akutní označujeme infarkt do 6. týdne od vzniku obtíží. Příčiny jsou shodné se vznikem NAP a byly popsány výše. Zapříčinění uzávěru koronární tepny může způsobit rovněž arteriitis, trauma, disekce aorty, nebo embolus (Sovová & Řehořová, 2004).

Sovová a Řehořová (2004) rozlišují infarkt podle velikosti nekrózy, o čemž rozhoduje velikost koronární tepny, délka doby uzávěru, rozsah kolaterálního řečiště a aktuální stav oběhu. První variantou je infarkt transmurální, představující horší prognózu a postihující téměř celou tloušťku vrstvy a bývá lokalizován v povodí řečiště. Druhou je subendokardiální, někdy také nazýván laminární. Má lepší prognózu, postihuje pouze určitou vrstvu svaloviny, vzniká na podkladě těžké stenózy.

Mezi nejdůležitější příznaky patří především svíravá bolest na hrudi, která může trvat minuty až hodiny. Bolest může být typická (80%) i atypická. U 60 % pacientů vzniká bolest náhle, u 40 % předchází nestabilní angína. Pacient může mít vegetativní příznaky, může si stěžovat na palpítace, dušnost. U 5 % pacientů se neobjeví bolest (Sovová & Řehořová, 2004, p. 61).

Dalšími příznaky může být bledost, opocenost, strach ze smrti, bolest může vystřelovat prakticky kamkoliv, nejčastěji do levé horní končetiny, zad, či do spodní čelisti. Může být zvýšena srdeční frekvence, vysoký, nebo naopak nízký krevní tlak.

Diagnostiku představuje natočení EKG, laboratorní vyšetření, zobrazovací metody, ECHO, a koronarografické vyšetření s možností provedení následné PTCA. Pro léčbu je nejdůležitější včasná reakce. Snahou je co nejrychleji obnovit perfuzi myokardu a předejít komplikacím. Je nutné co nejdříve nemocného transportovat na specializační oddělení kardiocentra, kde se provádí invazivní kardiologické výkony. Pokud by to znamenalo delší převoz než 1,5 hodiny, je možné ho převést do nejbližšího nemocničního zařízení k podání trombolýzy. V době převozu je nutná monitorace základních fyziologických funkcí, sledování EKG, tlumení bolesti, podání antiagregační léčby a v neodkladném případě provést KPR. Nejvhodnější je co

nejrychlejší provedení PTCA, tato intervence by však neměla přesáhnout 6 hodin od vzniku bolesti (Sovová & Řehořová, 2004).

Ošťádal s Matesem (2013) uvádí že *infarkt myokardu (IM)* je ložisková nekróza srdečního svalu zapříčiněná uzávěrem, nebo extrémním zúžením koronární tepny zásobující příslušnou část kyslíkem. Na rozdíl od *nestabilní anginy pectoris (NAP)*, která znamená rovněž akutní koronární příhodu a vzniká také ucpáním koronární tepny, ale oproti IM nezpůsobí nekrózu myokardu. Kardiovaskulární nemoci znamenají ve vyspělých zemích nejčastější příčinu úmrtí. Největší zastoupení má ischemická choroba srdeční (ICHS), která zahrnuje němou ischemii, nestabilní anginu pectoris, stabilní anginu pectoris, infarkt myokardu, srdeční selhání a náhlou smrt. Pacienti s bolestmi na hrudi dnes představují nejpočetnější skupinu akutně hospitalizovaných pacientů. Největším problémem i přes veškerý rozvoj medicíny dodnes zůstává rozlišit bolesti na hrudi představující rozvoj AKS od nekardiálních příčin (Ošťádal & Mates, 2013).

Nejčastější příčinou ischemie bývá aterosklerotický plát, který se nachází excentricky v epikardiální části koronární tepny. Plát se stává nestabilním, má-li poškozený povrch endotelu. Tím dochází ke vzniku trombu nad místem poškození, uzavření tepny a následný vznik IM (Sovová & Řehořová, 2004). „*Srdce na vzniklou ischemii reaguje rozvojem kolaterálního cévního řečiště, které pomáhá krvi obejít stenózu a zásobuje myokard za stenózou. Velikost kolaterálního řečiště je důležitá pro další prognózu pacienta*“ (Sovová & Řehořová, 2004, p.55).

Mezi hlavní rizikové faktory patří hypertenze, porucha lipidového metabolismu, kouření, diabetes mellitus, obezita, nedostatek pohybové aktivity, stres, genetická zátěž, mužské pohlaví, aj.

(Sovová & Řehořová, 2004).

## 7.2 PREVENCE AKS

Od roku 2000 podnítila Evropskou kardiologickou společnost, ve spolupráci s dalšími významnými evropskými společnostmi, řada nových poznatků, které se staly podkladem pro vytvoření Evropských doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Oproti předchozím doporučením zde nastává posun v prevenci od ICHS ke komplexnímu kardiovaskulárnímu onemocnění. Zhodnocením rizikových faktorů se

zabývá široká škála modelů rizik. „Pracovní skupina pověřená vytvořením Evropských doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi doporučuje používat nedávno vypracovaný model a tabulky rizika SCORE“ (Cífková et al, 2005, p. 212). Základem modelu SCORE je riziko vzniku fatální kardiovaskulární příhody během následujících 10 let. Pro nová Evropská doporučení v rámci prevence KVO byly vzaty v potaz veškeré novinky z oblasti preventivní kardiologie a výsledky různých klinických studií. Nová doporučení se zabývají ovlivňováním rizikových faktorů včetně zdravé životosprávy, a preventivním podáváním farmakoterapie (Cífková et al, 2005).

### 7.2.1 SYSTÉM SCORE

Hlavním cílem modelu SCORE je vyhledat osoby s nejvyšším rizikem vzniku KVO a zahájit u něj preventivní opatření ve smyslu kompletní změny životosprávy, nebo zahájením farmakoterapie. K určování rizik nám slouží barevné monogramy (viz. příloha č. 1). Vysoká pravděpodobnost úmrtí na KVO v následujících 10 letech je u hodnoty  $\geq 5\%$ . „Uvedené barevné nomogramy vycházejí z mortalitních dat České republiky a hodnot základních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění získané u reprezentativního vzorku české populace“ (Cífková et al, 2005, p. 213). Vysoké riziko mají osoby s již vzniklým, nebo přidruženým onemocněním, především hypertenze. Při hodnocení rizik se v tabulce SCORE zaměřujeme na věk, kouření, pohlaví, hodnoty systolického tlaku a hladinu celkového cholesterolu. Existuje však skupina obyvatel, které do rizika vzniku KVO řadíme automaticky, a to jsou např. Diabetici, osoby ve věku nad 65 let, asymptomatictí jedinci s náhodným zjištěním aterosklerózy, osoby s pozitivní rodinnou anamnézou, či u obézních jedinců (Cífková et al, 2005).

### 7.2.2 ÚPRAVA RIZIKOVÝCH FAKTORŮ

U jedinců, u kterých je odhaleno vysoké riziko vzniku KVO je nutná komplexní změna chování. Někteří praktičtí lékaři mohou toto zjištění brát na lehkou váhu a domnívat se, že krátkým doporučením změny dosavadních návyků, jejich role končí. Úprava rizikového chování však vyžaduje odbornou péči a individuální jednání. Ně kterým jedincům se může

zdat změna životosprávy nadměrně obtížná, jedná se o návyky, kterým holdovali několik let. To platí především u osob z nižších společenských vrstev, mající rutinní, nepřilíš finančně ohodnocené zaměstnání, nacházející se v obtížné finanční situaci, žijící osamělým životem, nebo se nacházejí ve stresové rodinné situaci. V rámci prevenci nežádoucích psychických stavů, které mohou vést až ke vzniku deprese je nutný citlivý přístup. Je nutné, aby dotyčná osoba pochopila především souvislost mezi chováním, zdravím a nemocí. Jedinečný význam na zdraví jedince má zanechání kouření. Je spojeno s 36% poklesem celkové mortality u nemocných s KVO. Relativní riziko vzniku infarktu myokardu se u kuřáků rapidně zvyšuje na rozdíl od nekuřáků ve stejném věku. Ve věkové hranici 30 – 39 let je relativní riziko infarktu 6,3krát vyšší u kuřáka (Češka et al, 2012).

*„Cigaretový kouř ničí nejen zdraví kuřáka, ale i lidí, kteří se pohybují, nebo žijí v prostředí naplněném zplodinami z tabákových výrobků (tzv. pasivní kouření)“* (Pradáčová, 2014, p. 2). Kouření tabáku dnes považujeme za jeden z nejhorších rizikových faktorů mnoha onemocnění. Jeho důsledky jsou tím horší, čím je organismus mladší. Oxid uhelnatý způsobuje poškození cév v celém těle a následkem tak poškození cév dolních končetin, mozku, srdce (Pradáčová, 2014).

Kuřákovi je nutné v tomto směru poskytnout odborné poradenství, v jeho snaze přestat být trpěliví a dotyčného za jeho odhodlání chválit. Tím, že se rozhodli přestat kouřit, otevřeli cestu k vnímání vlastního zdraví. Samozřejmostí by mělo být poskytnutí odborných rad, nebo odkázání do specializované poradny proti kouření. Je nutné zdůraznit, že po absolvování náročné cesty změny bude dotyčný pánem svého času. Kouření bude moct nahradit činnostmi, na které mu dřív nezbyval čas, energie, či dech. Bude se moci věnovat sportu, koníčkům, být aktivnější a mimo jiné se také zlepší se jeho finanční situace (Kozák a Králíková, 2003). Na obr. č. 6 můžeme vidět doporučený postup rozhovoru pro zanechání kouření.

Zdravý jídelníček je nezbytnou součástí celkové životosprávy. Důležitým krokem je konzumace zdravých a kvalitních potravin. *„Zdravá strava snižuje riziko několika mechanismy včetně snížení tělesné hmotnosti, snížení krevního tlaku, účinku na koncentrace lipidů, ovlivnění glykémie a snížení náchylnosti k trombóze“* (Cífková et al, 2005, p. 215). Strava by měla být pestrá a jídelníček sestavován s ohledem na hmotnost a energetický výdej dotyčného. U osoby s nadváhou je nutné zaměřit se na snížení hmotnosti, u jedinců s normální váhou bychom měli dát pozor na nárůst tělesné hmotnosti (Cífková et al, 2005).

Fyzickou aktivitu je nutné podporovat u všech věkových skupin, od dětí až po seniory. Zvláště pak skupinu s vysokým rizikem KVO. Doporučuje se 30 minut alespoň 5krát týdně přiměřené fyzické aktivity. *„Zdravým jedincům je třeba radit, aby si zvolili příjemné formy fyzické aktivity, které by vhodným způsobem zapadaly do jejich každodenních aktivit, ideálně*

v délce 30–45 minut, čtyřikrát až pětkrát týdně na úrovni 60–75 % průměrné maximální srdeční frekvence“ (Cífková et al, 2005, p.216). U nemocných s již zjištěným KVO je vyžadován individuální přístup.

Snižování tělesné hmotnosti u obézních jedinců má vždy své opodstatnění, stejně jako prevence nadváhy. „Snižování tělesné hmotnosti se důrazně doporučuje u obézních jedinců ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) nebo u jedinců s nadváhou ( $BMI 25,0\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$ ) i u jedinců s abdominální obezitou (obvod pasu  $> 102 \text{ cm}$  u mužů a  $> 88 \text{ cm}$  u žen)“ (Cífková et al, 2005, p. 216). Snížení hmotnosti vyžaduje nutnou dávku trpělivosti a silnou motivaci. Někdy je lepší, nechá-li si dotyčná osoba poradit od profesionála. Součástí pravidelných preventivních prohlídek by tak mělo být důkladně měření výšky a váhy, minimálně jednou ročně. U obézních osob se snažíme snížit tělesnou hmotnost o 10-15 %. Redukce váhy u těchto jedinců tak významně přispívá ke snížení rizik KVO (Češka et al, 2012).

Mezi další rizikové faktory můžeme zařadit hypertenzi, dyslipidémii, metabolický syndrom, či diabetes. Je proto nutné navštěvovat pravidelně svého praktického lékaře a nezanedbávat preventivní prohlídky (Češka et al, 2012).

