

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

PSYCHOSOMATICKÉ ASPEKTY INFARKTU MYOKARDU
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lucie Votavová

Specializace v pedagogice: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Michal Svoboda, Ph.D.

Plzeň, 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 2016

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Především bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Michalu Svobodovi, Ph.D. za cenné rady, připomínky a odbornou pomoc, kterou mi při zpracování mé bakalářské práce poskytoval. Současně bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi poskytli rozhovor a dovolili mi zpracovat jejich příběhy. Chtěla bych poděkovat i rodině a blízkým, kteří mě při psaní podporovali.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINAL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.

OBSAH

Úvod	4
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 PSYCHOSOMATIKA	7
1.1 VYMEZENÍ POJMU PSYCHOSOMATIKA	7
1.2 HISTORIE PSYCHOSOMATIKY	8
1.3 ROZDĚLENÍ A KLASIFIKACE PSYCHOSOMATICKÝ ONEMOCNĚNÍ	11
1.3.1 PORUCHY CELKOVÉHO TĚLESNÉHO SCHÉMATU	11
1.3.2 FUNKČNÍ PORUCHY	11
1.3.3 PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY V UŽŠÍM SMYSLU	12
1.3.4 SOMATOPSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ	12
1.4 PSYCHOSOMATIKA KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ	12
1.4.1 SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ	12
1.4.2 ESENCIÁLNÍ HYPERTOMIE	13
1.4.3 INFARKT MYOKARDU	13
2 INFARKT MYOKARDU	15
2.1 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ	15
2.2 ATEROSKLERÓZA	16
2.3 ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ	17
2.4 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU	18
2.4.1 PŘÍZNAKY SRDEČNÍHO INFARKTU	19
2.4.2 DIAGNOSTIKA	20
2.4.3 RIZIKOVÉ FAKTORY	21
3 PSYCHOSOMATICKÉ PŘÍČINY INFARKTU MYOKARDU	27
3.1 STRES	27
3.2 PSYCHOTERAPIE	29
3.3 ZVLÁDÁNÍ STRESU	29
3.4 STRES A KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ	33
PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 CHARAKTERISTIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI	36
4.1 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	36
4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ SONDY	36
4.3 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	37
4.4 DEFINICE PROMĚNNÝCH	37
4.5 METODA VÝZKUMU	38
4.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	38
4.6.1 KRITÉRIA VÝBĚRU RESPONDENTŮ	38
4.6.2 METODA VÝBĚRU VÝZKUMNÉHO SOUBORU	39
4.7 METODA SBĚRU DAT	39
4.7.1 PILOTNÍ ORZHOVOR	39
4.7.2 POLO-STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR	40
5 ROZHOVORY	41
5.1 PRVNÍ ROZHOVOR	41
5.2 DRUHÝ ROZHOVOR	43
5.3 TŘETÍ ROZHOVOR	44
5.4 SHRNUÍ, DISKUZE	46

ZÁVĚR	49
RESUMÉ	51
SEZNAM LITERATURY	52
PŘÍLOHY.....	I

SEZNAM ZKRATEK

ICHS	ischemická choroba srdeční
IF	infarkt myokardu
EKG	elektrokardiografie
KVO	kardiovaskulární onemocnění
HDL	vysokodenzitní lipoprotein
LDL	nízkodenzitní lipoprotein
mmHg	jednotka hydrostatického tlaku
BMI	Body Mass index
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma psychosomatické aspekty infarktu myokardu. Psychosomatikou, jako oborem takovým, se nyní zabývá čím dál tím více lékařů a vědců. Někteří odborníci se ale domnívají, že jde spíše o způsob myšlení. Mnoho lékařů se na člověka – pacienta dívá jen z té tělesné stránky. Psychika a psychosociální faktory vzniku onemocnění jsou přehlíženy a podceňovány již ve vzdělávání budoucích lékařů. Poněšický ve své knize *Psychosomatické lékařství* uvádí příklad, který výborně demonstruje podstatu psychosomatiky. Jde o příběh 40 leté ženy, která má bolesti v celém těle, hlavně ve svalech zad, hlavy a končetin. Je vdaná a pracuje jako zdravotní sestra. Kvůli bolesti a únavě není schopná pracovat více jak dvě hodiny denně. Opakovaná ortopedická i jiná vyšetření byla vždy negativní. Z provedeného rozhovoru s odborníkem vyšlo najevo, že manžela skutečně nemiluje a již od dětství trpí pocitem, že ji nikdo nerozumí. Výsledek zní: „ *Na pozadí vysokých (neboť nenaplněných) nároků na pochopení jde o subjektivně pociťovaný nedostatek pozornosti, lásky a uznání.*“ Z toho příkladu je evidentní, jak moc je biologická, psychická a sociální stránka člověka provázána.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na psychosomatiku v souvislosti s onemocněními srdce a cév. Výskyt vážných onemocnění, jako je právě infarkt myokardu, v poslední době výrazně stoupá a stávají se největší hrozbou pro lidstvo. Statistiky ukazují, že se počet úmrtí na kardiovaskulární onemocnění snižuje. Toho je ale dosaženo hlavně díky nejmodernějším technologiím. Bohužel přibývá pacientů, které se vyléčit nedaří, anebo jejich potíže stále přetrvávají.

Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol, v první je vymezen pojem psychosomatika. Druhá kapitola se zabývá infarktem myokardu a rizikovými faktory, které toto onemocnění ovlivňují. Třetí kapitola podrobně popisuje stres, jako jeden z hlavních rizikových faktorů, které mají vliv na vznik a rozvoj kardiovaskulárních onemocnění.

Praktická část práce je založena na kvalitativním výzkumném šetření, které se zaměřuje na prokázání působení psychosociálních vlivů na vznik srdečního onemocnění. Tyto poznatky jsou zpracovány na základě rozhovorů s několika respondenty, které infarkt postihl, nebo mají jiné kardiovaskulární onemocnění. Dále vyhodnocuje možný dopad

těchto vlivů na vznik jejich onemocnění. Z výsledků je pak možné usoudit, zda se mezi respondenty objevují nějaké podobné rysy, které nemoc vyvolaly.

Hlavním cílem předkládané bakalářské práce je zjistit, jaký vliv mají psychosociální faktory na kardiovaskulární onemocnění.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOSOMATIKA

Jarmila Klímová v rozhovoru pro Aktuálně. TV říká, že v současné době je psychosomatika pojímána jako obor. Ona sama ale zastává názor, že psychosomatika je spíše způsob myšlení a nahlížení na lidskou bytost se všemi jejími aspekty. Psychosomaticky léčit, pak tedy znamená: „Dívat se a nabízet klientovi terapeutické komponenty, které zahrnují všech pět aspektů zdraví respektive nemoci. To znamená aspekt biomechanický, psychický, sociální, spirituální a energetický.“ Je důležité si všech těchto pěti aspektů všimnout a sjednotit jejich vyváženost do jednoho celku.¹

1.1 VYMEZENÍ POJMU PSYCHOSOMATIKA

Samotné slovo psychosomatika vzniklo spojením dvou starořeckých slov *psyché*, což znamená duše, duševno, konkrétněji jde hlavně o způsob, jak reagujeme na různé životní situace, a *soma*, což se z řečtiny překládá jako tělo. Jedná se tedy o celostní pohled na člověka ve zdraví i nemoci. Psychosomatika zkoumá vztahy mezi duší a tělem a jak uvádí Poněšický, jde o vztah, který nechápeme jako dvě nezávislé oblasti, ale jako vzájemně propojené systémy. Tyto systémy se navzájem ovlivňují. Psychosomatická nemoc tedy představuje onemocnění, které se projevuje tělesným problémem, ale jeho vznik je zapříčiněn psychikou člověka.

O vzájemném propojení duševna s tělesnem se přesvědčujeme každý den. Jedním nejčastějším psychosomatickým projevem, který jistě každý zná, je pocit svírání žaludku před důležitou událostí či zkouškou. Dalšími projevy mohou být například zvýšený krevní tlak a zrychlený pulz v napjatých situacích, nebo úzkost, panika a stres, které mohou vést k průjmu. Pokud trpíme nespavostí a bolestmi hlavy, může to být způsobeno tím, že se potýkáme s neřešitelnými problémy. O vztahu mezi duší a tělem existuje dokonce i řada

¹ KLÍMOVÁ, Jarmila. *Nemusíme být nemocní, je do nás ale masírován strach*. Aktuálně. TV [online]. Dostupné z: <http://video.aktualne.cz/dvtv/klimova-nemusime-byt-nemocni-je-do-nas-ale-masirovan-strach/r~7c0d6f407ef711e5a705002590604f2e/>. [cit. 2016-05-20].

lidových úsloví, například že pod tíhou problému ohýbáme záda, z milostného zklamání nám puká srdce nebo nám neřešitelný problém leží v žaludku.²

Jak uvádí Danzer, člověk je brán jako celá bio – psycho – sociální jednotka a nikdy primárně ne onemocní jen duch, tělo, anebo duše. Jeden z prvních žáků Sigmunda Freuda Otto Fenichel považoval termín „psychosomatický“ za problematický vzhledem k dualismu, který neexistuje. Danzer dále zdůrazňuje, že díky termínu psychosomatika často dochází ke špatnému členění nemocí na nemoci somatické, psychické a psychosomatické.³

