

# Informovanost pacienta v oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění

(Patient's level of information on prevention of cardiovascular diseases)

Helena Michálková, Věra Olišarová, Lenka Šedová, Valérie Tóthová

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, České Budějovice

## INFORMACE O ČLÁNKU

### Historie článku:

Vložen do systému: 23. 9. 2018

Přijat: 22. 12. 2018

Dostupný online: 19. 9. 2019

### Klíčová slova:

Kardiovaskulární onemocnění

Prevence

Preventivní kardiologie

Rizikové faktory

Sestra

Vzdělání

## SOUHRN

**Úvod a cíl:** Kardiovaskulární onemocnění představují jednu z hlavních příčin nemoci a úmrtnosti v České republice.<sup>1</sup> V porovnání se západoevropskými zeměmi je výskyt těchto onemocnění v České republice stále vyšší. Mezi kardiovaskulární onemocnění patří řada forem nemocí srdce a cév.<sup>2</sup> Nejčastější jsou ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, ischemická choroba dolních končetin a hypertenze. Některé rizikové faktory lze ovlivnit. Mezi ovlivnitelné faktory patří zdravá životospráva, kam v případě prevence kardiovaskulárních onemocnění nejčastěji řadíme zanechání kouření, pití alkoholu, zdravou stravu s omezením živočišných tuků, dostatek fyzické aktivity, vyvarování se nadměrné psychické zátěže.<sup>3</sup> Rozsáhlý výzkumný projekt byl zaměřen na preventivní intervence v kardiologii. Cílem tohoto příspěvku je prezentace dílčích dat z rozsáhlého šetření, která jsou zaměřena na znalosti pacientů v oblasti ovlivnitelných rizikových faktorů.

**Metody:** K realizaci výzkumného šetření byl využit kvantitativní výzkum. Dotazníkové šetření bylo uskutečněno v dubnu 2016. Data byla zpracována v programu SASD 1.4.12. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě  $\chi^2$  testu, t-testu a testu nezávislosti. Výzkumný soubor tvořilo 1 992 občanů České republiky.

**Výsledky:** Výzkumný soubor je reprezentativní pro jednotlivé skupiny občanů ČR starších 40 let. Dotazník se zaměřil na znalosti pacientů v oblasti ovlivnitelných rizikových faktorů. Informace o prevenci kardiovaskulárních onemocnění mají respondenti především od lékaře (76,3 %), od člena rodiny (40,8 %), z internetu (38,6 %), od všeobecných sester (31,7 %), z masmédií (30,1 %) a od přátel (24,9 %). Jako další zdroje uváděli respondenti odborné publikace. Mladší lidé hledají informace o zdravé životosprávě častěji na internetu a starší občané raději zjišťují informace u zdravotnického personálu. Většina dotázaných občanů chce získat informace především od lékaře (80,9 %). Většina občanů (93 %) považuje informace o prevenci za užitečné.

**Závěr:** Z analýzy získaných dat vyplývá, že občané získávají informace o ovlivnitelných rizikových faktorech v největší míře od lékařů, dále od členů rodiny a z internetu. Pro lékařské a zejména nelékařské zdravotnické pracovníky je toto významným zjištěním. Pokud chceme zlepšit preventivní aktivity, snížit výskyt kardiovaskulárních onemocnění či snížit riziko vzniku komplikací, je vhodná edukace nezbytná. Právě zdravotnický personál, lékaři a také sestry by měli stát v popředí a pacientům předávat náležitě informace.

© 2019, ČKS.

## ABSTRACT

**Introduction and goal:** Cardiovascular diseases constitute one of the main causes of morbidity and mortality in the Czech Republic.<sup>1</sup> As compared to Western European countries, the incidence of such diseases is still higher in the Czech Republic. Cardiovascular diseases include a number of forms of heart and vessel diseases.<sup>2</sup> They are most frequently: ischaemic heart disease, cerebrovascular accident, ischaemic disease of lower extremities and hypertension. Some risk factors can be influenced. The influenceable factors include healthy life style that, for prevention of cardiovascular diseases, most frequently covers stopping smoking, alcohol drinking, healthy diet with reduction of animal fats, sufficient exercise, avoiding excessive mental strain.<sup>3</sup> The extensive research project was focused on preventive interventions in cardiology. The goal of this article consists of presenting partial data from an extensive research, which are focused on the patients' knowledge in the area of influenceable risk factors.

**Adresa pro korespondenci:** Mgr. Helena Michálková, Ph.D., Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, J. Boreckého 1167/27, 370 11 České Budějovice, e-mail: michalkova@zsf.jcu.cz

DOI: 10.33678/cor.2019.038

**Keywords:**

Cardiovascular diseases  
Education  
Nurse  
Prevention  
Preventive cardiology  
Risk factors

**Methods:** The study was implemented under use of quantitative research. The questionnaire research took place in April 2016. The data were processed in SASD 1.4.12 Program. The degree of dependence of selected characteristics was determined based on  $\chi^2$ , t-test and independence test. The research set consisted of 1992 citizens of the Czech Republic.