## 8. POMOC S ODVYKÁNÍM KOUŘENÍ

### 8.1 MOTIVACE PACIENTA K NEKOUŘENÍ

Kmeťová a Štěpánková (In Soukup, 2014) nás informují o motivačních rozhovorech se specifickými cílovými skupinami, mezi které patří také kuřáci. Uvádí, že kouření a následná závislost na tabáku je celosvětovým problémem, který je potřeba řešit. Kuřáci trpí celou řadou vážných nemocí, ať už fyzických, tak psychických. Proto se snaží čím dál tím více vyhledávat pomoc u svých lékařů, ale i u např. lékárníků, psychologů, či stomatologů. Jelikož závislost na tabáku je psychosomatická, je zapotřebí poskytnout komplexní léčbu, jak farmaceutickou, tak psychoterapeutickou. Vhodnou metodou psychobehaviorální intervence je podle Soukupa kognitivně-behaviorální psychoterapie v kombinaci s léky. Důležité jsou také motivační rozhovory, psychická podpora a především pravidelné kontroly během odvykání (vzor schématu viz. příloha č. 2).

Základem pro odvykání kouření je především motivace. A jak nemocného správně motivovat? Soukup uvádí, že na začátku každého rozhovoru by měly být pacientovi položeny tři hodnotící otázky :

*„Jak důležité je pro klienta přestat kouřit*

*Na kolik si věří, že je toho schopen*

*Na kolik je v tomto okamžiku připraven přestat kouřit“*

(Kmeťová & Štěpánková in Soukup, 2014, p. 114)

Odpovědi na tyto otázky jsou pro nás důležité hlavně proto, abychom se mohli zaměřit na důvody pro změnu, nebo najít přímo řešení vedoucí ke změně. Je důležité znát klientovy představy, jeho postoje a cíle. Po zjištění těchto základních informací s ním můžeme vytvořit individuální plán a zapojit ho do terapeutického programu. Ten může probíhat buď individuálně, nebo skupinově, přičemž každá z těchto metod má své výhody. U individuálního sezení je to časová flexibilita a individuální práce, u skupin je potom možnost sdílet svoje dojmy s ostatními. Ve skupině se určí „hromadný“ den D, tedy den, kdy přestanou klienti kouřit, u individuální terapie se může začínat postupně. Důležitá činnost je především neustálá práce s motivací, která zahrnuje široké spektrum témat. Zajisté je to hledání důvodů, proč vlastně celou terapii klient podstupuje, jak zvládat bažení – touhu po cigaretě, vyhýbat se situacím, které vedou k chuti na cigaretu apod.

Kmeťová a Štěpánková dále uvádějí několik postupů, které praktikují u svých pacientů v Centru pro léčbu závislosti na tabáku v Praze, vycházející ze zkušeností načerpaných ze stáží na klinice Mayo.

Při odkrývání ambivalence a obav, které má pacient z odvykání, pomáháme odlišit reálné obavy od nereálných. Nereálné obavy („slyšel jsem, že když někdo přestane kouřit, může dostat infarkt“) se snažíme vyvrátit, v případě reálných obav zdůrazníme, že konkrétní příznaky lze vždy vyřešit jinak nežli kouřením.

Konkrétní plánování: Je vhodné promítnout si běžný den a situace, kdy pacient obvykle kouří, a připravit se na ně. Rizikovým situacím je možné se vyhnout, změnit jejich kontext nebo si připravit náhradní řešení.

Hledání vnitřních i vnějších zdrojů, které mohou pomoci udržet abstinenci.

Povzbuzení při zavádění dohodnutých změn do denního režimu, vyjádření ocenění a podpory, nabídka možnosti telefonické konzultace mezi návštěvami.

Zkoumání procesu odvykání: Je vhodné zeptat se pacienta, co se již zlepšilo ze somatického i psychického pohledu, nakolik se splnila jeho očekávání, co ho překvapilo atd..

Empatický přístup, podpora sebedůvěry a kompetencí pacienta jsou základem dlouhodobého úspěchu.

(Kmeťová & Štěpánková in Soukup, 2014, p. 115)

Autorky rovněž dodávají, že nevhodné je poučování, násilné přesvědčování, slibovat nemožné – typu: „nebojte, půjde to samo“.

## 8.2 ROLE ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

Sestry jsou nejpočetnějším povoláním ve zdravotnictví. V ČR jich je kolem 100 000. „*Pokud by každá sestra pomohla každý rok přestat kouřit jen jednomu kuřákovi, znamenalo by to každoročně o 100 000 kuřáků méně*“ (Malá, Felbrová, Kulovaná & Nohavová, 2015).

Každý zdravotník pečující o nemocné by se měl při každém příjmu citlivě optat, zda je kuřák, či nikoliv, případně mu nabídl pomoc dle jeho možností. Autorky Kmeťová a Štěpánková tvrdí, že nejjednodušší pomoc, kterou mohou pacientům poskytnout je předat jim informační leták Centra pro závislé na tabáku, nebo poskytnout krátkou radu a poradit, či odkázat na příslušné odborníky.

Každý pacient by měl mít ve své dokumentaci zaznamenáno, zda kouří. Podle toho by se měl zachovat ošetřující lékař, či sestra a nemocnému doporučit přestat kouřit. Zdravotničtí pracovníci by měli být schopni posoudit pacientovu motivaci a podle ní postupovat dál (Češka et al, 2012). „*V závislosti na možnostech konkrétního pracovníka je ve zdravotnické péči možné využít celé spektrum intervencí zaměřených na změnu chování – od krátké rady přes krátkou intervenci až po vlastní MR*“ (Soukup, 2014, p. 120).

Každý pacient reaguje na nemoc jiným způsobem. Zdravotník by měl být dostatečně empaticky vybaven na to, aby se dokázal vžít do jeho role. Přichází-li nemocný do nemocnice, v našem případě s akutním onemocněním, nachází se v nelehké situaci. Může trpět bolestmi, mít strach, cítit nejistotu, obavy apod. Přístup nemocného k chorobě je zcela subjektivní a může se lišit případ od případu. Ne každý nemocný tak může vnímat kouření jako možnou příčinu vzniku svého onemocnění. Od personálu se v takových chvílích neočekává odsuzování, ani poučování, nýbrž profesionální přístup, kdy by měl zdravotník s negativním postojem počítat. Rozdíly mezi postojem zdravotníka a nemocného se mohou lišit postavením v situaci, i osobním žebříčkem hodnot. Zdravotník - nekuřák by neměl odsuzovat nemocného – kuřáka za to, že kouřil, nebo že ani přes vzniklé onemocnění nehodlá přestat (Hermanová, Šrámková & Zacharová, 2007).

### **8.3 KRÁTKÁ INTERVENCE**

Krátkou intervencí je možné použít i ve velmi nedostačujících časových podmínkách. Cílem této krátké rady není dojít k okamžitému vyřešení situace, ale především o to, aby se klient nad svou situací zamyslel a pokusil se na ní podívat z jiného úhlu. Často právě tato malá rada může znamenat pokrok v řešení jeho ambivalence. Soukup (2014) nám představuje, jak bychom měli postupovat. V první části je nutné navázat pracovní vztah. Zde hraje roli první dojem, pacientovi se představíme, snažíme se o získání důvěry. Značný podíl v této fázi má rovněž nonverbální komunikace – tón hlasu, projev zájmu, oční kontakt aj. Dalším krokem je vymezení tématu, které chceme řešit, musíme brát však ohled na nedostatek času a pacienta na to upozornit, popřípadě se s ním individuálně domluvit, co by chtěl řešit nyní a co nechat třeba na příště. Další fázi musí pracovník posoudit motivaci klienta a na základě toho zvolit další postup. Můžeme hlouběji prozkoumat ambivalenci, či debatovat o změně (jaké by přinesla výhody, co by bylo pro něj lepší aj.). Klienta neustále podporujeme, zaměřujeme se na získání důvěry, hledání odvahy a naděje. Na závěr se zeptáme nemocného,



co mu tato intervence dala, zda může v tomto směru něco sám do příště udělat. Soukup (2014) dále udává, že společnými složkami krátkých intervencí jsou: aktivní naslouchání, empatie, respekt, zpětná vazba, nabídka možných způsobů pro změnu, zdůraznit osobní odpovědnost a jasně doporučit změnu rizikového chování.

Jako první krok k zanechání kouření by měl nemocný přijmout fakt své bezmocnosti vůči návykové látce, teprve potom může následovat pokrok. Pacient si musí uvědomit, že se zcela podřídil droze a není schopný si představit život bez ní (Rotgers et al, 1999).

I krátká rada může být u klienta za určitých okolností důležitým krokem ke změně rizikového chování. „*Přístup pracovníka je ještě direktivnější než při krátké intervenci a jeho postoj je spíše postojem experta. Podmínkou její účinnosti je projev zájmu o klienta a respektu k jeho autonomii a zodpovědnosti*“ (Soukup, 2014, p. 128). Cílem takovéto rady je posílit u klienta uvažování o změně.

Informace bychom měli poskytovat vždy se souhlasem klienta, aktivně se ptáme, co si dotyčný o poskytnutých informacích myslí, měli bychom využívat otevřené otázky a občasná shrnutí. (Soukup, 2014)

Strategie, pomocí které mohou všichni zdravotničtí pracovníci pomoci v zanechání kouření je následujících 5P. *Ptát se*: aktivně vyhledávat kuřáky. *Posoudit*: na jakém stupni závislosti a v jaké fázi změny se kuřák nachází. *Poradit*: motivovat ke změně, nabídat k zanechání kouření. *Pomáhat*: domluvit se na strategii zanechání kouření včetně poradenství, či odkázání na specializované pracoviště. *Připravit*: na další schůzky, či návštěvy (Cífková et al, 2005).

## 9. KARDIOCENTRUM FNKV

Kardiocentrum ve FNKV má dlouholetou tradici. Z původně malého kardiologického oddělení postupně vznikla největší kardiologická klinika v ČR. Dnes zaujímá první příčku v ČR co se týče hospitalizovaných kardiaků (Gregor et al, 2015).

Centrum se dělí na kardiochirurgickou a III. interní-kardiologickou kliniku. Obě kliniky spolu úzce spolupracují, lékaři se účastní společných seminářů, poskytují si navzájem odborná konsilia a vyšetření. III. Interní-kardiologická klinika, kde probíhal náš výzkum, se dále dělí na 5 divizí: *akutní kardiologie, intervenční kardiologie, arytmiologie, neinvazivní kardiologie a angiologie*. III. interní-kardiologická klinika poskytuje svým pacientům komplexní lůžkovou i ambulantní péči. Má celkem 123 lůžek, z toho 56 monitorovaných (Gregor et al, 2015).

Nemocné s AKS přijímá kardiocentrum FNKV ze širší spádové oblasti. V ČR existuje 12 funkčních kardiocenter, to znamená, že širší spádová oblast znamená zhruba 900 000 obyvatel a jelikož pacienti mají právo volby kardiocentra, není tato skupina nijak specifikována. Při vážném podezření na AKS (elevace, či deprese ST na EKG), jsou obvykle pacienti přivezeni záchrannou službou rovnou na katetrizační sál a poté umístěni na lůžko koronární jednotky, k dalšímu doléčení je pacient po cca 2-3 dnech přeložen na standardní oddělení (Gregor et al, 2015).

III. interní-kardiologická klinika vlastní jeden katetrizační sál, kde se provádí celá řada vysoce specializovaných zákroků. Každý rok zde lékaři provedou cca 2500 diagnostických katetrizací srdce, z toho je 900-1000 intervencí z čehož kolem 300 jsou invazivní výkony pro akutní infarkt myokardu. Dle výroční zprávy FNKV bylo za rok 2014 provedeno 2 518 intervenčních zákroků. Katetrizační sál funguje nepřetržitě a ve spolupráci s divizí akutní kardiologie poskytuje léčbu nemocným s akutním kardiálním onemocněním – především jde o AKS (Gregor et al, 2015). Dle výroční zprávy FNKV (2014) bylo za rok 2014 provedeno 2 518 intervenčních zákroků v kardiologii.

### 9.1 POUČENÍ NEMOCNÉHO PŘI PROPUSŤENÍ

AKS je onemocnění, které vzniká působením několika rizikových faktorů. Při rekonvalescenci je tedy nutné, zaměřit se na pacienta a jeho chování komplexně. Ačkoliv je

farmakoterapie velice zásadní v léčbě AKS, i přes veškeré pokroky zůstávají pacienti ve vysokém riziku opakování nemoci. Podle Matese a Ošťádal (2013) může kromě již zmíněné farmakoterapie zásadně přispět k lepší prognóze také úprava životního stylu a hlídání dalších rizikových faktorů.