V roce 1939 bylo zveřejněno programové prohlášení psychosomatické medicíny, které Baštecká popisuje takto:

„Psychosomatika:

- *se zabývá psychologickým přístupem k medicíně a jejím jednotlivým odvětvím;*
- *se zajímá o vztahy mezi emočním životem a tělesnými pochody;*
- *tvrdí, že není „logického rozlišení“ mezi tělem a duší;*
- *představuje jak nový obor, tak součást každé lékařské specializace.“⁴*

1.2 HISTORIE PSYCHOSOMATIKY

Na souvislosti mezi duší a tělem se nahlíželo velmi různě. Jako prvním psychosomaticky smýšlejícím člověkem byl starořecký lékař Hippokrates (460-377 př.n.l.). Byl zakladatelem evropské lékařské školy a přední osobností humorální koncepce psychosomatiky. Zdraví považoval za výsledek správné rovnováhy čtyř tělních tekutin – humorů, kterými jsou: krev, hlen, černá žluč a žlutá žluč. Každá tekutina reprezentovala jeden živel. Krev byla oheň, hlen voda, černá žluč zem a žlutá žluč představovala vzduch. Dle Hippokrata byla příčinou choroby nerovnováha nebo nadbytek některého z humorů. Další důležitou osobností byl řecký filozof Platon (427-347 př. n. l.), který duševní (hysterické) poruchy u žen přiřazuje špatné funkci dělohy (hystery).

² PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. Praha: TRITON, 2002, s. 11-12. ISBN 80-7254-216-8.

³ DANZER, Gerhard. *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše*. 1. Praha: Portál, 2001, s. 13-14. ISBN 80-7178-456-7.

⁴ BAŠTĚCKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi: Celostný pohled na zdraví těla i duše*. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

Arabský lékař a filozof Avicenna (980-1037) ve svém Kánonu lékařství uvádí příběh mladého muže, který upadl do bezvědomí. Avicennova diagnóza zněla „šílený láskou“ a mladíka vyléčila již pouhá přítomnost jeho milované dívky.⁵

Jednou vůbec nejdůležitější osobností psychosomatiky je její zakladatel, rakouský neurolog a zakladatel psychoanalýzy, Sigmund Freud (1856-1939). Freud zastával teorii, že lidskou psychiku tvoří 3 systémy:

- ID (ono) - oblast základní pudů a instinktů – života (EROS) a instinkt smrti (THANATOS)
- EGO (já) - zdroj pocitů a citů, obsahuje obranné mechanismy proti úzkosti a odlišuje vnitřní a vnější realitu
- SUPEREGO (nadjá) - ovlivňuje vědomé aktivity a je zdrojem nevědomého pocitu viny a vnitřní tísně

Z těchto tří systémů je Ego a Superego z části vědomé, z části nevědomé, ale Id je vždy úplně nevědomé a projevuje se impulzivním chováním. Freud zastává názor, že zdravý psychický vývoj jedince je výsledkem harmonického působení všech tří složek.

Nejčastěji se ale s počátky psychosomatické medicíny spojuje jméno Franz Alexander (1891-1964). Byl to maďarsko – americký internista, psychoanalytik a představitel psychosomatické koncepce psychosomatických poruch. Jeho hlavní myšlenkou byla hypotéza, že k psychoneurózám (tj. potlačenému konfliktu), vznikají také „orgánové neurózy“ – psychosomatická onemocnění. Roku 1950 Franz vydává knihu Psychosomatické lékařství, ve které uvádí skupinu sedmi chorob – „svaté“ sedmero psychosomatických poruch, u nichž předpokládal psychogenní etiopatogenezi tedy soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci. Byly to: hypertenze (zvýšený krevní tlak), hypertyreóza (zvýšená činnost štítné žlázy), astma bronchiale, vředová choroba gastroduodenální (peptidický vřed), ulcerózní kolitida (záněť trávicí trubice), revmatoidní artritida a neurodermitis (atopický ekzém).⁶

⁵ BAŠTĚCKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi: Celostný pohled na zdraví těla i duše*. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

⁶ CHROMÝ, Karel, Radkin HONZÁK a kolektiv. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. Praha: Grada, 2005, s. 19. ISBN 80-247-1473-6.

F. Alexander také tvrdil, že emocionální zážitek může aktivovat, nebo naopak potlačit funkci všech orgánů. Na druhou stranu se domníval, že zdravé orgány jsou schopné znovuobnovit svoji normální funkci v okamžiku, kdy emocionální impuls skončí.⁷

Morschitzky dále zdůrazňuje, že problém všech jednostranně založených koncepcí tkví v tom, že pátrají po příčinách, které před tím do psychosomatiky sami vložili. Jako ukázkou uvádí rakovinu, která je důsledkem toho, že se vnitřně šíříme. Migréna je následkem potlačované agresivity a atopický ekzém je následkem nedostatku kožních doteků v raném dětství a v neposlední řadě uvádí peptidický vřed, který je důsledkem zadržované nebo nepovolené touhy po lásce.⁸

Počátky vývoje psychosomatiky jsou nazývány psychosomatickým hnutím. Vrcholem tohoto období jsou práce právě Franze Alexandra, které vycházejí z myšlenek Sigmunda Freuda. Psychosomatické hnutí vzniklo jako reakce na krizi evropského lékařství na přelomu 19. a 20. století. V té době bylo lékařství zaměřeno především na hledání organických a infekčních příčin nemocí a tím pádem přehlíželo osobnost nemocného a také vztahy mezi organismem a prostředím.⁹

Zástupcem současné psychosomatiky je americký psychosomatik a lékař Georg Libman Engel (1913-1999), který rozšířil psychosomatický přístup k nemoci o faktor sociální. V roce 1977 navrhl bio-psycho-sociální model nemoci, podle kterého se tělo, duše a sociální okolí navzájem ovlivňují. Z tohoto modelu můžeme vyvodit, že v extrémních psychických a psychosociálních zátěžích může tělesně onemocnět každý člověk. Zajímavé ale je, že stejné zátěžové faktory mohou vést u různých lidí k různým onemocněním.¹⁰

⁷ FALEIDE, Asbjorn, Eyolf K. FALEIDE a Lian B. LILLEBA. *Vliv psychiky na zdraví: Soudobá psychosomatika*. 1. Praha: Grada, 2010, s. 27-28. ISBN 978-80-247-2864-3.

⁸ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Když duše mluví řečí těla: Stručný přehled psychosomatiky*. 1. Praha: Portál, 2007, s. 14. ISBN 978-80-7367-218-8.

⁹ BAŠTECKÝ, Jaroslav, Jiří ŠAVLÍK a Jiří ŠIMEK. *Psychosomatická medicína*. 1. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

¹⁰ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Když duše mluví řečí těla: Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál, 2007, s. 15. ISBN 978-80-7367-218-8.

1.3 ROZDĚLENÍ A KLASIFIKACE PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Ve své knize uvádějí Morschitzky a Sator čtyři hlavní skupiny psychosomatických chorob dle jejich závažnosti:

- „poruchy celkového tělesného schématu (neorganické tělesné symptomy bez funkčních nebo somatických příčin víceméně nepovažované za nemoc);
- funkční (somatoformní a disociativní) poruchy (primárně neorganické poruchy považované za nemoc);
- psychosomatické poruchy v užším smyslu (organické choroby vyvolávané nebo posilované psychosociálními faktory);
- somatopsychické choroby (organická onemocnění s psychosociálními následky)^{.11}

1.3.1 PORUCHY CELKOVÉHO TĚLESNÉHO SCHÉMATU

Jedná se o tělesné potíže, které jsou psychicky nebo psychosociálně podmíněné a při kterých nedochází k funkčnímu poškození tkáně nebo orgánů. Jedná se tedy o tělesné symptomy, které se objevují u lidí objektivně zdravých. Nejčastěji se projevují obtíže jako bolesti hlavy, žaludeční nevolnost a podobně.

1.3.2 FUNKČNÍ PORUCHY

Tato skupina popisuje onemocnění, která se projevují poškozením tělesných funkcí, bez organické příčiny, ale často se na nich podílejí příčiny psychické. Obvykle se jedná o poruchu vegetativního (autonomního) nervstva. Mezi symptomy patří například palpitace (bušení srdce), nadměrné pocení, dechové, žaludeční či střevní potíže. Morschitzky a Sator definují funkční poruchy jako poruchy, které „*bývají často projevem toho, že tělo má k dispozici dostatek energie, která se však nemůže uplatnit ani jinak vybit, z čehož vznikají poruchy regulace a nepříjemné tělesné poruchy.*“¹²

Tyto poruchy vyvolávají u pacientů přesvědčení, že trpí nějakým závažným onemocněním, i když tomu tak ve skutečnosti není a dochází u nich k přeceňování

¹¹ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Když duše mluví řečí těla: Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál, 2007, s. 17. ISBN 978-80-7367-218-8.