**Results:** The research set is representative for individual groups of Czech citizens aged 40 years and more. The questionnaire was focused on the knowledge of patients in the area of influenceable risk factors. The respondents have got the information on prevention of cardiovascular diseases primarily from the physician (76.3%), from a family member (40.8%), from the Internet (38.6%), from general nurses (31.7%), from mass media (30.1%), and from friends (24.9%). Expert publications were reported by the respondents as further sources. Younger people search information on healthy life style more frequently in the Internet while older citizens prefer getting information from the healthcare staff. The most respondents want to get information primarily from the physician (80.9%). The most citizens (93%) consider the information on prevention useful.

**Conclusion:** The analysis of the acquired data shows that the citizens get the information on influenceable risk factors primarily from the physicians, followed by family members and the Internet. This is an important finding for medical and particularly for non-medical healthcare workers. If we want to improve the preventive activities, reduce the incidence of cardiovascular diseases or reduce the risk of complications, adequate education is indispensable. The healthcare staff, both physicians and nurses, should be in the foreground and pass the proper information to the patients.

## Úvod

Civilizační onemocnění patří celosvětově mezi hlavní příčiny úmrtí. Na jejich následky ročně zemře více než 36 milionu lidí (63 % z celkového počtu úmrtí). Do této skupiny chorob jsou řazeny kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění, chronické nemoci dýchacích cest i diabetes mellitus.<sup>4</sup> Kardiovaskulární onemocnění (KVO) v rámci civilizačních chorob představují významný problém, neboť dle odhadů Světové zdravotnické organizace (WHO) (2017) v roce 2015 jejich následkem zemřelo 17,7 milionu lidí.

Globální akční plán je proto zaměřen na prevenci a eliminaci faktorů vedoucích k rozvoji či vzniku komplikací civilizačních onemocnění. Předpokladem naplnění tohoto plánu je efektivní multioborová spolupráce na mezinárodní, národní, ale i místní úrovni, která by napomohla včasnému odhalení a efektivní léčbě s využitím farmakologických i nefarmakologických postupů.<sup>5</sup> Z pohledu prevence nemocí srdce a cév to dle šestého cíle tohoto akčního plánu znamená snížení celosvětové prevalence hypertenze o 25 % (v roce 2015 činila prevalence u mužů ve věku 18 let a více 24,1 % a u žen ve věku 18 let a více 20,1 %). V osmém cíli je pak pozornost věnována farmakoterapii a poradenství spojeným s prevencí infarktů a cévních mozkových příhod.<sup>4</sup>

Tyto údaje naznačují, že kardiovaskulární onemocnění představují prohlubující se krizi epidemických rozměrů. Podle statistik USA (American Heart Association) by se délka života prodloužila téměř o sedm let, kdyby byly odstraněny všechny formy závažných kardiovaskulárních onemocnění.<sup>6</sup> Mnoho dospělých, bez klinických projevů KVO, má dva či více rizikových faktorů, které je předurčují k manifestaci kardiovaskulárního onemocnění v průběhu několika desetiletí. U zdánlivě zdravých lidí tyto rizikové faktory obvykle nejsou rozpoznány, a tudíž nejsou ani léčeny.<sup>7,8</sup>

Mnohé z těchto rizikových faktorů jsou ovlivnitelné vhodnou prevencí. Studie uveřejněná autory Stampfer a spol.<sup>9</sup> ukazuje, že ženy, které dodržují doporučení zdravé životosprávy – dodržují preventivní opatření kardiovaskulární prevence (tzn. udržují si optimální tělesnou hmotnost, konzumují racionální výživu, pravidelně cvičí,

nekouří a nekonzumují alkohol) – mají snížené riziko kardiovaskulárních onemocnění o 84 %. Tato ošetřovatelská studie sledovala 84 129 žen a pouze 3 % z nich se řídilo těmito doporučeními, což poukazuje na to, jak je zásadní kontinuální edukace obyvatel, tedy zvýšit informovanost veřejnosti o prevenci KVO. Zásadní je zvolení kvalitních edukačních strategií, které by motivovaly veřejnost k dodržování zdravé životosprávy a preventivních opatření. Pro odbornou veřejnost je proto důraz na primární prevenci KVO nezbytností.<sup>10</sup>

Prvním krokem prevence je posouzení rizikového stavu (hodnota cholesterolu, krevního tlaku, rodinná anamnéza, kouření, výskyt dalších onemocnění, např. diabetu, pohlaví a věk vyšetřovaného).<sup>11</sup> Úprava stravy, životního stylu, pravidelné cvičení a nekouření mohou podstatně snížit riziko výskytu KVO. Čím více faktorů vyšetřovaný má, tím je u něj vyšší riziko vzniku KVO. Abychom lépe identifikovali riziko KVO, můžeme použít některé z testovacích nástrojů. Například vzorec vytvořený na základě údajů ze studie Framingham Heart Study,<sup>12</sup> který určuje celkové riziko KVO v horizontu deseti let odděleně dle pohlaví na základě věku, celkového cholesterolu, HDL-cholesterolu, systolického krevního tlaku a kouření cigaret.