## 9.2 INTERVENCE V KARDIOCENTRU FNKV

Samotná prognóza kuřáků na rozdíl od nekuřáků je významně závažnější. „*Observační studie ukázaly, že pacienti, kteří přestali kouřit po AKS, měli nižší mortalitu ve srovnání s těmi, kteří v kouření pokračovali. Zdá se, že odvyknutí kouření je vůbec nejúčinnějším sekundárně preventivním opatřením u AKS*“ (Mates & Ošťádal 2013, p. 65). Mates s Ošťádalem (2013) dále uvádějí, že u pacientů v akutní fázi AKS je běžné zanechání kouření, avšak k cigaretě se zanedlouho vrátí. Proto je zde vhodné doporučit varianty jak zanechat kouření, popřípadě odkázat na specializované poradny, kde mu s jeho problémem pomohou.

Nemocného bychom měli poučit, jaké alternativy léčby jsou. Buď mu bude stačit krátká intervence, která bude především zaměřená na nejčastější kuřácké situace, jak se jim vyhybat, popř. jak je zvládnout, nebo existuje farmakoterapie (Češka et al, 2012).

O tom, jak vnímají nemocní svůj zdravotní stav, na kolik si jsou vědomi, že příčinou vzniku jejich nemoci může být právě kouření a zda ho hodlají alespoň omezit, bude následné výzkumné šetření provedeno v kardiocentru FNKV.

Velice důležitá je změna jídelníčku, jedná se především o konzumaci pestré stravy, zvýšení příjmu ovoce a zeleniny, celozrnných cereálií a chleba, ryb, libového masa, nízkotučných léčebných výrobků a snížení příjmu soli. Pro plošné přidávání antioxidantů, vitamínů, nebo látek snižujících hladinu homocysteinu u pacientů po AKS nejsou v současnosti žádné podporující doklady (Mates a Ošťádal, 2013).

Již řadu let má v časně rekonvalescenci u nemocných po prodělaném AKS dostatečná fyzická aktivita. Pravidelný pohyb způsobuje zlepšení endoteliálních funkcí, snižuje progresi koronární aterosklerózy, zmenšuje riziko vzniku trombu a podporuje vznik kolaterál. Je prokázáno, že pravidelná fyzická aktivita vede ke zlepšení celkové fyzické kondice, k pozitivnímu vnímání vlastního zdraví a dokonce může snižovat celkovou

mortalitu. Mates a Ošťádal (2013) doporučují nemocným po AKS pravidelný aerobní trénink se střední zátěží, minimálně 5x týdně a to alespoň 30 minut.

Při propuštění nemocného do domácího léčení bychom ho neměli zapomenout upozornit na nutnost pravidelných kontrol u svého kardiologa. Doporučuje se pečlivá kontrola krevního tlaku a to s vizí, že systolický tlak nepřesáhne hodnotu 140 mmHg (Češka et al, 2012).

U nemocných po prodělaném AKS se můžeme často setkávat s příznaky deprese a úzkostných stavů, které mohou mít za následek zhoršení prognózy. *„Paušální podávání antidepressív po infarktu se však neukázalo být prospěšné, a je proto doporučován individuální přístup. Jedna menší prospektivní klinická studie naznačila, že prognózu po infarktu může zlepšit organizovaný program zvyšování odolnosti ke stresu“* (Mates a Ošťádal, 2013, p. 67).

U každého pacienta po prodělaném AKS je při doporučování k běžným aktivitám nutný individuální přístup. Musí se zhodnotit celkový fyzický i psychický stav a zohlednit přidružená onemocnění, či následky vzniklé koronární příhodou. Mates a Ošťádal (2013) dodávají, že nejsou doporučovány dálkové lety a to 4-6 týdnů po onemocnění u pacientů s reziduální ischémií, nebo dysfunkcí levé komory.

Zda nemocný uposlechne rady lékařů a zdravotníků, záleží na mnoha skutečnostech, které rozhodnutí ovlivňují. Aby zdravotník pacienta kladně ovlivnil ke změně, musí být dotyčný přesvědčen, že to, co mu lékař radí, skutečně pomůže. Nemocný si musí připadat jako partner, měl by mít pocit, že je mu nasloucháno a své onemocnění by měl chápat jako vážné a nezlehčovat ho (Křivohlavý, 2002).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 10. CÍLE A HYPOTÉZY

### 10.1 FORMULACE CÍLŮ

1. Posoudit souvislost mezi kouřením tabákových výrobků se vznikem AKS zejména s ohledem na věk
2. Zjistit postoj nemocných – kuřáků k vlastnímu zdraví

### 10.2 FORMULACE HYPOTÉZ

**Hypotéza č. 1:** Většina nemocných s AKS budou současní, nebo bývalí kuřáci.

**Hypotéza č. 2:** Prevalence kuřáctví mezi pacienty s AKS se bude zvyšovat s klesajícím věkem.

**Hypotéza č. 3:** Většina kuřáků s AKS by raději nekouřila.

**Hypotéza č. 4:** Většina kuřáků s AKS nebude považovat kouření za hlavní příčinu svého onemocnění.

**Hypotéza č. 5:** Většina kuřáků s AKS během hospitalizace nekouří.

## 11. METODIKA VÝZKUMU A URČENÍ VÝBĚROVÉHO VZORKU

Pro naši práci jsem jako metodu pro získávání dat zvolila formu řízeného rozhovoru podle vytvořeného dotazníku, který obsahuje jak otázky otevřené, tak uzavřené (viz příloha č.). Dotazník měl celkem devět položek, byl zpracováván za pomoci tazatele. Respondentovi byl vysvětlen záměr rozhovoru a byl požádán o spolupráci při zpracování bakalářské práce. První dvě otázky byly populačně-demografické, získávající identifikaci pacienta. První otázka byla otevřená, respondent měl vyplnit svůj věk, druhá byla dichotomická, určující pohlaví. Položky 3 – 6 byly určené pro rozlišení kuřáků a nekuřáků.

Měly nám odhalit, zda už se dotazovaný léčil na KVO někdy v minulosti, zda se podobné onemocnění vyskytlo již u něho v rodině a co považuje za hlavní příčinu svého onemocnění. Položky 3 – 5 byly polouzavřené, s možností doplnění konkrétního údaje. 6. otázka byla výběrová, nabízející možnost jedné z připravených odpovědí, nebo mohl respondent vložit vlastní. Položky 7 – 9 byly určené pouze aktivním kuřákům, zde jsem zjišťovala zda nemocní kouří i během hospitalizace, zda chtějí přestat kouřit a jestli by chtěli navštívit centrum pro závislé na tabáku. Otázka č. 7 byla polootevřená, nabízející možnost doplnění, kam chodí pacient kouřit v nemocnici, položky č. 8 a 9 byly uzavřené, nabízející výběr z několika určených možností. Otázka č. 9 byla trichotomická. Na základě jednotlivých odpovědí z dotazníku, jsem shromáždila data.

Výzkumné šetření probíhalo od 1. 10. 2015 do 1. 3. 2016. Respondenti byli určení náhodným výběrem. Vybíralo se však pouze ze skupiny pacientů s AKS, kteří byli v té době hospitalizováni na III. Interní kardiologické klinice FNKV. Pacienti byli starší 18ti let, bez ohledu na pohlaví, či bydliště. Jelikož se jednalo o zkoumání lidského subjektu, byli všichni respondenti na začátku rozhovoru ujištěni v tom, že veškerá data budou použita pouze ke zpracování bakalářské práce, všechny informace jsou anonymní a považovány za důvěrné. Ke zpracování výzkumu bylo využito celkem 66 vyplněných dotazníků s pacienty s AKS. Výzkum byl rovněž schválen etickou komisí, náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestrou III. interní-kardiologické kliniky FNKV (viz. 5, 6 a 7).

Celkem jich bylo osloveno 74, ale 8 z nich účast odmítli. Necítili se dobře, nebo neměli náladu si povídat. Výzkum jsem prováděla sama s pomocí zdravotnického personálu III. Interní kardiologické kliniky FNKV. Řízený rozhovor podle předem připraveného dotazníku probíhal vždy přímo na pokoji pacienta. Délka trvání rozhovoru byla zhruba 10-15 minut. Většina rozhovorů probíhala na lůžkovém oddělení E, kde pracuji jako všeobecná

sestra, menší část na ostatních odděleních kliniky. Pacienti s AKS byli na naše oddělení buď rovnou přijati, nebo se k nám dostali jako překlad z koronární jednotky.

Moje kolegy jsem o svém výzkumu poučila, a oni mě poté informovali o přítomnosti pacienta s diagnózou AKS na našem oddělení. Respondenty jsem si tedy vyhledávala sama, nebo mě na přítomnost vhodných pacientů upozornili kolegové. Jelikož pro mě nehrály během šetření žádnou roli osobní data pacientů, nemuseli se účastníci obávat jejich zneužití, či případného působení negativních vlivů na jejich osobu. Přesto jsem každému účastníkovi zdůraznila, že jejich osobní data nebudou zneužita a ve výsledné studii nebudou užita jejich jména. Před každým rozhovorem jsem se nemocného zeptala, zda souhlasí s poskytnutím rozhovoru, nesouhlas vyjádřilo 8 pacientů ze 74 dotazovaných.

Výsledky jsem číselně vyhodnotila a využila jako součást praktické části mé bakalářské práce. Pro vypracování výsledků jsem využila programu Microsoft Office Word for MAC 2011 a Microsoft Excel. Pro znázornění odpovědí byly vybrány jednoduché tabulky, ve kterých jsem výsledky převedla do procentuálního vyjádření a následně je graficky znázornila. U každé položky je uvedený stručný komentář.

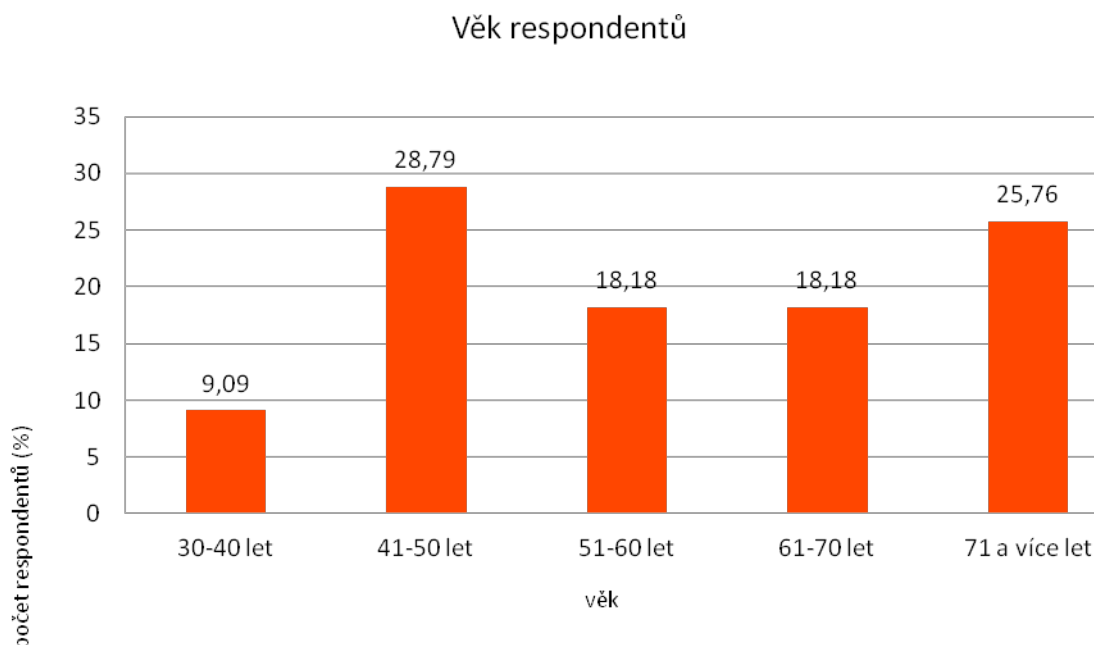
## 12. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### 12.1 VĚK RESPONDENTŮ

Tabulka č. 1: Věk respondentů

30-40 let	41-50 let	51-60 let	61-70 let	71 a více let	celkem
6	19	12	12	17	66
9,09%	28,79%	18,18%	18,18%	25,76%	100,00%

Věková hranice respondentů (N = 66) se nejčastěji pohybovala mezi 41-50 (19 pacientů) a 71 a více lety (17 pacientů). Ve věkové hranici 51-60 a 61-70 let spolupracovalo shodně po 12 pacientech. Ze skupiny 30-40letých nemocných se účastnilo výzkumu 6 nemocných. Pod 30 let nebyl žádný respondent, v tomto věku jsou pacienti s AKS hospitalizováni spíše výjimečně.