¹² MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Když duše mluví řečí těla: Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál, 2007, s. 17-18. ISBN 978-80-7367-218-8.

tělesných příznaků. Opakem jsou lidé, jejichž problémy by měl řešit lékař, ale chovají se jako „zdraví“ a svůj zdravotní stav přehlížejí.

1.3.3 PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY V UŽŠÍM SMYSLU

Tato skupina zahrnuje tělesné choroby s prokazatelným poškozením orgánů a organicky způsobené poruchy tělesných funkcí, které jsou výrazně ovlivněny psychickými nebo psychosociálními faktory. Na propuknutí poruchy, jejím udržování popřípadě zhoršení, se více nebo méně podílejí psychické nebo sociální faktory.

1.3.4 SOMATOPSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Jako somatopsychická onemocnění jsou primárně označována tělesná onemocnění, jejichž důsledkem jsou psychické a sociální poškození. Každá nemoc organického původu, jako je například diabetes mellitus, AIDS, koronární srdeční choroby, rakovina nebo selhání ledvin, s sebou přináší i psychické následky, které se podílejí na dalším průběhu nemoci. Záleží samozřejmě na závažnosti onemocnění a také na podmínkách, ve kterých postižený žije. Mezi znaky somatopsychického onemocnění se řadí například omezení sociálních vztahů a potenciálních sociálních rolí, ohrožení představy o sobě samém a pocit nízké vlastní hodnoty, strach ze smrti, snížená tělesná a duševní výkonnost nebo zhoršení celkového naladění a ohrožení emoční rovnováhy.¹³

1.4 PSYCHOSOMATIKA KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ

1.4.1 SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Funkční poruchy srdce jsou velice častým onemocněním. Jedním z nejrozšířenějších onemocnění je tzv. srdeční neuróza, označovaná také jako funkční srdeční porucha, srdeční hypochondrie nebo úzkostná neuróza. U pacientů se srdeční neurózou se objevují symptomy jako je například bušení srdce, bodavé i tlakové bolesti na

¹³ MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Když duše mluví řečí těla: Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál, 2007, s. 23-24. ISBN 978-80-7367-218-8.

hrudi, celková únava a vyčerpání, pocity zimy a tepla, ale také psychické potíže, které se projevují vnitřním neklidem a úzkostí. Pokud se podíváme na vyjmenované potíže, zjistíme, že se jedná o pacienty mající sklony k úzkostnosti a s tím spojené sebezpozorování, vyhýbání se zátěži a tendence k depresivitě. Úzkostnost je typická především pro pacienty, kteří se vyskytli v situaci, kdy se mají odloučit, osamostatnit a tím přerušit velice intenzivní vztah s matkou. Pokud v dospělosti k odloučení a přerušení vztahu přeci jen dojde, jedinci reagují depresivně a úzkostně a projeví se výše zmíněné potíže.¹⁴

1.4.2 ESENCIÁLNÍ HYPERTONIE

Hypertonie je označení pro vysoký krevní tlak a zvýšené napětí. U esenciální hypertonie nenacházíme žádné tělesné příčiny jako je například onemocnění ledvin. Subjektivně může toto onemocnění probíhat i bez příznaků. Pacienti s tímto onemocněním trpí pocity závratě, hučením v uších, bolestmi hlavy či zapomnětlivostí a zvýšenou únavou. Osobnosti, které mají sklony k hypertonii, jsou pacienti, vyznačující se perfekcionalismem. Jsou přátelští, spolehliví a přesní. Problémem ale bývá autorita, konflikt mezi poslušností, zvýšená citlivost, ale současně i závislost na autoritě. Také agresivní napětí a zklamání a nespokojenost. Jan uvádí Poněšický, tento problém vzniká již v dětství, kdy se dítěti nedostává dostatečné pozornosti. Často chybí verbální odpovědi, zrakový kontakt a objevuje se kritika jedince. Protože se dítě nenaučí na takovéto mezilidské frustrující chování reagovat, výsledkem pak bývá náchyllost jedince ke vzniku stresu v zaměstnání například tzv. mobbing.¹⁵

1.4.3 INFARKT MYOKARDU

Jedná se o onemocnění srdce, které postihuje muže zpravidla po 40. roce života a u žen se objevuje nejčastěji v období menopauzy a nad 60 let. Bohužel se v současné době věková hranice vzniku infarktu stále snižuje, a tak se s tímto onemocněním můžeme

¹⁴ PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010, s. 44. ISBN 978-80-904541-8-7.

¹⁵ PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010, s. 44. ISBN 978-80-904541-8-7.

setkat i u mladších jedinců. Velký podíl na vzniku těchto onemocnění má přehnaná pracovní zátěž, někdy to bývá i dvojí zaměstnání. Lidé s tendencí ke vzniku infarktu myokardu reagují na neúspěch, únavu či nedostatek času ještě větším pracovním nasazením a potlačují vše, co by je mohlo brzdit nebo rušit.

„Pacienti plánují svůj životní i pracovní rytmus bez ohledu na emoce, jsou tížádstiví, jde jim o sociální status, o uznání.“¹⁶

Pacienty trpící srdečním onemocněním můžeme rozdělit na 2 typy – typ A a B. Typ A je charakteristický úspěšným, ale hektickým životním stylem spojeným s netrpělivostí a silnou vzrušivostí až agresivitou. Dále u nich můžeme pozorovat zvýšenou psychomotoriku v reakci na různé interpersonální situace. Naproti tomu typ B, který je rovněž náchylný k srdečnímu infarktu, se vyznačuje spíše klidným chováním, ale také i pracovitostí bez časového omezení a hlavně signálů, které by měly být vnímány jako známky pracovního přetížení. Klasické situace, kterou by mohly vyvolat komplikace, jsou charakterizovány prací pod časovým tlakem, což je způsobeno nedostatkem času. Dále jsou to nové a nové termíny, které musím být splněny mimo pracovní dobu a co nejlépe.

Pacienti typu A jsou popisováni jako energičtí, soutěživí, cílově orientovaní, odpovědní, se zvláště svědomitým vztahem k práci. Těchto vlastností i způsobu chování si často jedinci typu A nejsou vůbec vědomi, a proto je nemohou dostatečně ovlivňovat a kontrolovat. Oproti typu B je u těchto pacientů riziko infarktu myokardu větší již v mladém věku. Tyto nálezy byly zjištěny i u žen a zvláště u populace zaměstnané ve srovnání se ženami v domácnosti.¹⁷ Infarktu myokardu se budu podrobněji věnovat v následující kapitole.

¹⁶ PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. Praha: TRITON, 2002, s. 58. ISBN 80-7254-216-8.

¹⁷ PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010, s. 46. ISBN 978-80-904541-8-7.

2 INFARKT MYOKARDU

Nemoci srdce a cév jsou v České republice na prvním místě v příčinách úmrtí. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky uvádí statistiku z roku 2010, kdy bylo hospitalizováno 22507 lidí pro akutní nebo pokračující infarkt myokardu. Celkem zemřelo 6439 osob.¹⁸

Nejvíce ohroženou skupinou jsou muži nad 50 let a ženy ve věku nad 60 let. V posledních letech bohužel došlo k posunu výskytu těchto onemocnění i do mladších věkových kategorií, a proto není zvláštností srdeční infarkt u osob kolem třicátého až čtyřicátého roku života. Ohrožení mohou být především jedinci trpící nadměrnou srážlivostí krve, genetickou dispozicí nebo velice špatnou životosprávou. MUDr. Štěpán Černý, přednosta kardiocentra Nemocnice Na Homolce v Praze, říká: „V posledním desetiletí výrazně roste počet pacientů s onemocněním srdce a cév, což je dáno jak stárnutím populace, tak rozvojem diagnostických metod. Tato onemocnění jsou v současné době v čas indikována i u lidí, kteří dříve na tato onemocnění náhle umírali.“¹⁹

2.1 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Infarkt myokardu patří do skupiny kardiovaskulárních onemocnění, která můžeme zařadit do velké skupiny civilizačních chorob. Civilizační choroby jsou nemoci, které jsou spojené se životním stylem, a to především moderní doby a velkých průmyslových měst. Náš organismus je čím dál tím více ohrožován nepříznivými vlivy z okolí. Zhoršuje se životní prostředí i kvalita ovzduší, máme nedostatek pohybu, jíme kaloricky bohatá jídla živočišného původu, přeslazuje a příliš solíme. Dále bychom sem mohli zařadit nedostatek pohybu, kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu, stres a to, že málo

¹⁸ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Nemocnost a úmrtnost na ischemické nemoci srdeční v ČR v letech 2003-2010*. [online]. Dostupné z: file:///C:/Users/acer/Downloads/24_12.pdf. [cit. 2016-05-20].