Edukace je proces, který vede ke změně a posílení znalostí, dovedností a postojů pacienta tak, aby se aktivně podílel na zdravotní péči. Není možné přesně odhadnout dopad dodržování doporučených pokynů primární prevence na úmrtnost KVO,<sup>13</sup> ale podle sekundárních údajů o prevenci<sup>14</sup> a z výsledků klinických studií primární prevence u pacientů s vysokým rizikem KVO<sup>15</sup> je zřejmé, že tyto strategie by mohly zachránit životy.<sup>16</sup> Zdravotníci pracují v rámci systému zdravotní péče navrženého spíše k léčbě akutních onemocnění než k prevenci. Zde je nutná změna orientace na preventivní opatření. Pokud chceme, aby se pacient zaměřil na prevenci, je nutná souhra celého zdravotnického týmu, který ho k prevenci motivuje.<sup>17</sup>

## Metody

V předkládaném příspěvku jsou prezentována dílčí data získaná v rámci řešení grantového projektu zaměřeného na

role sestry v preventivní kardiologii a realizaci preventivních intervencí. Cílem těchto intervencí je úprava ovlivnitelných rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob v oblasti primární a sekundární prevence. Pro zjištění současného stavu edukace v oblasti onemocnění srdce a cév z pohledu občanů bylo využito dotazníkového šetření prostřednictvím nestandardizovaného dotazníku. Vlastní terénní šetření probíhalo v celé České republice prostřednictvím profesionálních tazatelů Institutu pro studium zdraví a životního stylu od 1. dubna do 20. dubna 2016. Statistická analýza dat probíhala po optické kontrole získaných tazatelských archů za využití programu SASD (Statistical Analysis of Social Data) ve verzi 1.4.12. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě  $\chi^2$  testu dobré shody a t-testu. Velikost výběrového souboru občanů (1992) byla stanovena na základě údajů Českého statistického úřadu, které byly platné k 31. 12. 2014. Respondenti byli voleni kvótním výběrem. Výběrový soubor občanů (N = 1 992) byl tvořen 47 % mužů a 53 % žen starších 40 let. Z hlediska věkového členění základního souboru lze říci, že získaná data jsou reprezentativní pro jednotlivé skupiny občanů ČR ve věku 40 let a více.

## Výsledky

V této části výzkumného šetření jsme zjišťovali, kde získávají občané informace o prevenci kardiovaskulárních nemocí. Znalosti získávají občané nejčastěji od lékaře (76,3 %). Poměrně výrazně je zastoupena též rodina (40,8 %) a internet (38,6 %). Méně často občané starší 40 let označují jako zdroj všeobecnou sestru (31,7 %), masmédia (30,1 %) a přátele (24,9 %). Pokud zvolili respondenti jiný zdroj (2,8 %), uváděli nejčastěji knihy a odbornou literaturu (tabulka 1).

Byla identifikována statisticky významná souvislost mezi věkem a zdrojem znalostí o prevenci. Občané z mladších věkových skupin (40–59 let) významně častěji označují jako hlavní zdroj znalostí internet nebo přátele, občané starší 60 let ve významně větší míře označují za hlavní zdroj znalostí o praktickém řešení problémů spjatých s jejich zdravotním stavem lékaře, sestru, případně ve vyšším věku rodinu a ve významně menší míře ( $p = 0$ ) označují jako zdroj těchto znalostí internet.

Dále bylo potvrzeno, že muži významně častěji uvádějí, že tyto znalosti nezískávají, ženy ve významně větší míře ( $p < 0,001$ ) označují masmédia nebo jiný zdroj. Při analýze dat byla zjištěna statistická souvislost mezi vzděláním a zdrojem informací a mezi rodinným stavem a zdrojem informací, který respondenti využívají. Občané s nižším vzděláním (základní, vyučen) významně častěji označují jako zdroj lékaře nebo sestru, respondenti s maturitou a vysokoškolským vzděláním ve významně větší míře uvádějí internet. Svobodní a ženatí/vdané ve významně větší míře označují jako zdroj znalostí internet, ovdovělí ve významně větší míře označují za hlavní zdroj znalostí o praktickém řešení problémů spjatých s jejich zdravotním stavem lékaře a sestru. Také bylo statisticky potvrzeno, že zaměstnanci a soukromí podnikatelé ve významně větší míře označují jako zdroj znalostí internet, starobní důchodci uvádějí významně více lékaře, sestru, rodinu a masmédia, invalidní důchodci a nezaměstnaní ve významně větší míře ( $p = 0$ ) všeobecnou sestru.