Graf č. 1: Věk respondentů

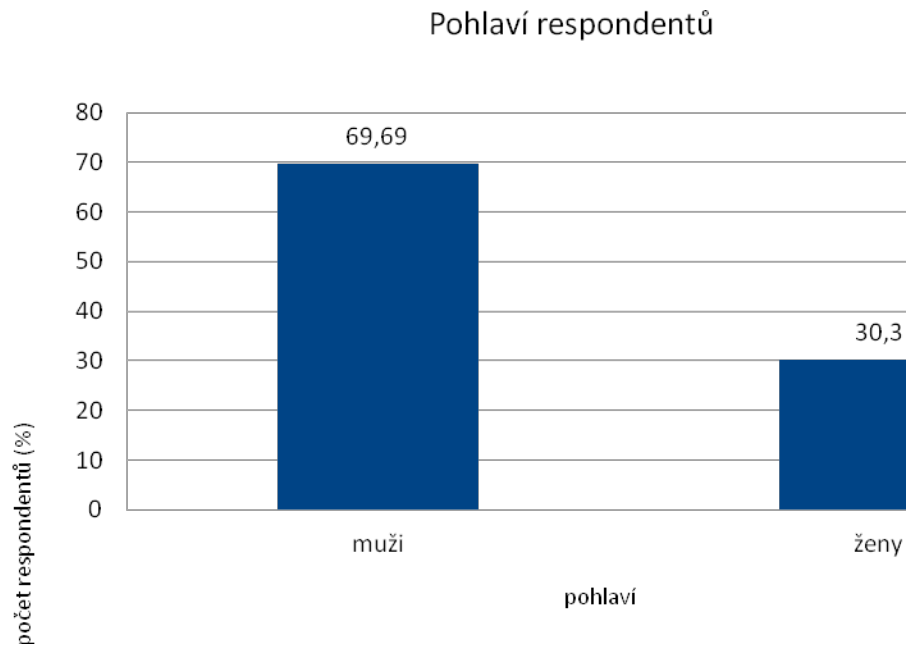


## 12.2 POHLAVÍ RESPONDENTŮ

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Muži	Ženy	celkem
46	20	66
69,69%	30,30%	100,00%

Pohlaví patří k neovlivnitelným rizikovým faktorům AKS. I z toho důvodu byli mezi mými respondenty (N = 66) převážně muži, a to v počtu 46. Žen se účastnilo 20.



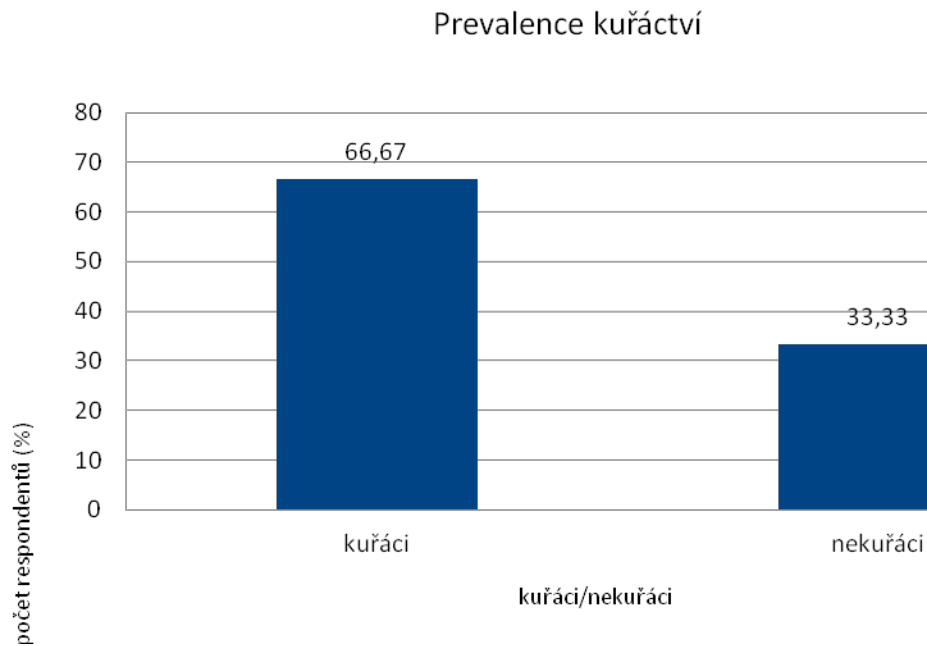
Graf č. 2: Pohlaví respondentů

## 12.3 PREVALENCE KUŘÁCTVÍ

Tabulka č. 3: Prevalence kuřáctví

nekuřáci	kuřáci	Celkem
22	44	66
33,33%	66,67%	100,00%

Z 66ti respondentů (N = 66) bylo 44 kuřáků, mezi které počítám i ty bývalé. Je to celých 66,67%. Jedná se o osoby, které kouří, nebo kouřili denně a během svého života tak vykouřili 100 a více cigaret. 22 osob se označilo za nekuřáky, z čehož 6 přiznali, že během svého života, většinou v raném mládí-nepamatují si přesně věkovou hranici), vykouřili méně než 100 cigaret.



Graf č. 3: Prevalence kuřáctví

Tabulka č. 4: Současní vs. bývalí kuřáci

současní kuřáci	bývalí kuřáci	celkem
32	12	44
72,73%	27,27%	100,00%

Převážná většina z kuřáků (N = 44), byly osoby, které kouřily v době výzkumu aktivně, tedy až do vzplanutí jejich onemocnění, jednalo se celkem o 32 nemocných. Zbylých 12 pacientů uvedlo, že jsou bývalými kuřáky.

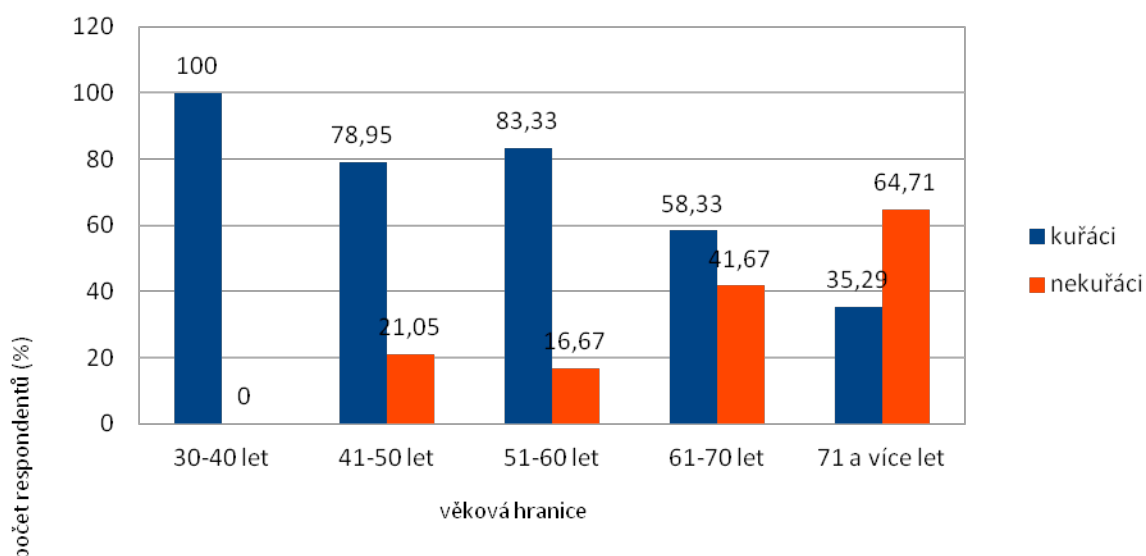
## 12.4 PREVALENCE KUŘÁCTVÍ S OHLEDEM NA VĚK

Tabulka č. 5: Prevalence kuřáctví s ohledem na věk

	30-40 let	41-50 let	51-60 let	61-70 let	71 a více let	Celkem	Celkem (%)
kuřáci	6	15	10	7	6	44	100,00%
nekuřáci	0	4	2	5	11	22	100,00%

Zde je patrné, že prevalence kuřáctví klesá se stoupajícím věkem (N = 66). Ve věkové hranici 30 – 40 let mají 100% převahu kuřáci, jedná se 6 nemocných. Ve věku 41 – 50 let je tomu podobně, celkem 15 nemocných kouří, pouze 4 jsou nekuřáci. Ve věkové skupině 51 – 60 let se objevili 2 nekuřáci, kuřáků 7. Ve věkové hranici 61 – 70 let jsou počty celkem vyrovnané, jedná se o 7 kuřáků oproti 5 nekuřákům. Ve věku 71 a více let je již patrná sestupná tendence kuřáků, 6 oproti 11 nekuřákům. Faktem je, že starší senioři mají vyšší tendence ke vzniku AKS díky svým komorbiditám, oproti lidem v mladším věku, kteří ovšem předcházejí rizikovým faktorům. V této položce jsou zahrnutí kuřáci jak současní, tak bývalí.

### Prevalence kuřáctví s ohledem na věk



Graf č.4: Prevalence kuřáctví s ohledem na věk

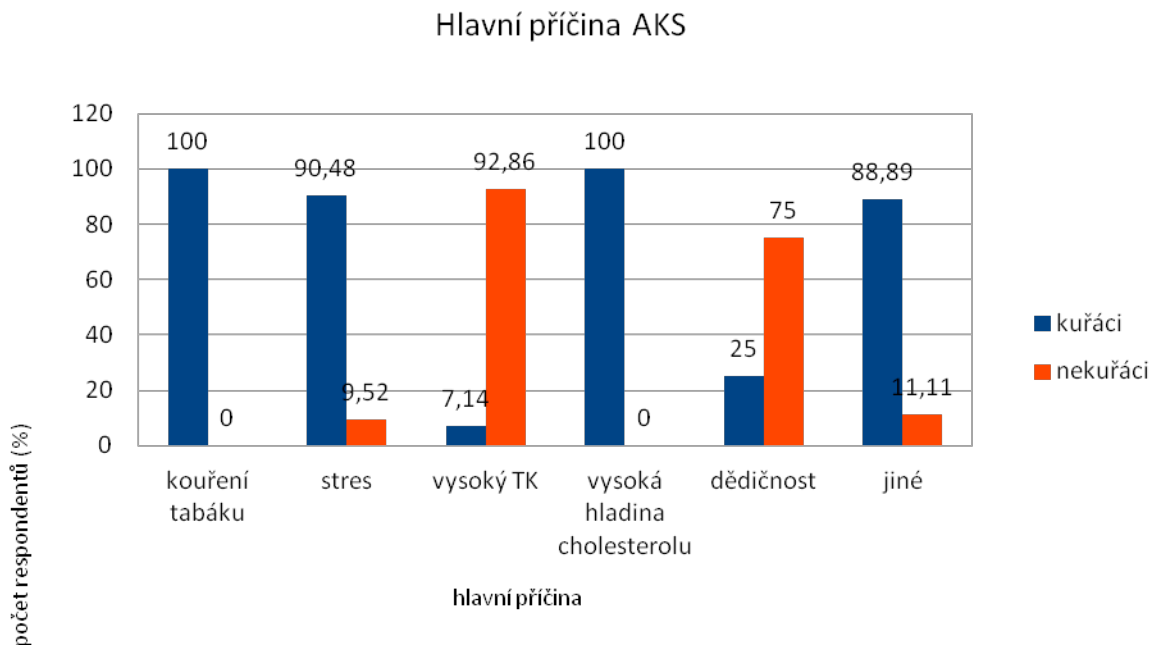
## 12.5 HLAVNÍ PŘÍČINY VZNIKU AKS

Tabulka č. 6: Hlavní příčina AKS

	kouření tabáku	stres	vysoký TK	vysoká hladina cholesterolu	dědičnost	jiné	celkem
kuřáci	10	19	1	4	2	8	44
nekuřáci	0	2	13	0	6	1	22
Celkem (%)	15,15%	31,82%	21,21%	6,06%	12,12%	13,64%	100,00%

Zde je překvapivé, že většina kuřáků (N= 66) nepovažuje jako hlavní příčinu svého onemocnění kouření tabáku. Za viníka považují především zrychlený způsob života, díky kterému se dostávají do stresu, a to celkem 19 osob. Vysokou hladinu cholesterolu považují za příčinu svého onemocnění 4 pacienti, dědičnost 2, kouření tabáku 10 z dotazovaných. Možnost *jiné* v otázce „Co považujete za Hlavní příčinu vašeho onemocnění“ udalo 8 nemocných. Odpovědi byly různé, například že se jim „to“ stalo z nedostatku pohybu, díky špatné péči lékařů, užívání hormonální antikoncepce aj.