¹⁹ JANÁKOVÁ, Lucie. *Infarkt myokardu – příznaky a první pomoc*. Eurodeník.cz [online]. 22. 5. 2015. Dostupné z: <http://eurodenik.cz/zdravi/infarkt-myokardu-priznaky-a-prvni-pomoccc>. [cit. 2016-05-20].

relaxujeme. Mezi civilizační choroby patří mimo jiné cukrovka, rakovina, anorexie, alergie, astma, obezita, deprese a právě již zmíněná kardiovaskulární onemocnění.²⁰

Kardiovaskulárním onemocněním v širším slova smyslu rozumíme všechny jak vrozené, tak i získané choroby srdečního svalu a cév, které vedou krev od srdce k orgánům – jedná se o tepny, tepénky a vlásečnice. Dále také cév, které vedou odkysličenou krev zpět k srdci – žíly. V užším smyslu jsou to choroby způsobené kornatěním a ucpáváním tepen neboli aterosklerózou. Většina lidí si ale pod pojmem kardiovaskulární onemocnění představí pouze choroby srdečního svalu, tedy srdce a tepen. Tato onemocnění nejdou v raných stádiích nijak poznat. Pacienta nic nebolí, a proto jsou více známy až závažné stavy, jako je například právě infarkt myokardu.²¹

2.2 ATEROSKLEZÓZA

Ateroskleróza neboli kornatění cév, je jedním z onemocněních, která řadíme mezi civilizační choroby. V současné době je ve vyspělých zemích jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Ateroskleróza postihuje obvykle všechny cévy v organismu, ale na některých místech mohou být pro člověka z funkčního hlediska závažnější. Jedná se o děj, kdy se do vnitřní části cév pod jejich výstelku neboli endotel ukládají látky z krve. Tyto látky jsou především tukové povahy, například se jedná o cholesterol, ale mohou to být i látky odpadní nebo vápník. Po usazení těchto látek ve stěně cévy vzniká aterosklerotický plát. Postupem času se tento plát zvětšuje, až nakonec dojde k zúžení průsvitu cévy a omezení průtoku krve. Když na plát nasednou krevní destičky, vznikne krevní sraženina, které může cévu ucpat úplně. Tato sraženina vznikne díky srážecím (koagulačním) mechanismům. Pokud lékař nezasáhne včas, může dojít k odumření tkáně za uzávěrem.

²⁰ TOPZINE. Civilizační choroby jsou postrachem naší doby. [online]. Dostupné z: <http://www.topzine.cz/civilizacni-choroby-jsou-postrachem-nasi-doby>. [cit. 2016-05-20].

²¹ Fórum zdravé výživy. *Kardiovaskulární onemocnění*. [online]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/kardiovaskularni-onemocneni/>. [cit. 2016-05-20].

Ateroskleróza může mít za následek nejen ischemickou chorobu dolních končetin nebo cévní mozkovou příhodu, ale i ischemickou chorobu srdeční.²²

2.3 ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ

V případě, kdy ateroskleróza postihne koronární (věnčité) tepny, hovoříme o ischemické chorobě srdeční (dále ICHS). Ischemie je slovo řeckého původu. Ischo znamená zdržovat, haima představuje krev. Z toho tedy můžeme vyvodit, že se jedná o nedostatečný přívod kyslíku do tkáně z důvodu omezení průtoku krve. ICHS je chronické onemocnění, které probíhá cyklicky a následující fáze onemocnění mohou vzniknout a opět odeznít. Je definována jako nedostatečný přívod krve do srdečního svalu, který je způsobený chorobným procesem v cévách, které zásobují srdeční svalovinu kyslíkem a živinami. Projevuje se hlavně tehdy, kdy srdce potřebuje více okysličené krve, než může zúžená tepna poskytnout. Tyto zvýšené nároky jsou často způsobené fyzickou aktivitou nebo stresem.²³

Hromadová uvádí, že ischemie neboli místní nedokrevnost srdce je důsledkem nerovnováhy mezi dodávkou kyslíku a jeho potřebou. Tento stav může vzniknout v klidu, anebo během zátěže, kdy dodávka kyslíku a živin klesne pod kritickou hodnotu.²⁴ ICHS je velice závažný zdravotní problém. Je jednou ze tří nejčastějších příčin úmrtí z kardiovaskulárních příčin (spolu s cévními mozkovými příhodami a tromboembolickou chorobou plicní). U žijících nemocných zhoršuje kvalitu života a spotřebovává velké množství finančních prostředků vynakládaných na zdravotnictví. Její frekvence výrazně stoupá s věkem nemocných.

Ischemickou chorobu srdeční můžeme rozlišit na akutní a chronickou. Viz tabulka 1. Jednotlivé formy se mohou lišit klinickým obrazem, etiologií a terapeutickým postupem.²⁵

²² ŠPAČEK, Rudolf a Petr WIDIMSKÝ. *Infarkt myokardu*. 1. Praha: Galén, 2003, s. 25-29. ISBN 80-7262-197-1.

²³ SOVOVÁ, Eliška a Jan LUKL. *100+1 otázek pro kardiaky: Vyšetření, rizikové faktory, srdeční onemocnění*. 1. Praha: Grada, 2005, s. 87. ISBN 80-247-1166-4.

²⁴ HROMADOVÁ, Danica. *Kardiovaskulární onemocnění*. 1. Praha: Neptun, 2004. ISBN 80-902896-8-1.

²⁵ KLENER, Pavel a kol. *Vnitřní lékařství II*. 1. Praha: Informatorium, 2001. ISBN 80-86073-76-9.

Tab. 1 Akutní a chronické formy ICHS

Akutní formy	Chronické formy
Akutní infarkt myokardu	Angina pectoris
Náhlá srdeční smrt	Němá ischemie myokardu
Nestabilní angina pectoris	Srdeční selhání při ICHS
	Arytmická forma ICHS

2.4 AKUTNÍ INFARKT MYOKARDU

V následující kapitole se budeme podrobněji věnovat infarktu myokardu. Abychom ale pochopili, co se vlastně při infarktu děje, měli bychom znát základní údaje o anatomii lidského srdce. Srdce je dutý svalový orgán, uložený v dutině hrudní, mezi plícemi a jeho hmotnost je přibližně 300 g. Srdce je na povrchu chráněno blánou neboli osrdečníkem, který se skládá ze dvou listů – epikardu a perikardu. Mluvíme-li o epikardu, máme na mysli vnější vazivový list na povrchu. Tyto dva listy se po sobě volně posouvají při stahování a roztahování srdce. Hlavní hmotou, která tvoří srdce je srdeční svalovina, odborně myokard. Nejdůležitější funkcí buněk tvořících myokard je pravidelné smršťování a roztahování, což se projevuje stahováním a roztahováním celého srdce. Tyto děje odborně nazýváme systola neboli smrštění, kdy je krev vypuzena a diastola, neboli ochabnutí. Uvnitř je srdce rozděleno přepážkou na pravou a levou polovinu, někdy se tedy říká, že máme levé a pravé srdce. Každou polovinu dále tvoří síň a komora, které jsou od sebe odděleny cípatými chlopněmi. Je důležité zmínit, že síně a komory jsou vystlány endokardem, který představuje vnitřní vazivovou výstelku. Hlavní funkcí srdce je pumpování krve do oběhu. To je zajištěno především tepnami a žilami, kdy tepny rozvádějí okysličenou krev do celého těla a žíly naopak přivádějí odkysličenou krev zpět do srdce. Nejdůležitější tepnou je aorta neboli srdečnice, která vychází z levé komory a plicní tepna, vycházející z pravé komory srdeční. Odkysličená krev je pak z těla sbírána horní a dolní dutou žílou, obě ústí do pravé síně srdeční. Srdce pracuje trvale a rytmicky, na základě elektrických vzruchů, které vznikají přímo v srdci.²⁶

K infarktu myokardu dochází tehdy, je-li jedna z věnčitých (koronárních) tepen

²⁶ TOUŠEK, František. *Srdeční infarkt: Příčiny, léčba, prevence*. České Budějovice: Dona, 1994, s. 7-11. ISBN 80-85463-33-4.

ucpána a tím dojde k nedostatečnému zásobení srdce kyslíkem. Pokud se tomu tak stane, srdce rychle nekrotizuje, neboli odumírá. K ucpání tepny vznikne díky sraženině, která se vytvoří na aterosklerotickém plátu. Toušek ve své knize vysvětluje infarkt jako odumření svaloviny pod uzávěrem věnčité tepny a záleží na tom, v jakém úseku je tepna ucpána. Pokud je uzavřena nějaká menší větev, je rozsah infarktu malý a méně komplikovaný. Je-li ale uzavřena tepna hned za jejím výstupem ze srdce, jde o život ohrožující stav, který bohužel často končí náhlou smrtí. Dále uvádí, že po prodělání infarktu s odstupem několika hodin či dní dochází k přeměně postižené srdeční svaloviny v zjizvenou tkáň. Taková tkáň pak ztrácí schopnost spontánně se stahovat. Velice záleží na tom, jak velká část srdeční svaloviny byla postižena. Logicky můžeme vyvodit, že čím větší je rozsah poškození, tím více se stává srdce nefunkční a ztrácí schopnost pumpovat krev do celého těla. Jako akutní označujeme infarkt do šestého týdne²⁷

Srdeční infarkt je v průmyslově vyspělých zemích stále vedoucí příčinou úmrtnosti. Podle údajů Národního centra pro zdravotnickou statistiku je v USA každoročně vyšetřováno přes 5 milionů nemocných pro akutně vzniklou bolest na hrudi a s ní spojené symptomy. Česká republika figuruje ve výskytu infarktu na jednom z předních míst na světě. Ročně u nás onemocní akutním infarktem myokardu téměř 25 000 lidí, přičemž třetina z nich zemře ještě před kontaktem se zdravotnickou službou. Infarkt myokardu je častým onemocněním, které se vyskytuje u mužů asi pětikrát častěji než u žen. Muže postihuje již po 40. roce života, u žen se začíná objevovat v menopauze. Výskyt infarktu také stoupá s věkem. U mužů středního věku je roční incidence 10-15 případů/1000 obyvatel. Spodní věková hranice výskytu infarktu se však v posledních desetiletích neustále snižuje.²⁸

2.4.1 PŘÍZNAKY SRDEČNÍHO INFARKTU

Infarkt myokardu se projevuje velmi intenzivní bolestí na hrudi. Bolest je většinou tlakového, pálivého, svíravého nebo řezavého charakteru. Mnoho pacientů líčí bolest jako tlak kamene na hrudi, pocit sevření hrudníku ve svěráku nebo dokonce mají pocit, jakoby

²⁷ TOUŠEK, František. *Srdeční infarkt: Příčiny, léčba, prevence*. České Budějovice: Dona, 1994, s. 47-49. ISBN 80-85463-33-4.