Pokud by si občané mohli vybrat zdroj, ze kterého by nejraději získávali informace o zdravotním stavu, jednoznačně nejvíce (80,9 %) označují lékaře. Z jiných zdrojů je ještě významněji zastoupená všeobecná sestra (23,3 %), další zdroje jsou zastoupeny výrazně méně (tabulka 2).

Byla identifikována statisticky významná souvislost mezi věkem a preferováním zdrojů informací o zdravotním stavu. Občané z nejmladší věkové skupiny (40–49 let) významně více ( $p < 0,001$ ) preferují jako žádoucí zdroj informací lékaře a internet, s přibývajícím věkem roste preferování sestry a klesá preferování internetu jako zdroje informací o zdravotním stavu. Statistická analýza dat potvrdila souvislost mezi rodinným stavem a preferencí zdroje informací. Bylo potvrzeno, že ovdovělí oproti ostatním ve významně větší míře preferují jako žádoucí zdroj informací o zdravotním stavu sestru a rodinu a ve významně menší míře internet. Statistická analýza dat dále potvrdila, že zaměstnanci a soukromí podnikatelé ve významně větší míře preferují jako žádoucí zdroj informací internet, starobní důchodci preferují významně více sestru. U další sledovaných sociodemografických znaků nebyla zjištěna statisticky významná souvislost.

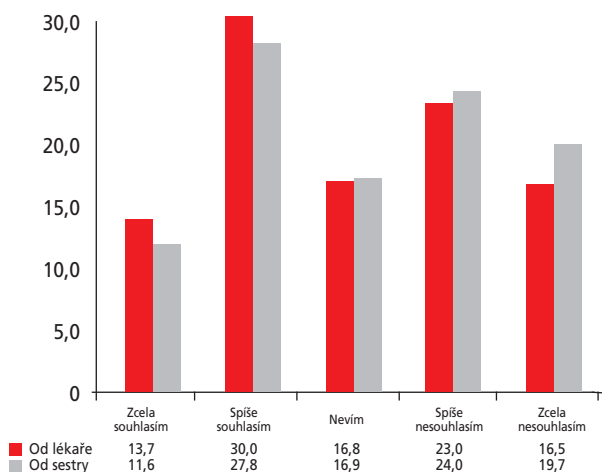
V rámci výzkumu bylo rovněž zjišťováno, kdo občany ve věku 40 a více let edukoval. Ve většině případů (71,4 %) dotazovaní uváděli, že je edukoval lékař. Sestru uvedla necelá čtvrtina (24,5 %) občanů. Bohužel 20,8 % občanů uvedla, že nebyla vůbec edukována. V další části výzkumného šetření jsme odděleně zjišťovali, zda dostávají respondenti písemné materiály o prevenci různých onemocnění od lékařů a od sestry (obr. 1). Celkem 43,7 % dotázaných občanů zcela nebo

**Tabulka 1 – Zdroje znalosti respondentů (N = 1 992)**

Zdroj	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od lékaře	1520	76,3 %
Od sestry	631	31,7 %
Z rodiny	813	40,8 %
Od přátel	497	24,9 %
Z masmédií	600	30,1 %
Z internetu	768	38,6 %
Z jiného zdroje	55	2,8 %
Znalosti nezískávám	94	4,7 %
Neodpovědělo	0	0,0 %

**Tabulka 2 – Preference zdroje informací respondentů (N = 1 992)**

Zdroj	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od lékaře	1 611	80,9 %
Od sestry	464	23,3 %
Z rodiny	202	10,1 %
Od přátel	97	4,9 %
Z masmédií	278	14,0 %
Z internetu	186	9,3 %
Z jiného zdroje	16	0,8 %
Znalosti nezískávám	117	5,9 %
Neodpovědělo	0	0,0 %