Nekuřáci dávají za vznik onemocnění vinu především vysokému krevnímu tlaku (13 osob), či dědičnosti (6 osob). Stres jako příčinu AKS považují 2 nekuřáci a „jiné“ příčiny označil pouze 1. V této položce jsou zahrnuti kuřáci jak současní, tak bývalí. Na následujícím grafu můžeme spatřit poměr kuřáků a nekuřáků u jednotlivých příčin.



Graf č. 5: Hlavní příčina AKS

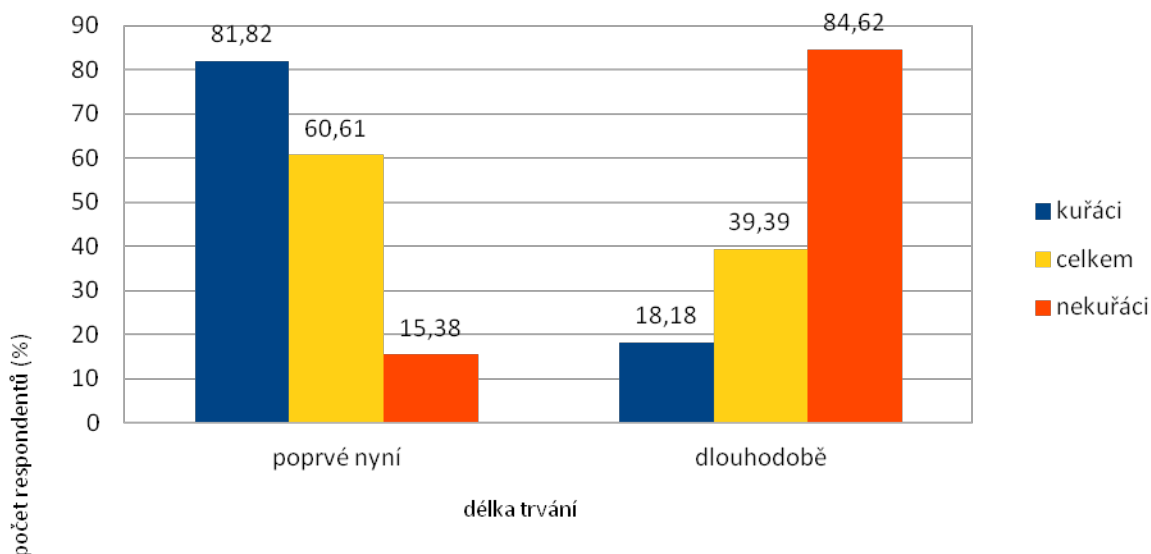
## 12.6 DÉLKA TRVÁNÍ KVO

Tabulka č. 7: Délka trvání KVO

	kuřák	nekuřák	celkem	Celkem v %
poprvé	36	4	40	60,61%
dlouhodobě	8	18	26	39,39%
celkem	44	22	66	100,00%

Zde můžeme vidět patrný rozdíl v délce trvání KVO u kuřáků a naopak u nekuřáků. Celkem 36 kuřáků (N = 44) udalo, že se nikdy na KVO neléčili, jejich onemocnění se projevilo až nyní. Oproti nekuřákům (N = 22), u kterých většina nemocných (18 osob) uvedla, že se na KVO léčí již řadu let. Sečteme-li všechny nemocné s AKS dohromady, převažuje fakt, že většina, celkem 60,61 % se na KVO v minulosti neléčila. V této položce jsou zahrnuti kuřáci jak současní, tak bývalí.

Délka trvání KVO



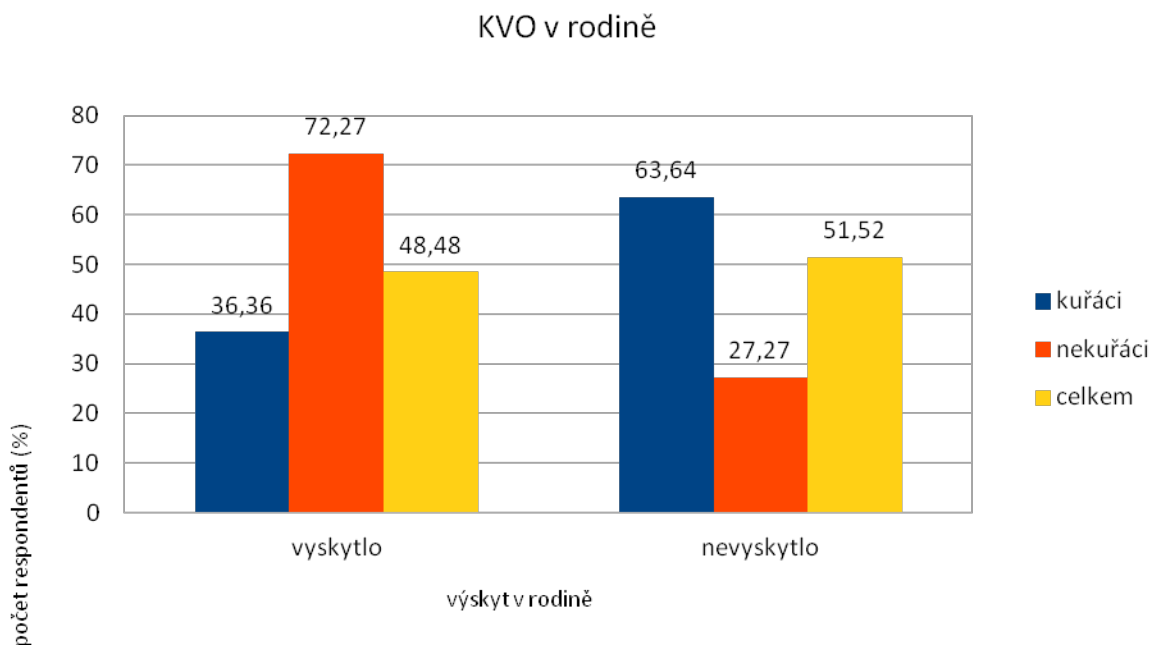
Graf č. 6: Délka trvání KVO

## 12.7 VÝSKYT KVO V RODINĚ

Tabulka č. 8: Výskyt KVO v rodině

	kuřák	nekuřák	celkem	Celkem v %
vyskytlo	16	16	32	48,48%
nevyskytlo	28	6	34	51,52%
celkem	44	22	66	100,00%

Většina z kuřáků (N = 44), celkem 63,64% uvedla, že KVO se v jejich rodině nikdy nevyskytla, oproti nekuřákům (N = 22), kde je situace opačná, zde se jedná o 72,27 % nemocných, kteří tvrdí, že se v jejich rodinách naopak KVO vyskytlo. Celkově u všech nemocných s AKS je výskyt v rodině celkem vyrovnaný. V této položce jsou zahrnutí kuřáci jak současní, tak bývalí.



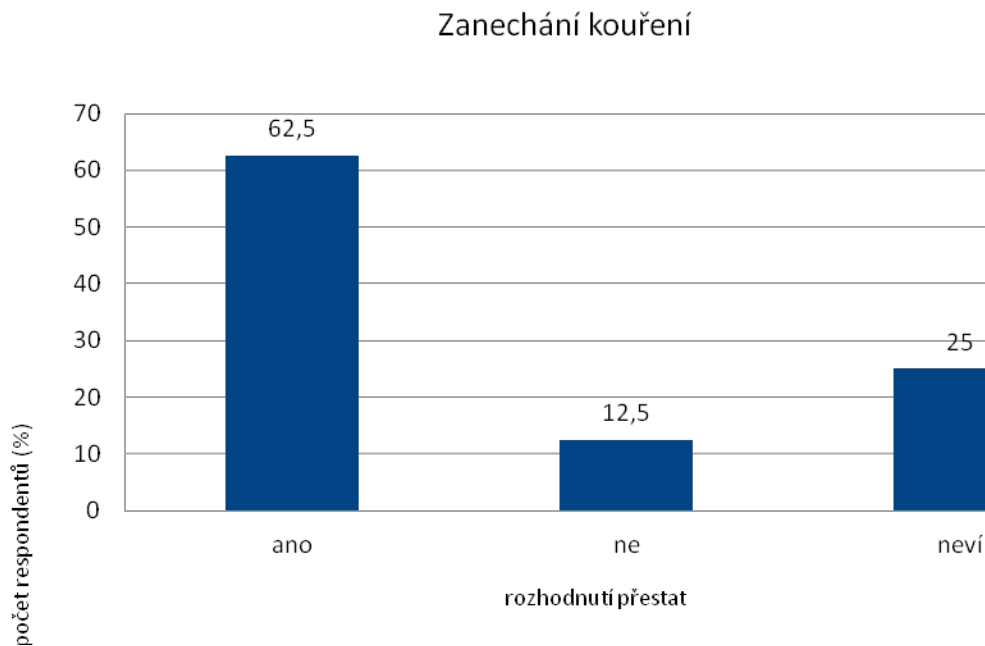
Graf č. 7: Výskyt KVO v rodině

## 12.8 MOTIVACE PŘESTAT KOUŘIT

Tabulka č. 9: Zanechání kouření

ano	ne	nevím	celkem
20	4	8	32
62,50%	12,50%	25,00%	100,00%

Z této analýzy je patrné, že většina kuřáků by ráda přestala kouřit. Jedná se celkem o 20 z celkového počtu 32 nemocných (N = 32). 8 z nich ještě neví a pouze 4 zatím přestat nechtějí. Pokud respondenti zvolili možnost „ano“, měli ještě na výběr určit, zda na jejich rozhodnutí mělo zásadní vliv nynější onemocnění, všichni shodně uznali, že ano. Někteří uvedli, že rozhodnutí byli už dávno, nynější onemocnění jim to jen utvrdilo a snad také poposunulo k prvnímu kroku na cestě odvykání.



Graf č. 8: Zanechání kouření



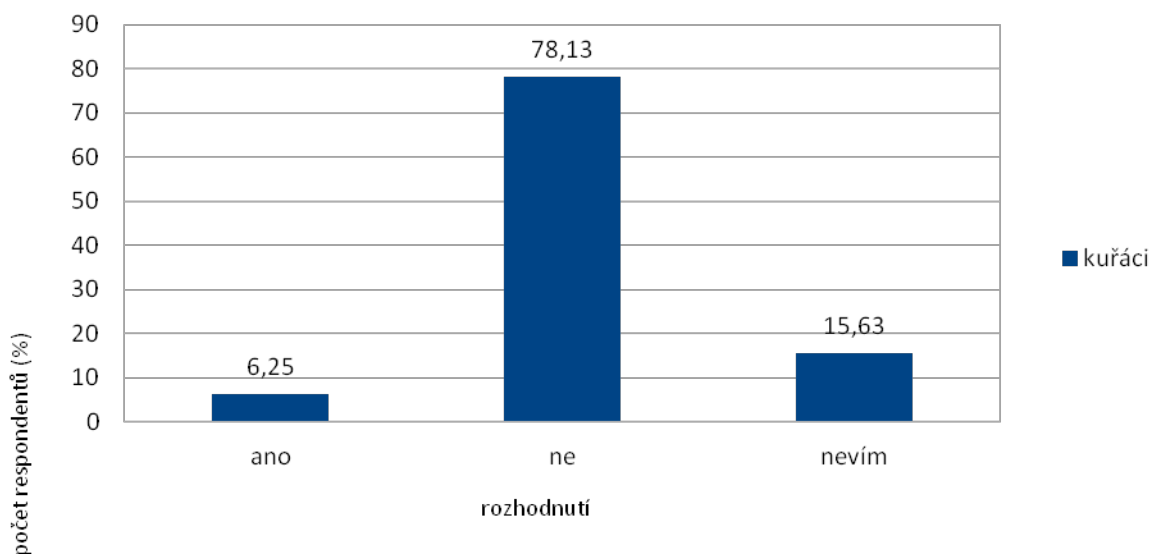
## 12.9 CENTRUM PRO ZÁVISLÉ NA TABÁKU

Tabulka č. 10 Centrum pro závislé na tabáku

ano	ne	ano, do budoucna	celkem
2	25	5	32
6,25%	78,13%	15,63%	100,00%

Centrum pro závislé na tabáku byli v době provádění rozhovoru pevně rozhodnutí navštívit jen 2 pacienti. Z celkového počtu 32 kuřáků (N = 32) se jich 25 vyjádřilo, že navštívit centrum pro závislé na tabáku nepotřebují, až budou chtít, přestanou sami, bez cizí pomoci. 5 z nich uvedlo, že do budoucna by centrum pro závislé na tabáku rádi navštívili.