²⁸ HROMADOVÁ, Danica. *Kardiovaskulární onemocnění*. 1. Praha: Neptun, 2004, s. 15-19. ISBN 80-902896-8-1.

se jim měl hrudník roztrhnout. Někdy bývá bolest tak ostrá, že nemocného probudí ze spánku. Často se jedná o tlak za hrudní kostí, který se může posouvat do levé horní končetiny až k malíku nebo v některých případech i do obou horních končetin. Také do krku, ramen, předloktí, anebo dolní čelisti. U některých pacientů se bolest šíří i směrem do břicha, takže se může nemocný domnívat, že jde jen o bolest žaludku nebo žlučníku. Trvání bolesti je variabilní. U typického infarktu bolest sama neodezní a bývá utlumena až lékařem. Také bývá provázena řadou dalších příznaků, mezi které patří například pocení, které je součástí stresové reakce na organismus. Dále sem zařazujeme dušnost, nucení na zvracení nebo zvracení, bušení, přeskakování nebo vynechávání srdce. V neposlední řadě to bývá úzkost, někdy až pocit strachu ze smrti. V některých případech se bohužel stává, že bolest na hrudi, která je typickým projevem, bývá zastřena některým z vedlejších příznaků. V takových situacích bývá lékař přivolán pozdě.²⁹

2.4.2 DIAGNOSTIKA

Základem diagnózy všech koronárních onemocnění je vždy anamnéza. O léčebném postupu u nemocného se tedy rozhoduje na základě zjištění charakteru, frekvence a doby trvání bolesti. Základním vyšetřením u infarktu myokardu a dalších koronárních syndromů je elektrokardiografie neboli EKG. Vyšetření probíhá pomocí elektrokardiografu, který zobrazuje elektrickou činnost srdce. Grafickým záznamem bývá křivka, jejíž výchylky znázorňují elektrickou aktivitu srdce. Pokud srdci schází kyslík, vlnky na křivce mění svůj tvar.³⁰ Dalším pomocným vyšetřením je biochemické vyšetření, kde se stanovují kardiocifické (srdeční) enzymy. Za normálních situací je koncentrace těchto enzymů v krvi velice nízká, ale pokud dojde k poškození srdeční svaloviny, a hlavně při odumírání, se enzymy uvolňují a jejich koncentrace v krvi roste.³¹

²⁹ TOUŠEK, František. *Srdeční infarkt: Příčiny, léčba, prevence*. České Budějovice: Dona, 1994, s. 55-56. ISBN 80-85463-33-4.

³⁰ HROMADOVÁ, Danica. *Kardiovaskulární onemocnění*. 1. Praha: Neptun, 2004, s. 38. ISBN 80-902896-8-1.

³¹ Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK. Srdeční enzymy. [online]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=srdecni-enzymy>. [cit. 2016-05-20].

2.4.3 RIZIKOVÉ FAKTORY

Rizikové faktory jsou takové podmínky a zvyky, které mohou u svých nositelů urychlit rozvoj nemoci. Je proto velice důležité je znát a snažit se je vyloučit či omezit. Na vzniku a rozvoji nemoci srdce a cév se podílí více faktorů. Většinu z nich můžeme změnit, léčit nebo alespoň udržovat pod kontrolou. Je samozřejmé, že čím více rizikových faktorů se u jedince objevuje, tím větší riziko rozvinutí infarktu je. Riziko se zvyšuje také s narůstající intenzitou daného rizikového faktoru. Tradičně dělíme rizikové faktory na ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Za neovlivnitelné rizikové faktory považujeme ty, které nelze vědomě ovlivnit. Mezi takové faktory řadíme:

- věk
- pohlaví
- rodinná anamnéza (výskyt kardiovaskulárních onemocnění v rodině)
- osobní anamnéza (již prodělané kardiovaskulární onemocnění)
- etnická příslušnost
- genetická predispozice

Vysoký věk je nejvýznamnější rizikový faktor, kterému ale bohužel nelze předcházet. Hromadová uvádí, že pokles úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy se nejvíce podílel na prodloužení střední délky života. I přes tuto skutečnost se ale kardiovaskulární onemocnění významně podílejí na úmrtnosti v produktivním věku. To je dobře zřetelné v níže uvedené tabulce – viz Tab. 2.³²

³² HROMADOVÁ, Danica. *Kardiovaskulární onemocnění*. 1. Praha: Neptun, 2004, s. 16. ISBN 80-902896-8-1.

Tab. 2 Podíl kardiovaskulárních onemocnění na celkové úmrtnosti ve vybraných věkových skupinách.

Věková skupina	KVO (%)		Celkem (%)
	Ženy	Muži	
30-40	7	11	18
35-39	13	19	32
40-44	19	25	44
45-49	21	32	53
50-54	27	35	62
55-59	33	39	72
60-64	43	47	90

Na tabulku navazuje i další významný neovlivnitelný faktor a tím je pohlaví. Z tabulky je zřetelné, že pro muže je riziko srdečního infarktu výrazně vyšší než pro ženy. To je zapříčiněno produkcí ženských pohlavních hormonů, které zvyšují hladinu cholesterolu HDL v krvi, a tím chrání ženy před rozvinutím aterosklerózy. Obsah ženských hormonů se však v období menopauzy snižuje, a proto dochází ke zvýšení výskytu srdečního selhání u žen ve vyšším věku. Je ale nutné dodat, že v poslední době se infarkt myokardu objevuje i u mladých žen a to v důsledku užívání hormonální antikoncepce, která má vliv na zhoršování krevního tlaku.

Poslední neovlivnitelný faktore, který je potřeba zmínit, jsou genetické predispozice neboli dědičnost. Toušek ve své knize říká, že: „ *Interpretovat vliv dědičnosti na výskyt onemocnění v jednotlivých rodinách není jednoduché. Musíme brát v úvahu společné rodinné návyky dietní, ale i společenskoekonomické vztahy, které rodiny během jejich života provázejí.*“³³ Výzkumy ale prokazují, že větší výskyt srdečních infarktů nelze přisoudit pouze dietním návykům, nebo způsobu života rodiny. Proto se sleduje hlavně výskyt onemocnění, které se v rodině již vyskytlo, a sledují se biochemické parametry, kterými jsou například hladina cholesterolu nebo glukózy v krvi. Zda se dědí přímo vloh, které podporují vznik aterosklerózy a tedy srdečního infarktu, anebo vloh ke vzniku cukrovky a zvýšení hladiny tuků v krvi, pořád není zcela jasné.

³³ TOUŠEK, František. *Srdeční infarkt: Příčiny, léčba, prevence*. České Budějovice: Dona, 1994, s. 40. ISBN 80-85463-33-4.

Ovlivnitelný rizikový faktor lze charakterizovat jako faktor, který může být ovlivněn určitým opatřením. Můžeme ho tedy alespoň částečně ovlivnit svou vůlí, chováním, dietou nebo medikamentózní léčbou. Mezi ovlivnitelné rizikové faktory řadíme:

- zvýšená hladina krevního cholesterolu
- vysoký krevní tlak (hypertenze)
- cukrovka (diabetes mellitus)
- kouření
- obezita a nadváha
- stres
- sedavý způsob života

Hned na začátek je potřeba zdůraznit, že pokud se u nás vyskytuje více jak jeden rizikový faktor, jejich nepříznivý vliv se násobí. Jeden rizikový faktor zvyšuje riziko vzniku infarktu přibližně 2,5krát, dva rizikové faktory 4,5krát a přítomnost tří až 8,5krát. Je ale nutno dodat, že je celá řada osob, které prodělaly srdeční infarkt, a žádný z uvedených rizikových faktorů se u nich nevyskytuje.