Obr. 1 – Nabídka písemných materiálů o prevenci od lékařů a sester (N = 1 992) (v %)

spíše souhlasilo s tvrzením, že dostává od lékaře a od sestry písemné materiály o prevenci různých onemocnění. Další 39,5 % dotázaných s touto tezí zcela nebo spíše nesouhlasilo, zbývajících 16,8 % zvolilo odpověď „nevím“. Poměr těch, kteří písemné materiály dostávají, a těch, kteří je neobdrží, je téměř vyvážený. Písemné materiály o prevenci různých onemocnění dostávají od lékaře více než dvě pětiny občanů, téměř stejně velká část však uvádí, že takové materiály nedostává. Hodnocení občanů je v tomto případě významně ovlivněno pohlavím, věkem a zaměstnáním respondenta. Občané z nejmladší věkové skupiny (40–49 let) významně více uvádějí, že žádné písemné materiály o prevenci od lékařů nedostávají, občané starší 60 let oproti tomu ve významně větší míře tyto materiály dostávají. Statistická analýza identifikovala významnou souvislost mezi pohlavím a nabídkou písemných materiálů o prevenci od lékaře. Ženy ve významně větší míře uvádějí, že písemné materiály dostávají, muži volí významně častěji odpověď „nevím“. Dále pracující v zaměstnaneckém poměru oproti ostatním ve významně větší míře uvádějí, že žádné písemné materiály o prevenci od lékaře nedostávají. Písemné materiály o prevenci různých onemocnění dostává od sestry 39,4 % občanů, téměř stejně velká část však uvádí, že takové materiály nedostává. Hodnocení občanů je v tomto případě významně ovlivněno pohlavím, věkem a zaměstnáním respondenta. Respondenti z nejmladší věkové skupiny (40–49 let) významně více uvádějí, že žádné písemné materiály o prevenci od sestry nedostávají, občané ve věku nad 50 let oproti tomu ve významně větší míře tyto materiály od sestry dostávají. Statistická analýza dat potvrdila, že ženy ve významně větší míře uvádějí, že písemné mate-

riály od sestry dostávají, muži volí významně častěji odpověď „nevím“. Také pracující v zaměstnaneckém poměru oproti ostatním ve významně větší míře uvádějí, že žádné písemné materiály o prevenci od sestry nedostávají.

V porovnání odpovědí občanů, jež se týkají nabídky písemných materiálů o prevenci od lékařů na straně jedné a sester na straně druhé, existuje vysoká míra shody ( $p = 0$ ). To znamená, že ti občané, kteří uváděli, že dostávají písemné materiály od lékařů, zároveň uváděli, že je dostávají i od sester a naopak. Toto zjištění signalizuje, že zde rozhoduje spíše nabídka ordinací. V jedné písemné materiály pacientům nabízejí, v jiných nikoliv.

Většina občanů ČR (71,5 %) ve věku 40 a více let uvádí, že byla v ordinaci lékaře poučena o tom, jak zlepšit svůj zdravotní stav. Záporně na tuto otázku odpovědělo 28,5 % dotázaných. Lze konstatovat, že občané ČR ve věku 40 a více let jsou většinou lékařem poučeni o tom, jak mají zlepšit svůj zdravotní stav. Občané z nejmladší věkové skupiny (40–49 let) významně častěji uvádějí, že nebyli lékařem poučeni o tom, jak zlepšit svůj zdravotní stav. S přibývajícím věkem občané ve významně větší míře uvádějí, že byli v této záležitosti lékařem poučeni. Ovdovělí ve významně větší míře uvádějí, že byli lékařem poučeni o tom, jak zlepšit svůj zdravotní stav. Lze předpokládat, že v tomto případě zprostředkovaně působí věk a onemocnění, kterými občan trpí. Ti občané, kteří uvedli, že byli edukováni (N = 1 577), byli následně dotázáni, jak dlouho v průměru jejich edukace trvala. Více než polovina (50,8 %) dotázaných uvedla, že jejich edukace nebyla delší než 10 minut, dalších 30,3 % dotázaných zvolilo časový interval 10 až 15 minut. Zbývajících 11,7 % uvedlo delší čas nebo se nepamatovalo (7,2 %).

Další část výzkumu zjišťovala hodnocení respondentů, zda se domnívají, že jsou pro ně podávané informace užitečné. Sledovali jsme oblast výživy, hubnutí, pohybové aktivity, zanechání kouření, omezení stresu a nežádoucí účinky léků. Občané považují informace v naprosté většině za užitečné (tabulka 3). Užitečnost podávaných informací ve vztahu k léčbě onemocnění srdce a cév byla hodnocena prostřednictvím čtyřstupňové škály o stupních: „velmi užitečné“, „užitečné“, „neužitečné“, „zcela neužitečné“.