Centrum pro závislé na tabáku



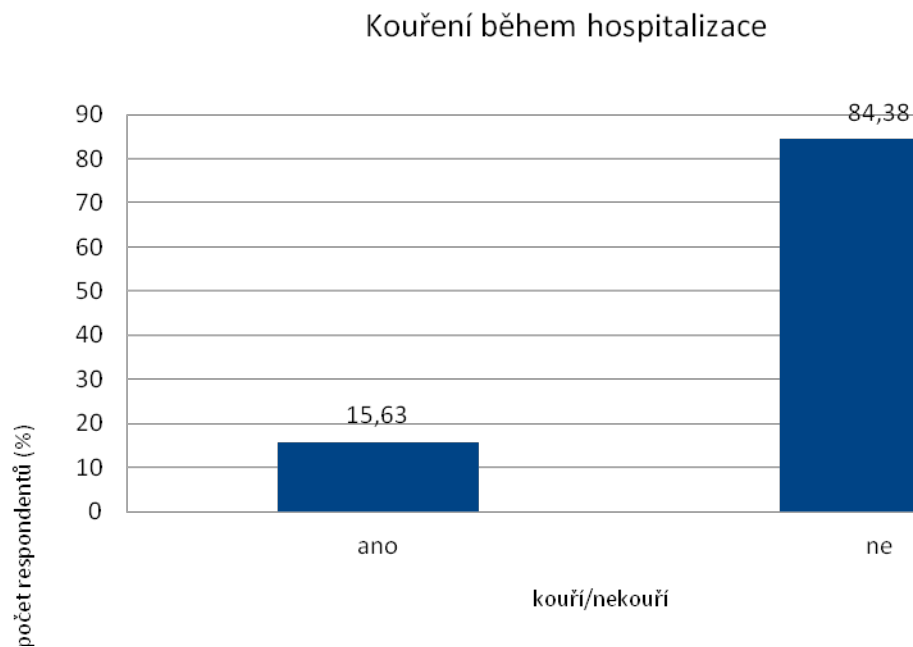
Graf č. 9: Centrum pro závislé na tabáku

## 12.10 KOUŘENÍ TABÁKU BĚHEM HOSPITALIZACE

Tabulka č. 11: Kouření během hospitalizace

ano	ne	celkem
5	27	32
15,63%	84,38%	100,00%

Během hospitalizace byli nemocní s AKS ukáznění a většina uvedla, že v nemocnici nekouří, celkem 27 z dotazovaných (84,38 %). 3 přiznali, že chodí kouřit ven, a to před budovu (15,63%). N = 32.



Graf č. 10: Kouření během hospitalizace

## 13. DISKUSE

Do mého výzkumu bylo zapojeno 66 respondentů. Jelikož jsem zpracovávala kvantitativní výzkum, je mi jasné, že by bylo potřeba mít účastníků více. Vinu dávám především tomu, že jsem nebyla každý den na oddělení, a část nemocných mi tak mohla uniknout. Pacienti s AKS jsou primárně přijímáni na koronární jednotku, teprve následně jsou přijati na naše standardní oddělení k dovyšetření. Ačkoliv jsem se snažila provádět výzkum i na koronární jednotce a na ostatních odděleních kliniky, nebylo vždy jednoduché tam tyto pacienty zastihnout.

Možná by byla vhodnější metoda kvalita, vybrala bych si menší část pacientů s AKS a orientovala bych se na kvalitu jejich života více do hloubky, možná by to pro mě mohlo být inspirací pro další výzkum. Je třeba počítat s faktem, že data nemusí být dostatečně validní, jelikož pacient po akutním onemocnění uvažuje trochu odlišně. Mění se pro něj sociální role, je ovlivněn nemocí. V tu chvíli tak může uvažovat o tom, že změní svůj životní styl, že určitě přestane kouřit, ovšem realita bude později jiná. Možná by zde byla zajímavá opět kvalita, vybrat si skupinu nemocných a pozorovat jak s odstupem času realizují svá rozhodnutí.

V podkapitole o pohlaví respondentů mi vyšlo, že se výzkumu účastnilo 69,69 % mužů, a pouze 30,30 % žen (viz. tab. č. 2 a graf č. 2). Muži mají obvykle výrazně vyšší riziko vzniku aterosklerózy, než ženy do menopauzy. Pokud žena po menopauze neužívá substituční terapii, riziko AKS se zvyšuje, což je zapříčiněno protektivním účinkem estrogenů související s vyššími koncentracemi HDL cholesterolu. To znamená, že poměr mužů a žen se v pozdější věkové kategorii vyrovnává (Češka et al, 2012). V podkapitole o kuřáctví jsem dospěla k závěru, že mezi respondenty bylo 66,67 % kuřáků, tedy většina (viz. tab. č. 3 a graf č.3). Kouření cigaret výrazně zvyšuje vznik ICHS a i celkovou úmrtnost na KVO. Riziko nesnižuje ani kouření cigaret s nízkým obsahem nikotinu.

Důležité je, že riziko sekundárního vzniku kardiovaskulární příhody se výrazně snižuje, přestane-li nemocný ihned kouřit, prakticky po několika měsících od proběhlé nemoci se pacient dostane na úroveň nekuřáka (Češka et al, 2012). To je potřeba nemocnému zdůraznit, může se jednat o výraznou motivaci. Zajímavá je analýza kuřáctví s ohledem na věk. Zde bylo zjištěno, že prevalence kuřáctví klesá se zvyšujícím se věkem. Nejvyšší zastoupení kuřáků je ve věkové kategorii 30-40 let, postupně ve dalších kategoriích je prevalence celkem vyrovnaná, podstatně klesá ve věku 61-70 let, kdy naopak výrazně přibývá nekuřáků. Věk je jedním z rizikových faktorů pro vznik AKS, a to především ve věku nad 75

let (viz tab. č.5 a graf č. 4). Riziko je individuální, s ohledem na celkový biologický stav organismu a přítomností přidružených komorbidit. U starších nemocných končí AKS často fatálně, to je zapříčiněno především nízkou manifestací příznaků až asymptomatickým průběhem (Mates & Ošťádal, 2013). Je tedy možná teorie, že na rozdíl od seniorů, u kterých souvisí vznik AKS s přidruženými komorbiditami, je u mladších pacientů nejčastějším rizikovým faktorem kouření, tomu nasvědčuje i fakt, že ve věkové kategorii 30-40 let nebyl žádný nekuřák. Další zajímavé zjištění bylo, že většina kuřáků nepovažuje kouření za hlavní příčinu svého onemocnění (viz. tab. č. 6). Nejvíce z nich uvedlo, že za nejpodstatnější příčinu považují stres, na rozdíl od nekuřáků, kde stres nevedl nikdo z nich (viz. graf č. 5).

Dalo by se tedy uvažovat nad tím, že kuřáci bývají více ve stresu, než nekuřáci? Existují doklady o tom, že zvýšená náchylnost na stres předchází vzniku závislosti (Králíková, 2013). Kouření snižuje toleranci organismu ke stresu, nikotin stimuluje tvorbu adrenalinu a jelikož není možné tohoto hormonu vyrábět nekonečné množství, může se stát, že v okamžicích stresu, ho bude nedostatek (Battisonová, 1999). Další zjištění se týká skutečnosti, že u většiny kuřáků vzniklo KVO náhle, nikdy v minulosti se neléčili (viz. tab. č. 7 a graf č. 6). Je tedy velmi pravděpodobné, že příčina vzniku jejich nemoci je právě kouření. Na rozdíl od nekuřáků, kteří jsou již v péči kardiologa. Zde je vysoká pravděpodobnost, že u nich byl vznik AKS zapříčiněn na podkladě již existujících kardiovaskulárních příčin, jako je hypertenze, či vysoká hladina cholesterolu. S tím může souviset i fakt, že většina respondentů - kuřáků uvedla, že v jejich rodinách se nikdy KVO nevyskytlo (viz. tab. č. 8 a graf č. 7). Na rozdíl od nekuřáků, kde většina z nich uvedla opak. Pozitivní rodinná anamnéza je podstatný rizikový faktor pro vznik aterosklerózy, a to především u rodičů v nižším věku než 55 let (Mates & Ošťádal, 2013). Tento fakt by se dal vyhodnotit způsobem, že na rozdíl od nekuřáka, kde může být často na vině genetický faktor, je častější příčina vzniku AKS u kuřáka kouření, jelikož většina z nich uvedlo, že v rodině genetické predispozice nemají.

Na konec bych ráda zmínila fakt, že většina kuřáků by raději nekouřila. Z celkem 32 kuřáků 20 z nich uvedlo, že by chtěli přestat kouřit, což je většina, celkem 62,50 % (viz. tab. č. 9 a graf č. 10). Je to výsledek, který rozhodně stojí za zamyšlení, jelikož právě to je skutečnost, se kterou by se dalo pracovat především směrem k sekundární prevenci. Je-li nemocný již rozhodnutý, nebo alespoň uvede, že zatím neví, může to znamenat už jen krůček k celkovému přesvědčení. Zde mohou zdravotníci využít určitých motivačních technik (viz. kap. č. 4), neboť zapojení sester do léčby závislosti na tabáku doporučuje mnoho významných organizací, jako je např. WHO. Tyto aktivity jsou hodnoceny jako známky kvalitní ošetrovatelské péče (Králíková et al, 2013).

Myslím, že tato práce by se mohla stát podkladem pro vypracování dalších studií, např. pro vytvoření diplomové práce. Jak už jsem zmínila na začátku této kapitoly, měla bych

představu začít pracovat na studii, kde bych si vybrala menší skupinu respondentů, kterou by tvořili nemocní po AKS – kuřáci a sledovala bych jejich kroky po delší dobu. Kontaktovala bych je třeba po půl roce a po roce, a sledovala bych, zda skutečně kouřit přestali, jaké byli popřípadě důvody nedodržení změny životosprávy. Myslím, že by bylo zajímavé nadále sledovat pacientovy kroky a popřípadě zjišťovat důvody, které se staly překážkami v jeho rozhodnutí a dále se na ně zaměřit.

Doufám, že tato práce poslouží zdravotnickému personálu jako teoretický podklad pro pochopení pojmů jako je závislost a uvědomí si tak, že cesta ke změně není jednoduchá, ale poskytne rovněž praktické rady pro komunikaci s pacienty. V neposlední řadě doufám, že se moje práce stane přínosem pro nemocné, a to zejména kvůli své praktické části, kde si myslím, že by provedené rozhovory mohly působit minimálně jako krátká intervence a mohla bych tak motivovat klienta ke změně, či k návštěvě centra pro závislé na tabáku.

## ZÁVĚR

Na začátku výzkumného šetření jsem si stanovila dva hlavní cíle. Chtěla jsem *posoudit souvislost mezi kouřením se vznikem AKS, zejména s ohledem na věk a zjistit postoj nemocných – kuřáků k vlastnímu zdraví.*

Výsledky šetření potvrdily souvislost kouření s AKS a to zejména u mladých do 60 let, což je v souladu s literaturou. Většina nemocných byli kuřáci a prevalence kuřáctví klesala se stoupajícím věkem. Mezi mladšími pacienty, do 60 let, byla naprostá většina kuřáci, která zároveň uvedla, že se v minulosti na KVO nikdy neléčili a ani nemají KVO v rodině.