Vysoká hladina cholesterolu v krvi se označuje jako hyperlipidémie. Cholesterol je látka, která má pro náš organismus mimořádný význam. Je součástí tuků, které jsou nepostradatelnou složkou všech živých buněk. Tuk slouží jako zásobní zdroj energie v podobě triacylglycerolu, ale také tvoří buněčné membrány a je potřeba pro tvorbu hormonů a vitamínu D. Většinu cholesterolu si organismus dokáže sám vytvořit z látek jednodušších v játrech, část přijímáme v živočišné potravě. Cholesterol je pro naše tělo nepostradatelný, ale zároveň nám jeho nadbytek může uškodit. Pro určení rizika kardiovaskulárního onemocnění je důležité množství a typ cholesterolu. Proto rozlišujeme dva základní typy. LDL a HDL. LDL (Low Density Lipoproteins) je lipoprotein o nízké hustotě a HDL (High Density Lipoproteins) je lipoprotein o vysoké hustotě. Ten „špatný“ cholesterol, který se usazuje v cévách, je cholesterol obsažený v LDL. Cholesterol obsažený v HDL je vracen zpět do jater a tam je odbouráván. Právě hladina LDL cholesterolu je důležitá pro určení rizika výskytu infarktu.

Tab. 2 Hladina LDL cholesterolu v krvi.

Nízké riziko	méně než 2,5 mmol/l
Hraniční hodnoty	2,5 - 3,4 mmol/l
Vysoké riziko	více než 3,4 mmol/l

Co se týče HDL cholesterolu, ten se u většiny lidí pohybuje v rozmezí od 1.25 do 2.59 mmol/l. Pokud se ale dostane pod 1,25 mmol/l, také představuje zvýšené riziko pro srdeční infarkt. Hladinu HDL cholesterolu snižuje sedavý způsob života, užívání antikoncepce s progesteronem, obezita a kouření. Zvyšuje ho naopak cvičení a aktivní pohybový režim a pohlaví – ženy do menopauzy.³⁴

Dalším významným rizikovým faktorem je kouření. Je zajímavé, že i když všichni vědí, jak moc je kouření škodlivé a že způsobuje rakovinu, tak i přes to počet kuřáků stále stoupá. Výzkumy provedené ve Spojených státech a ve Velké Británii prokázaly, že kouření zvyšuje úmrtnost na srdeční onemocnění asi o 70%. Je dokázáno, že více kouří muži než ženy. U žen se riziko vzniku srdečního infarktu podstatně zvyšuje v souvislosti s užíváním antikoncepce spolu s kouřením. Při kouření se uvolňují různé škodlivé látky. Je jich okolo 4000. Tou nejznámější je nikotin, ale mnohem nebezpečnější je dehet a oxid uhelnatý, který se váže na krevní barvivo – hemoglobin a tím zamezuje přívodu kyslíku do tkání. Kromě toho ještě ovlivňuje sílu srdečního stahu. Pokud tedy kuřák přestane kouřit, riziko vzniku srdečního infarktu je o 50-70 % menší.³⁵

Vysoký krevní tlak neboli hypertenze je dalším rizikovým faktorem, který se podílí na vývoji kardiovaskulárních onemocnění. Není to jen rizikový faktor, ale zároveň kardiovaskulární onemocnění samo o sobě. Jedná se o úroveň krevního tlaku, která reaguje na potřeby organismu a psychické změny. Proto při fyzické a psychické zátěži stoupá krevní tlak a tepová frekvence. Trvalé a výrazné změny však naznačují, že je něco

³⁴ TOUŠEK, František. *Srdeční infarkt: Příčiny, léčba, prevence*. České Budějovice: Dona, 1994, s. 21-28. ISBN 80-85463-33-4.

³⁵ TOUŠEK, František. *Srdeční infarkt: Příčiny, léčba, prevence*. České Budějovice: Dona, 1994, s. 16-20. ISBN 80-85463-33-4.

v nepořádku. Krevní tlak se během dne mění v závislosti na změnách, které v organismu probíhají. Nejnižší krevní tlak je brzy ráno, kolem třetí až čtvrté hodin ranní, zatímco nejvyšší krevní tlak máme po probuzení a odpoledne. Krevní tlak je vlastně boční tlak krevního sloupce na cévní stěnu a na jeho regulaci se podílí srdce, cévy, ledviny, ale také nervový a hormonální systém. Rozlišujeme krevní tlak systolický a diastolický, kdy systolický tlak je hodnota naměřená při systole neboli srdečním stahu. Diastolický tlak je naopak tlak naměřený při diastole, uvolnění a plnění srdce. Sovová uvádí, že v dospělosti je normální krevní tlak 110-139 mm Hg systolického krevního tlaku a 60-89 mm Hg diastolického tlaku. Dále uvádí, že za hypertenzi je považované opakované zvýšení krevního tlaku na 140 mm Hg systolického nebo 90 mm Hg diastolického krevního tlaku.³⁶ „Riziko vzniku srdečního infarktu se snižuje o 2-3 % s každým snížením diastolického tlaku o 1 mm Hg.“³⁷

Dalším rizikovým faktorem, který je možné ovlivnit, je obezita. Obezita je synonymem ke slovu otylost a lze ji charakterizovat jako nadměrnou tělesnou hmotnost. Její příčinou je ve většině případů nepoměr mezi příjmem potravy a výdejem energie. Podle posledních údajů WHO trpí nadváhou 1,6 miliardy dospělé populace a z toho 400 milionů lidí obezitou. Výzkum Všeobecné zdravotní pojišťovny ukázal, že v České republice trpí nadváhou každý třetí a obezitou každý pátý Čech.³⁸ Je důležité si uvědomit, že obezita výrazně zatěžuje srdce, které musí čerpat krev do zbytečných tukových tkání a přispívá mimo jiné i ke zvýšení krevního tlaku. Ke správnému určení optimální tělesné hmotnosti se používá BMI neboli Body Mass Index, index tělesné hmotnosti. BMI vypočítáme tak, že hmotnost (kg) vydělíme tělesnou výškou (m) na druhou a porovnáme s následující tabulkou, viz Tab. 3.³⁹

³⁶ SOVOVÁ, Eliška a Jan LUKL. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. Praha: Grada, 2005, s. 31. ISBN 80-247-1166-4.

³⁷ TOUŠEK, František. *Srdeční infarkt: Příčiny, léčba, prevence*. České Budějovice: Dona, 1994, s. 34. ISBN 80-85463-33-4.

³⁸ Žij zdravě. *Češi a obezita – jak jsme na tom?* [online]. Dostupné z: <http://www.zijzdrave.cz/kilanic/obezita-a-nadvaha/cesi-a-obezita-%E2%80%93-jak-jsme-na-tom/>. [cit. 2016-05-20].

³⁹ SOVOVÁ, Eliška a Jan LUKL. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. Praha: Grada, 2005, s. 55. ISBN 80-247-1166-4.

Tab. 3 Vztah hodnot BMI a zdravotního rizika.

BMI		Kategorie	Zdravotní riziko
Muži	Ženy		
Do 20	Do 19	Podváha	Střední
20-24,9	19-23	Normální hmotnost	Nízké
25-29,9	24-28,9	Nadváha	Zvýšené
30-39,9	29-38,9	Obezita	Vysoké
Nad 40	Nad 39	Těžká obezita	

„Odhaduje se, že riziko vzniku srdečního infarktu klesá u osob, které sníží tělesnou hmotnost na optimální hodnotu, o 35-55 %.“⁴⁰

⁴⁰ TOUŠEK, František. *Srdeční infarkt: Příčiny, léčba, prevence*. České Budějovice: Dona, 1994, s. 37. ISBN 80-85463-33-4.

3 PSYCHOSOMATICKÉ PŘÍČINY INFARKTU MYOKARDU

V posledních desetiletích dochází k prudkému nárůstu onemocnění a civilizačních chorob. Většina lékařů a autorů to přisuzuje současnému životnímu stylu, životu ve spěchu a nejistotě. Mnoho lidí se žene za úspěchem a uznáním, ale už si neuvědomují, jak důležité je umět odpočívat a ve chvíli, kdy přijde nějaká nemoc, neumějí naslouchat svému vlastnímu tělu. Mnozí naši i světoví autoři dokazují, že pravá příčina chorob tkví už ve způsobu myšlení, pocíťování a prožívání, tedy v naší psychice nebo ještě hlouběji. Pokud se zaměříme přímo na pacienty postižené infarktem myokardu, zjistíme, že jeho vzniku předcházela dlouhodobě působící duševní zátěž, kterou nazýváme stres.