Naprostá většina občanů (93,0 %) považuje podávané informace, jež se týkají úprav ve výživě, za užitečné, pouze 7 % respondentů hodnotí tyto informace jako neužitečné. Většina (83,3 %) také považuje informace podávané v oblasti hubnutí za užitečné a 16,7 % občanů se k těmto informacím staví kriticky a považuje je za neužitečné, 87,6 % považuje informace týkající se úpravy pohybových aktivit za užitečné. Za neužitečné označilo tyto informace 12,4 % dotázaných. Většina respondentů (88,3 %) považuje infor-

Tabulka 3 – Užitečnost podávaných informací (N = 1 992) (v %)

Položka	Velmi užitečné	Užitečné	Neužitečné	Zcela neužitečné
Úprava ve výživě	38,9	54,1	5,8	1,2
Hubnutí	27,9	55,4	14,8	1,9
Úprava pohybových aktivit	31,9	55,7	11,2	1,2
Zanechání kouření	55,9	32,4	7,4	4,3
Omezení stresu	50,9	36,9	10,3	1,9
Nežádoucí účinky léků	35,9	48,2	12,5	3,4

mace týkající se zanechání kouření za užitečné a za neužitečné označilo tyto informace 11,7 % dotázaných, 87,8 % považuje informace týkající se omezení stresu za užitečné. Za neužitečné označilo tyto informace 12,2 % respondentů. Většina občanů ČR (84,1 %) považuje informace týkající se nežádoucích účinků léků za užitečné a 15,9 % označilo tyto informace za neužitečné.

## Diskuse

Aby pacient mohl převzít aktivní roli v péči o své zdraví, měl by mít dostatek kvalitních informací. Je pozitivní, že respondenti nejčastěji informace získávají od lékaře (76,3 %), od sester dostává informace pouze třetina dotázaných. Často je zastoupena též rodina, internet a masmédia. Zde informace nemusejí být přesné, a proto je zásadní využívat odborné zdroje, kde je zaručena kvalita informací. Úprava rizikových faktorů je stejná jak u pacientů s KVO, tak u osob s vysokým rizikem rozvoje KVO, ale změna rizikového chování (nezdravé stravování, kouření, málo pohybu), kterému se jedinec vystavoval po dlouhé roky, vyžaduje především profesionální přístup.<sup>18</sup> Mladší respondenti starší 40 let hledají informace častěji na internetu než občané ve věku nad 60, kteří označují jako zdroj informací především lékaře a sestru. Využití internetu je pro mladší generace přirozenější a dostupnější. Starší občané navštěvují lékaře častěji, a mají tedy možnost častěji konzultovat své potíže než mladší občané. Studie ukázaly, že preventivní opatření (tzn. snížení krevního tlaku a odvykání kouření) jsou přínosné až do pokročilého věku.<sup>19,20</sup> Také počítačová gramotnost je ve vyšším věku nižší. Jarvis-Selinger a spol.<sup>21</sup> poukazuje na to, jak je pro některé pacienty obtížné získávání vhodných informací, např. z důvodu geografické vzdálenosti, a spatřuje využití informačních technologií za pozitivní, pokud je zde zapojen zdravotnický personál. Ve svém výzkumném šetření (2011) doporučuje informační technologie, pokud jsou obě strany edukovány a edukátor zainteresovaný nejen do prevence onemocnění, ale také do využití internetové platformy. Informační technologie nemohou návštěvy u lékaře nahradit, ale mohou je vhodně doplnit. Kvalitní péče o chronické nemoci je charakterizována produktivními interakcemi mezi zdravotníky a pacienty, které důsledně poskytují informace a podporu self-managementu. Wagner a spol.<sup>22</sup> uvádějí, že tyto interakce nemusejí nutně vyžadovat osobní návštěvy, ale pacienti mohou využít počítače nebo telefonu. Je znepokojivé, že 94 osob uvedlo, že informace o zdravé životosprávě a o prevenci vůbec nehledají.

Náš výzkum hodnotil zdroj informací respondentů dle demografických ukazatelů. Jako rizikové se jeví nízké společensko-ekonomické postavení, nízká úroveň vzdělání a nízký příjem ztěžují schopnost přijmout změnu životosprávy.<sup>23</sup> Proto jsme zjišťovali, kde dotazovaní získávají informace o zdravé životosprávě. Respondenti s nižším vzděláním významně častěji označují jako zdroj zdravotníky, respondenti s maturitou a vysokoškolským vzděláním ve významně větší míře uvádějí internet. Svobodní a ženatí/vdané ve významně větší míře označují jako zdroj znalostí internet, ovdovělí ve významně větší míře označují lékaře a sestru, což lze dát opět do souvislosti s věkem. Také bylo statisticky potvrzeno, že zaměstnanci