Dalším zajímavým výsledkem byla převážná většina respondentů, kteří uvedli, že v nemocnici nekouří a rádi by kouřit přestali. Tyto výsledky však mohly být zkresleny a pravděpodobně byly ovlivněny nečekanou změnou zdravotního stavu a s tím souvisejícím novým postojem. Není vyloučené, že se tento postoj po čase opět nevrátí k předchozímu. Je však zřejmé, že hospitalizace pro AKS je velmi vhodným momentem k intervenování u kuřáků, v této době jsou k intervenci velmi vnímaví a tato možnost by neměla zůstat nevyužita. V čem jsou však výsledky neuspokojivé je fakt, že většina z nich zatím nehodlá vyhledat odbornou pomoc: až budou chtít přestat kouřit, zvládnou to údajně sami – jejich informovanost o možnostech léčby je malá. Dalším překvapivým výsledkem je fakt, že více než polovina nemocných si plně neuvědomuje kardiovaskulární riziko kouření a domnívají se, že na jejich onemocnění nemělo zásadní význam.

Oba dva cíle se naplnily.

Hypotéz bylo stanovených celkem 5, všechny se potvrdily.

## **Vyhodnocení hypotéz**

**Hypotéza č. 1**, že většina nemocných s AKS budou současní, nebo bývalí kuřáci, se potvrdila.

**Hypotéza č. 2**, že se prevalence kuřáctví mezi pacienty s AKS bude zvyšovat s klesajícím věkem, se potvrdila.

**Hypotéza č. 3**, že většina kuřáků by raději nekouřila, se potvrdila

**Hypotéza č. 4**, že většina kuřáků s AKS nebude považovat kouření za hlavní příčinu svého onemocnění, se potvrdila.

**Hypotéza č. 5**, že většina kuřáků s AKS během hospitalizace nekouří, se potvrdila.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Adameček D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnáctá, Š., Dvořáček, J., Gabrhelík, R. ... Zima, T. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada publishing, a.s.
- Alradhi, F., L., Anders, M., Aschermann, M., Broulík, D., P., Cífková, R., Csémy. ... Žaloudíková, I. (2013). *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: ADAMIRA, s.r.o.
- Battisonová, T. (1999). *Zvládnutý stres*. Praha: Jan Vašut
- Bell, A., Carroll, K., Epstein, E., Keller, D., Leeds, J., McCrady, B. ... Wallace, J. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada publishing.
- Brealeyová, S., Carrollová S. (2008). *Radosti kouření: Cigareta, má láska*. Praha: JOTA s.r.o.
- Češka, R., Hubáček, A.,J., Králíková, E., Malík, J., Prusíková, M., Sucharda, P. & Tesař, V. (2012). *Cholesterol a ateroskleróza, léčba dyslipidemií*. Praha: Triton.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: 2th ed*. Praha: Portál, s.r.o.
- Gilman, L., S. & Xun, Z. (2006). *Příběh kouře*. Praha: Dybbuk
- Gregor, P., Herold, M., Línková, H., Mořovská, Z., Osmančík, P., Roháč, F. ... Widimský, P. (2015). *Dvacet let kardiocentra: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze*. Praha: Grada publishing, a.s.
- Hermanová, M. & Šrámková, J. (2013). *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada publishing, a.s.
- Hrubá, D. (2014). *Mýty a fakta o kouření: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině.
- Králíková, E. (2015). *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta a.s.



Křivohlavý, I. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada publishing, s.r.o.

Kozák, J. & T., Králíková, E. (2003). *Jak přestat kouřit*. Praha: Maxdorf, s.r.o.

Mates, M. & Ošťádal, P. (2013). *Akutní koronární syndrom: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf s. r. o.

Pradáčová, J. (2014). *Kouření a zdraví: obecné informace pro pacienty*. Praha: Liga proti rakovině.

Řehořová, J., Sovová, E. (2004). *Kardiologie pro obor ošetřovatelství*. Praha: Grada publishing, a.s.

Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, s.r.o.

Felbrová, V., Kulovaná, S., Nohavová, I. (2015). *Užívání tabáku: Informace a pracovní postup pro intervenci sestry*. Praha: vytištěno s podporou projektu ISNCC ve spolupráci se SLZT The Eastern Europe Nurses Centre of Excellence for tobacco Control.

Antošová, D., Bebeš., Č., Csémy, L., Částková., J., Fabiánová, K., Filipová, V. ... Žejglicová, K. (2014) Zpráva o zdraví obyvatel České republiky, 2014, 155 p. Dostupnost na webu: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/aktuality/Cesi\\_ziji\\_dele\\_ale\\_trapi\\_je\\_civilizacni\\_nemoci/Zprava\\_o\\_zdravi\\_obyvatel\\_CR\\_.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/aktuality/Cesi_ziji_dele_ale_trapi_je_civilizacni_nemoci/Zprava_o_zdravi_obyvatel_CR_.pdf)

Csémy, L., Kernová., V. & Sovinová, H. (2014). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let. Státní zdravotní ústav*. Liberec: Geoprint. Dostupnost na webu: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/TabakAlko2004\\_2013.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/TabakAlko2004_2013.pdf)

Cífková, R., Býma., S., Češka, R., Horký, K., Karen, I., Kunešová, M. ... Škrha, J. (2005) Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. *Klinická biochemie a metabolismus*, 2005 (4), p. 212 – 224. Dostupnost na webu: <http://www.cskb.cz/res/file/kbm/kbm-2005-13-4-212-224.pdf>

Výroční zpráva (2014). *Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*. Dostupnost na webu: [http://www.fnkv.cz/soubory/838/vyrocní\\_zprava\\_fnkv\\_2014.pdf](http://www.fnkv.cz/soubory/838/vyrocní_zprava_fnkv_2014.pdf)

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## Seznam tabulek

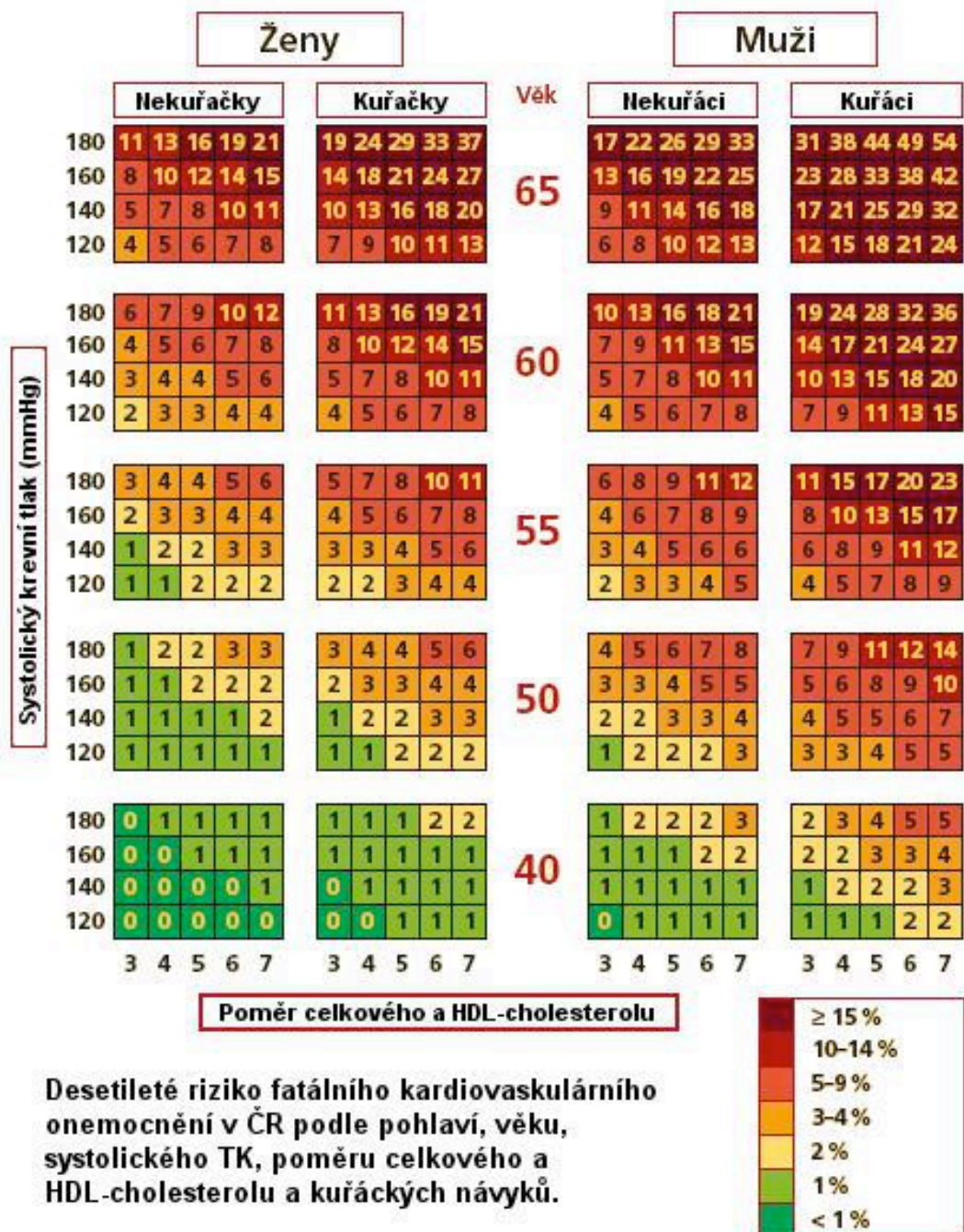
Tabulka č. 1: Věk respondentů	40
Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů	41
Tabulka č. 3: Prevalence kuřáctví	42
Tabulka č. 4: Současní vs. bývalí kuřáci	43
Tabulka č. 5: Prevalence kuřáctví s ohledem na věk	43
Tabulka č. 6: Hlavní příčina AKS	44
Tabulka č. 7: Délka trvání KVO	46
Tabulka č. 8: Výskyt KVO v rodině	47
Tabulka č. 9: Zanechání kouření	48
Tabulka č. 10: Centrum pro závislé na tabáku	49
Tabulka č. 11: Kouření během hospitalizace	50