3.1 STRES

Jak uvádí Toušek, psychosociální stres může vznik srdečního onemocnění vyvolat jednak nepřímo, kdy stresovaný člověk nachází vysvobození v alkoholu, přejídání a kouření, anebo přímo. Pokud psychosociální stres působí přímo, dochází ke zvýšenému uvolňování chemických látek (hlavně noradrenalinu a adrenalinu), které vedou ke zvyšování tepové frekvence a krevního tlaku. Dále potlačují produkci LDL receptorů v játrech, což způsobuje zvýšení produkce cholesterolu. Zvyšuje se i hladina fibrinogenu a dochází k nadměrnému shlukování krevních destiček. To vytváří vhodné podmínky pro vznik krevních sraženin uvnitř cév.⁴¹

Co vlastně ale stres znamená a jak vzniká? Jak uvádí Křivohlavý, vše, co označujeme jako „jsem ve stresu“, jsou těžké životní situace a osobní zážitky. Těžká životní situace může mít mnoho podob. Někdy to může být nucená změna zaměstnání, jindy může mít podobu zklamání, jako například rozvod. Často jsou to ryze osobní zážitky, kdy vzniká pocit ohrožení a méněcennosti, pocit „na to nestačím“ nebo „to v daném čase nezvládnou“. Člověk ztrácí pevnou půdu pod nohama a klesá jeho sebevědomí. Samotné slovo stres pochází z latinského slova „stringo, stringere“ a znamená utahovati nebo stahovati. Stres je také svým významem blízký slovu „pres“ neboli lis, který působí tlakem na daný předmět. Pokud to tedy přeneseme na člověka, být ve stresu znamená být

⁴¹ TOUŠEK, František. *Srdeční infarkt: Příčiny, léčba, prevence*. České Budějovice: Dona, 1994, s. 39. ISBN 80-85463-33-4.

vystaven nějakému tlaku, a proto se cítíme být v tísní. Křivohlavý ještě uvádí výrok H. Basowitze, který zní: „*Stres bychom neměli chápat jako něco, co na organismus dopadá jako kámen na zem. Stres je reakcí organismus na interní a externí procesy, které dosahují takových hodnot, že přetěžují fyziologické kapacity organismu.*“⁴²

Dnes si při vyslovení slova stres představíme jak stresující podnět (stresor), tak reakci organismu na něj. Podle toho, jak stres na člověka působí, ho můžeme rozdělit na pozitivní a negativní. Používají se termíny eustres a distres. Jako eustres, tedy pozitivní stres, můžeme chápat kladně emocionálně zabarvené události, a naopak distres představuje na člověka negativně působící situace. Jak už bylo uvedeno výše, negativně působící vliv označujeme pojmem stresor. Stresorů je celá řada a nejčastěji jsou děleny na fyzikální a emocionální. Mezi fyzikální stresory se řadí jedy jako alkohol, nikotin a kofein. Dále znečištění vzduchu, nízký obsah kyslíku ve vzduchu, změny ročních období, změny tlaku vzduchu, také přírodní katastrofy jako záplavy a zemětřesení, ale i nehody, úrazy a těhotenství. Mezi emocionální stresory řadíme zármutek a úzkost, obavy a strach, nepřátelství, nevyspalost nebo očekávání, že se stane něco špatného.⁴³

Adámková ve své knize uvádí přehled stresujících událostí, změn v životě a ke každé číslo, znamenající jednotky závažnosti:⁴⁴

• Úmrtí manžela (manželky)	100
• Rozvod	73
• Rozchod s partnerem	65
• Odpykání trestu ve vězení	63
• Úmrtí v nejbližší rodině	63
• Vlastní úraz nebo nemoc	53
• Vlastní svatba	50
• Přejít do důchodu	45
• Změna zaměstnání	36
• Získání půjčky	31

⁴² KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994, s. 9. ISBN 80-7169-121-6.

⁴³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994, s. 12. ISBN 80-7169-121-6.

⁴⁴ ADÁMKOVÁ, Věra. *Nemocné srdce: aneb Nemoc není bezmoc*. Brno: Facta Medica, 2010, s. 91. ISBN 978-80-904260-7-8.

- Mimořádný osobní neúspěch28
- Změna osobních návyků24
- Zkoušky ve škole20
- Rodinné setkání o Vánocích12

3.2 PSYCHOTERAPIE

Krizová reakce na stres nastává pokaždé, když dojde k roztříštění psychiky, tedy v okamžiku, kdy se psychika zasekne ve své jediné reakci. Tou může být pláč, neúčelné jednání nebo nepochopitelné chování. Harmonizací cítění, myšlení a chování se zabývá psychoterapie. Psychoterapie je jednou ze tří základních léčebných metod a zabývá se člověkem jako subjektem. Pracuje s citovými reakcemi na stres, jako jsou například deprese, podrážděnost, napětí, sebeobviňování, s reakcemi fyziologickými, kterými jsou zrychlený pulz, napětí ve svalech, pocení, zvýšený krevní tlak, ale také s reakcemi v chování, například kouření, sklony k alkoholu, drogám a jídlu. Je vždy důležité si uvědomit, jak vzniklou zátěžovou situaci hodnotíme, prožíváme a jak na ni reagujeme. To je pro překonávání stresu zásadní. Psychoterapie se proto snaží popsat typy stresů, které se často opakují. Je jím například stres časový, kdy je potřeba splnit příliš mnoho úkolů za příliš krátký čas. Dále je to stres ze zodpovědnosti, kdy záleží na našem rozhodnutí, a máme pocit nějakého rizika. Sociálně – psychologický stres nastává tehdy, pokud jsme vystaveni hádkám, špatným mezilidským vztahům či nevěře. A v neposlední řadě stres z vnitřního nesouladu, kdy doplácíme na špatnou organizaci práce, nebo máme plnit příkazy, které se zdají být nesmyslné. Při léčbě stresu v psychoterapii se jedná o dynamický posun od sdělování, ke sdílení s pomocí psychoterapeuta, kdy se pacient učí sdílet sebe sama a také sdílet druhé. Nefungují zde žádné typologie a to, co platí u jedné osobnosti, u druhé platit nemusí.⁴⁵

3.3 ZVLÁDÁNÍ STRESU

O zvládání stresu je napsáno mnoho odborných publikací a každý autor uvádí řadu metod a postupů, jak se se stresem vypořádat. Některé metody jsou falešné a nežádoucí, ale

⁴⁵ ADÁMKOVÁ, Věra. *Nemocné srdce: aneb Nemoc není bezmoc*. Brno: Facta Medica, 2010, s. 83-85. ISBN 978-80-904260-7-8.

existují i metody vhodné a žádoucí. K vyrovnávání se s těžkými životními situacemi a zvládnání stresu se pojí tři základní termíny: adaptace, koping a strategie.

Slovo adaptace pochází opět z latiny. Odvozuje se obvykle od tvaru „ad-aptare“, což bychom mohli přeložit jako vyzbrojit, připravit se k boji. Přenesený význam slova adaptovaný je tedy být dobře připraven na to, co mě čeká. S adaptací souvisí i stresová adaptační reakce, která probíhá ve třech fázích. První – poplachová, alarmující fáze nastává při střetnutí se stresorem. V těle dochází k řadě fyziologických změn, které připravují organismus na výdej energie. Pokud dojde v této fázi ke zvládnutí stresové situace, stresová reakce odezní a nastává zotavovací fáze. V případě, kdy na nás stresor působí dál, nastupuje fáze rezistence neboli odolnosti. V této fázi se tělo snaží adaptovat na stresovou situaci. Člověk hledá způsoby, jak se se stresem vyrovnat nebo ho snížit. Pokud se to ale nepovede, každý pokus je prožíván jako frustrace, která postupně přechází do pocitů beznaděje. Jestliže stresor působí příliš dlouho, příliš silně a nedaří se s ním vyrovnat, nastává poslední fáze – fáze vyčerpání. V této chvíli se organismus hroutí a projevují se různé nemoci, které mohou končit smrtí.⁴⁶

Termín koping je převzatý z anglického slova „coping“, které znamená umět si poradit a vypořádat se s mimořádně obtížnou a téměř nezvládnutelnou situací. V češtině se toto slovo vysvětluje jako zvládnání nadlimitní zátěže. Zajímavý je původ slova „coping“. Je odvozován od řeckého kořene „calaphos“, což je termín z boxu a znamená přímý úder, jinak řečeno prát se, zvládnout a porazit protivníka. „*Oba termíny – jak adaptace, tak i koping – se vztahují k aktivitě člověka v těžké situaci. Zatímco adaptací se rozumí vyrovnávání se se zátěží, která je relativně v normálních mezích, v obvyklé, běžné a pro člověka poměrně dobře zvládnutelné toleranci, termínem koping se rozumí boj člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží. Výraz nadlimitní je třeba chápat jak v dimenzi intenzity (mimořádně silný), tak ve smyslu délky doby trvání (mimořádně dlouhý).*“⁴⁷

Posledním termínem je termín strategie. V širším slova smyslu se tím rozumí pečlivě vypracovaný plán, postup či program k dosažení vytčeného cíle. Výraz strategie se nejčastěji používá ve vazbě strategie zvládnání stresu. Adámková uvádí, že řada autorů došla k závěru, že existují tři základní strategie při řešení těžkých situací. Patří k nim řešení

⁴⁶ DROTÁROVÁ, Eva a Lucia DROTÁROVÁ. *Relaxační metody: malá encyklopedie*. Praha: Epoque, 2003, s. 15-16. ISBN 80-86328-12-0.