a soukromí podnikatelé ve významně větší míře označují jako zdroj znalostí internet, starobní, invalidní důchodci a nezaměstnaní ve významně větší míře využívají jako zdroj informací zdravotnický personál. Zdravotnickému personálu může znalost rodinných poměrů pomoci při volbě edukace, protože osaměle žijící osoby mají větší pravděpodobnost nezdravého způsobu života.<sup>23</sup> Například deprese a sociální izolace jsou spojeny s rizikem KVO a mohou být důvodem nedodržení preventivních doporučení.<sup>24</sup> Mosca a spol.<sup>25</sup> se ve své studii zabývají genderovou nerovností v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Toto výzkumné systematické hodnocení preventivní péče v kontextu genderových rozdílů bylo shledáno jako velmi obtížné. Poukazuje na to, že v USA se prevence KVO zaměřuje především na muže.<sup>26</sup> Některé rizikové faktory mohou u žen ovlivnit riziko srdečního onemocnění jinak než u mužů. Například estrogen poskytuje ženám jistou ochranu před srdečními chorobami.<sup>27</sup> V naší výzkumné skupině se potvrdil vyšší zájem o informace ze strany žen. Bylo potvrzeno, že muži významně častěji uvádějí, že znalosti o prevenci nezískávají, ženy ve významně větší míře označují masmédia nebo jiný zdroj.

Pokud by si respondenti mohli vybrat zdroj, ze kterého by nejraději získávali informace o prevenci KVO, jednoznačně nejvíce označují lékaře a jako další respondenti udávali všeobecnou sestru. Mladší občané, kteří uváděli, že často hledají zdroje informací na internetu, významně více preferují jako žádoucí zdroj informací lékaře. Dle doporučení „Prevence KVO“ novelizovaného v roce 2009<sup>23</sup> si má lékař vytvořit dostatečný čas pro konzultaci s pacientem a vytvořit s ním návrh změn životosprávy. V rámci této studie bylo zjišťováno, kdo občany edukoval. Ve většině případů respondenti uvádějí, že byli v ordinaci lékaře poučeni o tom, jak zlepšit svůj zdravotní stav. Bohužel 28,5 % dotázaných lékař needukoval. Nejčastěji uváděli, že nebyli lékařem poučeni o tom, jak zlepšit svůj zdravotní stav, mladší respondenti a s přibývajícím věkem občané ve významně větší míře uvádějí, že byli edukováni. Je možné se domnívat, že o změně životosprávy jsou především poučeni starší pacienti, kteří již vykazují známky kardiovaskulárního onemocnění. Lze předpokládat, že v tomto případě zprostředkovaně působí věk a onemocnění, kterými občan trpí. Vos a spol. uvádějí, že se zvýšené kardiovaskulární riziko začíná vyvíjet ve velmi mladém věku, a proto je zdravá životospráva i u mladých zcela zásadní.<sup>28</sup> Polovina edukovaných občanů uvedla, že jejich edukace nebyla delší než 10 minut a třetina dotázaných zvolila časový interval edukace 10 až 15 minut. Zásadnější než délka edukace se jeví srozumitelnost podávaných informací.<sup>23</sup> Edukovaní respondenti považují informace v naprosté většině za užitečné. Naprostá většina dotazovaných občanů považuje podávané informace, jež se týkají úprav ve výživě, v oblasti hubnutí, úpravy pohybových aktivit, zanechání kouření, omezení stresu a nežádoucích účinků léků, za užitečné.

Všeobecná sestra má v oblasti kardiovaskulární prevence řadu velmi důležitých úloh. A v rámci výzkumu bylo rovněž zjišťováno, zda pacienty edukuje všeobecná sestra. Sestru uvedla necelá čtvrtina občanů. Úlohou sestry v prevenci je edukovat pacienta o jeho vlastním rizikovém chování, motivovat ho ke spolupráci a poskytnutí informací, které povedou ke zlepšení jeho životosprávy.<sup>29</sup> Při

edukaci klienta může zdravotnický personál využít i doplňující písemné materiály. V další části výzkumného šetření jsme proto zjišťovali, zda dostávají respondenti písemné materiály o prevenci různých onemocnění od lékařů a od sester. Písemné materiály o prevenci dostávají od lékařů více než dvě pětiny občanů, bohužel téměř stejně velká část respondentů uvádí, že písemné materiály nedostává. V porovnání odpovědí občanů týkajících se nabídky písemných materiálů o prevenci od lékařů na straně jedné a sester na straně druhé existuje vysoká míra shody. To znamená, že ti občané, kteří uváděli, že dostávají písemné materiály od lékařů, zároveň uváděli, že je dostávají i od sester a naopak. Toto zjištění signalizuje, že zde rozhoduje spíše nabídka ordinací. V jedné z písemných materiálů pacientům nabízejí, v jiných nikoliv.