## Seznam grafů

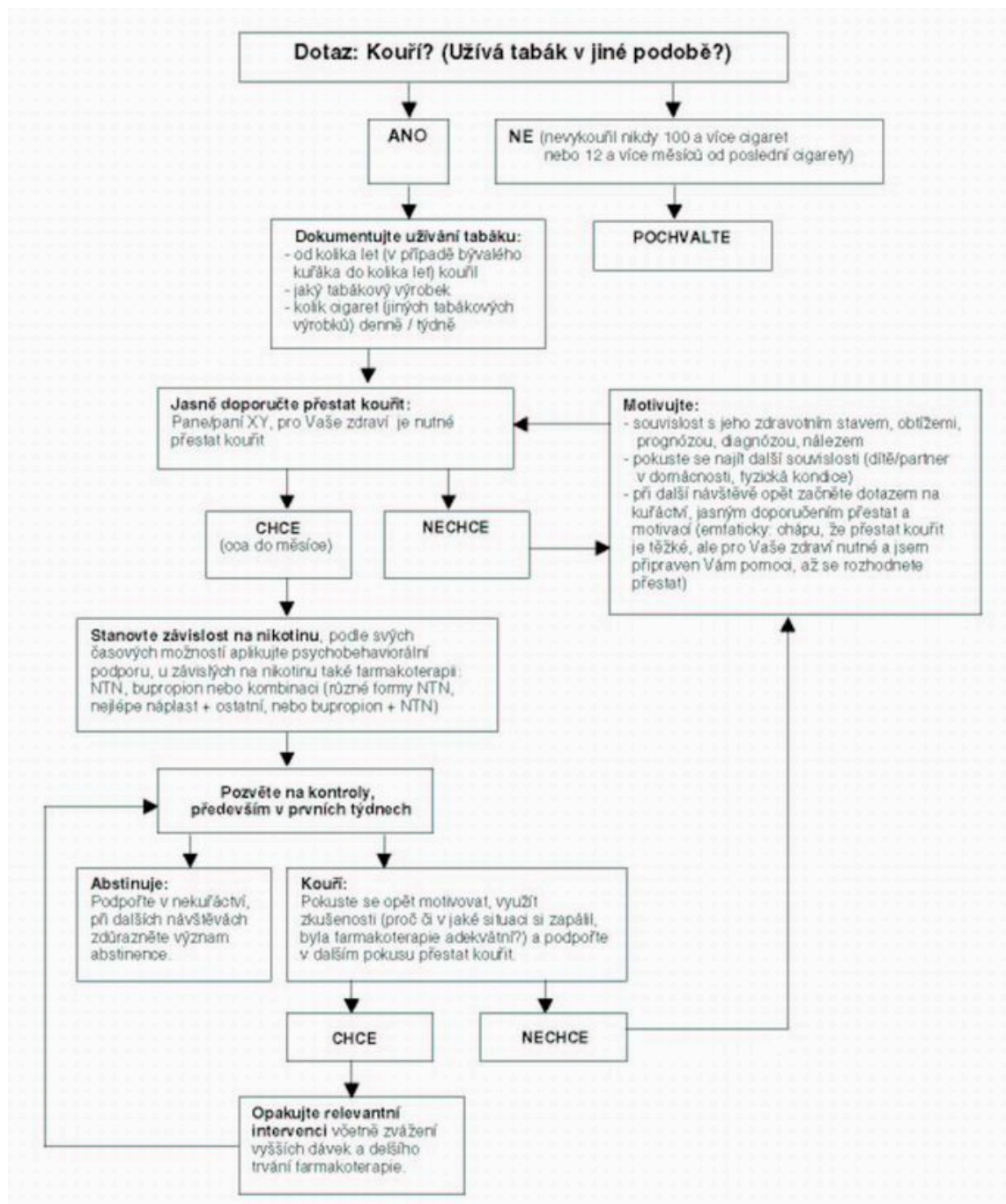
Graf č. 1: Věk respondentů	40
Graf č. 2: Pohlaví respondentů	41
Graf č. 3: Prevalence kuřáctví	42
Graf č. 4: Prevalence kuřáctví s ohledem na věk	44
Graf č. 5: Hlavní příčina AKS	45
Graf č. 6: Délka trvání KVO	46
Graf č. 7: Výskyt KVO v rodině	47
Graf č. 8: Zanechání kouření	48
Graf č. 9: Centrum pro závislé na tabáku	49
Graf č. 10: Kouření během hospitalizace	50

# SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha č. 1:** 10leté riziko fatálního kardiovaskulárního onemocnění v ČR podle pohlaví, věku, systolického TK, poměru celkového a HDL-cholesterolu a kuřáckých návyků



**Příloha č. 2: Schéma postupu pro zanechání kouření**



### Příloha č. 3 Dotazník pro pacienty

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, obor adiktologie. Ráda bych Vás požádala o zodpovězení několika otázek, jejichž odpovědi anonymně zpracuji a použiji k tvorbě bakalářské práce na téma „*Kouření a akutní koronární syndrom*“.

Ráda bych posoudila souvislost kouření s Vaším onemocněním a rovněž mě zajímají Vaše názory na toto téma. Některé otázky jsou doplňovací a nějaké kroužkovací. V druhém případě Vás prosím o zakroužkování vždy jen jedné odpovědi, která je Vám nejbližší.

Dotazník je anonymní a slouží pouze účelu mé bakalářské práce.

Eliška Zappová

(Dotazník bude vyplňován formou řízeného pohovoru, tazatelem budu osobně)

1. Věk \_\_\_\_\_

2. Pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

3. Kouřil/a jste někdy?

- a) Ano, denně, od \_\_\_\_\_ let do \_\_\_\_\_ let, \_\_\_\_\_ cigaret/den
- b) Ano, příležitostně, tedy méně než jednou denně, od \_\_\_\_\_ let do \_\_\_\_\_ let, \_\_\_\_\_ cigaret/den
- b) Ne, nikdy jsem nekouřil/a či nevykouřil/a 100 a více cigaret během života

4. Vaše kardiovaskulární onemocnění

- a) Se projevilo poprvé nyní (při hospitalizaci)
- b) Léčím se již \_\_\_\_\_ let

5. Kardiovaskulární onemocnění ve Vaší rodině:

- a) Se nevyskytlo
- b) Ano, matka poprvé v \_\_\_\_\_ letech, otec poprvé v \_\_\_\_\_ letech

6. Co považujete za HLAVNÍ příčinu Vašeho aktuálního onemocnění?

- a) Kouření tabáku
- b) Stres

- c) Vysoký krevní tlak
- d) Vysokou hladinu cholesterolu
- e) Dědičnost
- f) Jiné \_\_\_\_\_

POKUD NEKOUŘÍTE, DOTAZNÍK ZDE KONČÍ

7. Kouříte i zde, během hospitalizace?

a) Ano

- Po jaké době od katetrizačního výkonu jste si zapálil/a první cigaretu? Za \_\_\_\_\_ hodin
- Kam chodíte kouřit? \_\_\_\_\_

b) Ne

8. Chtěl/a byste přestat kouřit?

a) Ano

Pokud ano, má na Vaše rozhodnutí významný vliv Váš nynější zdravotní stav?

1.) Ano

2.) Ne

b) Ne

c) Ještě nevím, zatím jsem o tom nepřemýšlel/a

9. Uvažujete o návštěvě centra pro závislé na tabáku?

a) Ano, hned po ukončení hospitalizace tam zajdu a poradím se s odborníkem

b) Ne, až budu chtít přestat, zvládnou to sám

c) Ano, do budoucna určitě

*Děkuji za Váš čas!*

## Příloha č. 4: Fagerströmův test závislosti na nikotinu



CENTRUM LÉČBY  
ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Referenční centrum léčby závislosti na tabáku  
III. interní klinika 1.LF UK a VFN, Praha 2

### FAGERSTRÖMŮV TEST ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU

(FAGERSTRÖM TEST OF NICOTINE DEPENDENCE FTND)

č: 01 \_\_\_\_\_

Pacient: \_\_\_\_\_

U každé otázky prosím vyberte jednu z možností a označte ji křížkem před zvolenou odpovědí.

#### 1. Jak brzy po probuzení si obvykle zapálíte svou první cigaretu?

- |                          |                    |           |
|--------------------------|--------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | do 5 minut         | HODNOCENÍ |
| <input type="checkbox"/> | do půl hodiny      | 3 body    |
| <input type="checkbox"/> | do hodiny          | 2 body    |
| <input type="checkbox"/> | za více než hodinu | 1 bod     |
|                          |                    | 0 bodů    |

#### 2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?

- |                          |     |           |
|--------------------------|-----|-----------|
| <input type="checkbox"/> | ano | HODNOCENÍ |
| <input type="checkbox"/> | ne  | 1 bod     |
|                          |     | 0 bodů    |

#### 3. Kterou cigaretu byste nejvíce postrádal?

- |                          |                |           |
|--------------------------|----------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | první ráno     | HODNOCENÍ |
| <input type="checkbox"/> | některou jinou | 1 bod     |
|                          |                | 0 bodů    |

#### 4. Kolik cigaret denně průměrně kouříte?

- |                          |                     |           |
|--------------------------|---------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | do 10 cigaret       | HODNOCENÍ |
| <input type="checkbox"/> | 11-20 cigaret       | 0 bodů    |
| <input type="checkbox"/> | 21-30 cigaret       | 1 bod     |
| <input type="checkbox"/> | více než 30 cigaret | 2 body    |
|                          |                     | 3 body    |

#### 5. Kouříte častěji, intenzivněji, během dopoledne?

- |                          |     |           |
|--------------------------|-----|-----------|
| <input type="checkbox"/> | ano | HODNOCENÍ |
| <input type="checkbox"/> | ne  | 1 bod     |
|                          |     | 0 bodů    |

#### 6. Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?

- |                          |     |           |
|--------------------------|-----|-----------|
| <input type="checkbox"/> | ano | HODNOCENÍ |
| <input type="checkbox"/> | ne  | 1 bod     |
|                          |     | 0 bodů    |

SOUČET BODŮ:

Hodnocení závislosti na nikotinu:

0-1 bod	žádná nebo velmi malá
2-4 body	střední
5-10 bodů	vysoká



## Příloha č. 5: Souhlas etické komise FNKV

Vážená paní  
Dana Kovandová  
tajemnice Etické komise FNKV  
pavilon Q, 1.patro  
Šrobárova 50  
100 34 Praha 10

### Věc : Žádost o provedení výzkumu na III. Interní-kardiologické klinice FN Královské Vinohrady

Vážená etická komise,  
prosím Vás o schválení provedení výkumného šetření za účelem bakalářské práce na téma „kouření a akutní koronární syndrom“. Výzkum bude prováděn u pacientů III. Interní-kardiologické kliniky, kteří byly přijati s diagnózou akutní koronární syndrom. V bakalářské práci se budu zabývat souvislostmi mezi kouřením a jejich aktuálním zdravotním stavem a budu posuzovat postoje nemocných na toto téma.

Výzkum bude proveden formou dotazníkového šetření. Některé otázky jsou doplňovací, jiné kroužkovací. Dotazníky budu s klienty vyplňovat sama a upozorním je, že výzkum je anonymní a žádná osobní data pro jeho provedení nejsou podstatná. Informace získané od pacientů poslouží pouze účelu mé bakalářské práce.

Výkumné pracoviště  
III. interní-kardiologická klinika  
FN Královské Vinohrady  
Šrobárova 50, Praha 10  
Tel. : 267 162 705

Děkuji za spolupráci,

Eliška Zappová  
Zikova 707/7 Praha 6-Dejvice,  
160 00  
Tel. : 606 283 724

Studentka III. ročníku 1. LF UK  
Obor adiktologie – komb. forma  
Adresa školy: Kateřinská 32, Praha 2  
121 08

*Vyjádření EK FNKV:*

*EK FNKV vyjadřuje  
souběžně stanovisko.*

*11. 12. 2017*

FAKULTNÍ NEMOCNICE  
KRÁLOVSKÝ VINOHRADY  
Šrobárova 50, Praha 10  
ETICKÁ KOMISE

Dana Kovandová



## Příloha č. 6: Souhlas vrchní sestry


Vážená paní  
Bc. Markéta Chocholová  
Vrchní sestra III. interní - kardiologické kliniky  
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady  
Šrobárova 50  
100 34 Praha 10

Věc : Žádost o umožnění provedení výzkumu na III. Interní – kardiologické klinice

Vážená vrchní sestro,

Prosím Vás o umožnění provedení výzkumu ke zpracování bakalářské práce na téma *kouření a akutní koronární syndrom*. Výzkum bude prováděn u pacientů III. Interní – kardiologické kliniky formou dotazníkového šetření. Na základě interpretace nashromážděného materiálu bychom se měli dozvědět poměr kuřáků a nekuřáků s daným onemocněním a jejich postoje k aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Děkuji za spolupráci.

Eliška Zappová 

1. LF UK

Kateřinská 32, Praha 2

121 08

III. ročník, obor adiktologie

*Souhlas*  
FAKULTNÍ NEMOCNICE  
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY  
III. interní - kardiologická klinika  
vrchní sestra  
MARKÉTA CHOCHOLOVÁ  
tel.: 267 163 347

## Příloha č. 7: Souhlas náměstkyně ošetřovatelské péče



### Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči

Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, telefon: 267 162 207, fax: 267 163 158 IČO: 00064173

V Praze dne: 17.12.2015  
Vyřizuje: Petra Kučerová

Vážená paní  
Eliška Zappová  
student 1. LF UK  
obor adiktologie  
Kateřinská 32  
121 08 Praha 2

Věc: Vyjádření k žádosti o umožnění výzkumu

Vážená kolegyně,

k Vaší žádosti o umožnění výzkumu ve FNKV pro účely zpracování bakalářské práce na téma „*Kouření a akutní koronární syndrom*“ v rámci studia na 1.LF UK, oboru adiktologie Vám sděluji, že s provedením výzkumu souhlasím za předpokladu dodržení zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č.101/2000Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění.

S pozdravem

PhDr. Líbuše Gavlasová, MBA  
náměstkyně pro ošetřovatelskou péči

# EVIDENCE VÝPŮJČEK

## Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdávám této závěrečné práce poskytnuti ke svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat

V Praze

Zappová Eliška

Podpis:

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno	Ústav/Pracoviště	Datum	Podpis