## Závěry

Rozsáhlý výzkumný projekt byl zaměřen na intervence v preventivní kardiologii. Tato část studie byla zaměřena na znalosti pacientů o ovlivnitelných faktorech. Pokud chceme, aby pacient převzal aktivní úlohu v péči o své zdraví, je zásadní, aby měl kvalitní informace o zdravé životosprávě. V této části studie jsme zjišťovali, jaké informace respondenti mají a kdo jim je podává. Většina dotazovaných občanů má informace o prevenci kardiovaskulárních onemocnění od lékaře. Dále respondenti uváděli jako zdroj rodinu, přátele a internet. Přesto většina dotazovaných chce získat informace především od lékaře. Mladší lidé preferují internet a starší upřednostňují komunikaci se zdravotníky. Polovina respondentů obdržela písemné materiály zaměřené na prevenci. Většina občanů považuje informace o prevenci za užitečné. Prevence KVO by měla být celoživotním úsilím.<sup>30</sup> Aby občan mohl dodržovat zásady, je nezbytné, aby měl náležité informace, které mu předá odborný personál.

## Financování

Podpořeno projektem Ministerstva zdravotnictví ČR s registračním číslem 15-31000A.

## Literatura

1. ÚZIS ČR. Zemřelí 2016. 2017.
2. Býma S, Hradec J, Herber O, Karen I. Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Společnost všeobecného lékařství, 2004.
3. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, et al. EUROASPIRE IV: a European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol* 2016;23:636–648.
4. WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Disease 2013–2020. Switzerland: Geneva, 2013.
5. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs). 2017. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
6. American Heart Association. 2002 Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, Texas: American Heart Association, 2001:4–5.
7. Berenson GS, Srinivasan SR, Bao W, et al. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. *N Engl J Med* 1998;338:1650–1656.
8. Berenson GS, Wattigney WA, Tracy RE, et al. Atherosclerosis of the aorta and coronary arteries and cardiovascular risk factors in persons aged 6 to 30 years and studied at necropsy (The Bogalusa Heart Study). *Am J Cardiol* 1992;70:851–858.
9. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, et al. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med* 2000;343:16–22.
10. Bonow RO. Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation* 2002;106:3140–3141.
11. Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, et al. Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories. *Circulation* 1998;97:1837–1847.
12. Hwang SJ, Onuma O, Massaro JM, et al. Maintenance of Ideal Cardiovascular Health and Coronary Artery Calcium Progression in Low-Risk Men and Women in the Framingham Heart Study. *Circ Cardiovasc Imaging* 2018;11:e006209.
13. Stenestrand U, Wallentin L. Early statin treatment following acute myocardial infarction and 1-year survival. *JAMA* 2001;285:430–436.
14. Smith Jr. SC. Review of recent clinical trials of lipid lowering in coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1997;80:10H–13H.
15. Grover SA, Paquet S, Levinton C, et al. Estimating the benefits of modifying risk factors of cardiovascular disease: a comparison of primary vs secondary prevention. *Arch Intern Med* 1998;158:655–662.
16. Straus SE, Majumdar SR, McAlister FA. New evidence for stroke prevention: scientific review. *JAMA* 2002;288:1388–1395.
17. Bonow RO. Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation* 2002;106:3140–3141.
18. Cífková R, Býma S, Češka R, et al. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. *Klin Biochem Metabol* 2005;4:212–224.
19. Bejan-Angoulvant T, Saadatian-Elahi M, Wright JM, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years and older: the lower the better? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2010;28:1366–1372.
20. Doolan DM, Froelicher ES. Smoking cessation interventions and older adults. *Prog Cardiovasc Nurs* 2008;23:119–127.
21. Jarvis-Selinger S, Bates J, Araki Y, Lear SA. Internet-based support for cardiovascular disease management. *Int J Telemed Appl* 2011;2011:342582.
22. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs* 2001;20:64–78.
23. Býma S, Hradec J. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. Prevence kardiovaskulárních onemocnění. ČLS JEP, 2009.
24. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women – 2011 Update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation* 2011;123:1243–1262.
25. Mosca L, Barrett-Connor E, Wenger NK. Sex/Gender Differences in Cardiovascular Disease Prevention What a Difference a Decade Makes. *Circulation* 2011;124:2145–2154.
26. Lewis WR, Ellrodt AG, Peterson E. Trends in the use of evidence-based treatments for coronary artery disease among women and the elderly: findings from the get with the guidelines quality-improvement program. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009;2:633–641.
27. American Heart Association. 2015 Prevention Treatment of Heart Attack, Lifestyle-Changes. <http://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/life-after-a-heart-attack/lifestyle-changes-for-heart-attack-prevention>.
28. Vos LE, Oren A, Uiterwaal C, et al. Adolescent blood pressure and blood pressure tracking into young adulthood are related to subclinical atherosclerosis: the Atherosclerosis Risk in Young Adults (ARYA) study. *Am J Hypertens* 2003;16:549–555.
29. Vilánková A, Prusíková M, Vrablík M, Češka R. Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. *Med pro Praxi* 2010;7:501–503.
30. Perk J, Backer GD, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Eur J Prev Cardiol* 2012;19:585–667.