⁴⁷ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994, s. 42. ISBN 80-7169-121-6.

problému, hledání sociální opory a vyhýbání. ⁴⁸ Křivohlavý zase odkazuje na Lazaruse, který spolu s Cohenem vytipoval tyto strategie zvládání stresu:

- Strategie netečnosti (apatie) kdy ten, kdo se dostává do těžké stresové situace, nedbá na to, co se děje, chová se ke všemu zcela apaticky a upadá do pocitů bezmoci, deprese a beznaděje.
- Strategie vyhnutí se působení škodliviny, kdy se projevují pocity obav a strachu.
- Strategie posilování vlastních zdrojů síly. V tomto případě jde o výcvik sebekontroly a dovedností, kdy se zvyšuje tělesná zdatnost.

Mezi další strategie patří i vnitřní neboli intrapsychické procesy. Jde o jakési samomluvy, kdy se člověk snaží najít jinou cestu řešení situace nebo ji přehodnotit. A v neposlední řadě je jednou ze strategií i obracení se na druhé lidi se žádostí o pomoc. Buď se jedná přímo o odbornou pomoc, nebo jen o pomoc v podobě útěchy a uklidnění. ⁴⁹

Každý člověk má ale své vlastní přístupy a metody, jak zvládat stres. Sestry Drotárový uvádějí, že k základním přístupům zvládání stresu patří i strava a stravovací návyky. Výzkumy dokazují, že některé potraviny a celkové složení potravy podporuje vznik stresu, a na druhou stranu existují potraviny, které odolnost vůči stresu zvyšují. Správně by měla být strava vyvážená, obsahovat správný poměr tuků, cukrů, bílkovin, vitamínů a stopových prvků. Mnoho lidí ale v situaci, kdy jsou vystaveni stresu, sáhnou po cigaretě, alkoholu, drogách nebo vysokoenergetické potravě. Tyto prostředky navodí pocit uvolnění, ale při dlouhodobém užívání působí kontraproduktivně a naopak stres prohloubí. ⁵⁰

Dalším důležitým přístupem je životospráva a umění hospodařit s časem. Zde hraje hlavní roli odpočinek, který je důležitý pro regeneraci sil. Nejčastěji se rozlišuje odpočinek aktivní, kam se řadí sport, ale také relaxační cvičení a odpočinek pasivní, což je spánek a jiné tzv. nicnedělání. Je důležité dodržovat zásady odpočinku. Jednou z nich je například to, že odpočinek, při kterém myslíme na práci, plánujeme, přemýšlíme o chybách a nedostacích, není odpočinkem. Významnou roli hraje i umění hospodařit s časem,

⁴⁸ ADÁMKOVÁ, Věra. *Nemocné srdce: aneb Nemoc není bezmoc*. Brno: Facta Medica, 2010, s. 91. ISBN 978-80-904260-7-8.

⁴⁹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994, s. 44-53. ISBN 80-7169-121-6.

⁵⁰ DROTÁROVÁ, Eva a Lucia DROTÁROVÁ. *Relaxační metody: malá encyklopedie*. Praha: Epoque, 2003, s. 23. ISBN 80-86328-12-0.

protože špatné rozvržení času patří k vážným stresorům. I zde autorky uvádějí několik obecných rad, jak si čas správně zorganizovat. Důležitost přikládají pečlivému psaní seznamu úkolů, který pomáhá vyvarovat se různých opomenutí, která bývají zdrojem akutního stresu.⁵¹

Nejdůležitějším přístupem zvládnání stresu je relaxace. Pod pojmem relaxace rozumíme psychické i fyzické uvolnění a patří spolu se správným dýcháním k neúčinnějším způsobům neutralizace negativních účinků stresu. Při relaxaci dochází k celé řadě tělesných změn. Například se zpomaluje a prohlubuje dýchání, spotřeba kyslíku se snižuje a zpomaluje se celkový metabolismus. Zvyšuje se produkce serotoninu, který pozitivně ovlivňuje náladu i pocity klidu a spokojenosti. „*Relaxace je tedy komplexní protistresová reakce, psychofyzilogický stav intenzivní regenerace organismu, ve kterém dochází k posílení imunitního systému, zpomalení látkové výměny a hloubkové regeneraci buněk, zejména nervového systému.*“⁵²

Mezi metody relaxace patří již zmíněné dýchání v podobě dechových cvičení. Koncentrace na průběh dýchání je jeden z nejrychlejších a nejlehčích způsobů, jak snížit nebo odbourat stres. Dechová cvičení se doporučují provádět vsedě nebo ve stoji, kdy by páteř měla být vzpřímená. Platí, že doba nádechu má vzrůstat a jeho síla by se měla zmenšovat. Důležité je i dodržování intervalů. Většina autorů uvádí, že všechny fáze by měly trvat asi čtyři sekundy. Vypadalo by to tedy takhle: 4s pomalý nádech, 4s zadržet, 4s pomalý výdech a 4s zadržet. První zadržovací fáze má energizující účinek, druhá účinek uklidňující.⁵³

V současné době, je jednou z nejpoblárnějších relaxačních metod jóga. Ta představuje posilující a ozdravující cvičení. Jógová terapie může být užitečná právě v případě psychosomatických poruch. V knize relaxačních cvičení je uvedeno, že jóga je dnes představována spíše jako systematické úsilí o dosažení plného tělesného a duševního zdraví. V józe se nemoc chápe jako znečištění organismu, které se projevuje zmenšením průchodnosti kanálů nebo drah v těle. Podstata léčby tedy spočívá v obnovení

⁵¹ DROTÁROVÁ, Eva a Lucia DROTÁROVÁ. *Relaxační metody: malá encyklopedie*. Praha: Epoque, 2003, s. 33-45. ISBN 80-86328-12-0.

⁵² DROTÁROVÁ, Eva a Lucia DROTÁROVÁ. *Relaxační metody: malá encyklopedie*. Praha: Epoque, 2003, s. 79. ISBN 80-86328-12-0.

⁵³ DROTÁROVÁ, Eva a Lucia DROTÁROVÁ. *Relaxační metody: malá encyklopedie*. Praha: Epoque, 2003, s. 109-110. ISBN 80-86328-12-0.

průchodnosti těchto kanálů.⁵⁴

3.4 STRES A KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Důvod, proč by měl člověk o stresu vědět co nejvíce, je ten, že má negativní dopad na náš zdravotní stav. Mnoho lidí si uvědomuje, že jim stres škodí, ale nepřikládají tomu žádnou důležitost. Při dlouhém a neřešeném působení stresu ovšem vzniká tzv. stresová nemoc. Mezi takové nemoci se řadí rakovina, vředová nemoc, alergie, hypertenze ale především nemoci oběhového systému, které patří, v souvislosti se stresem, mezi nejvíce studované jevy. Jak uvádí Křivohlavý, vztahem mezi stresem a chorobami oběhového systému se zabývali už lékaři Friedman a Rosenman. Ti jsou známí svým pojetím „A typu“ chování a hovoří o ohrožení lidí, kteří jsou zavaleni nadměrným množstvím úkolů a cítí, že na to nestačí, že nestihnou dané termíny. Proto srdeční choroby jako srdeční arytmie, srdeční selhání a infarkt myokardu postihují nejčastěji právníky, soudce, lékaře a obchodníky. Také postihují lidi s nízkou schopností se rozhodovat a často jsou to lidé, kteří selhávají v boji se stresem a propadají se do beznaděje. H. Selye, na kterého Křivohlavý odkazuje, říká: „ *Velká většina nemocí, s nimiž se lidé dnes obracejí na lékaře, je – přinejmenším z určité části – psychosomatických, spolupůsobených stresem.* ”⁵⁵ Věra Adámková ještě uvádí výsledky British Medical Journal, jehož výzkum hledal odpověď na to, proč se u některých pacientů nepodařilo ani za použití nejmodernější techniky odhalit příčiny jejich obtíží. Tento výzkum probíhal ve Velké Británii v letech 1993 až 2001. Ze šedesáti tisíc lidí ve věku 18 až 65 let z kartoték praktických lékařů vybrali autoři pět procent těch, kteří chodili k lékařům nejčastěji. Podařilo se vyhledat celkem 361 lidí. Tyto pacienty jejich praktický lékař jednou až 8krát odeslal ke specialistovi, kterého pak během tří let opakovaně navštěvovali. Tito lidé své obtíže konzultovali s lékařem dohromady téměř tisíckrát. Ve čtvrtině případů se však vůbec nedozvěděli, co jim je a proč je něco neustále bolí. Nejčastěji se jednalo o bolesti na hrudi, bolesti břicha, hlavy a zad. Výsledek, ke kterému Britští vědci došli, zní: „ *Drtivá většina „nevysvětlitelných“ chorob vzniká ztělesňováním psychických obtíží pacientů trpících úzkostnými stavy a jinými*

⁵⁴ DROTÁROVÁ, Eva a Lucia DROTÁROVÁ. *Relaxační metody: malá encyklopedie*. Praha: Epoque, 2003, s. 84-94. ISBN 80-86328-12-0.

⁵⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994, s. 37. ISBN 80-7169-121-6.

psychickými obtížemi.“ Ještě zdůraznili, že lékaři by při každém takto nejasném případě měli pamatovat na možnost působení stresových vlivů a jiných psychosociálních souvislostí.⁵⁶

⁵⁶ ADÁMKOVÁ, Věra. *Nemocné srdce: aneb Nemoc není bezmoc*. Brno: Facta Medica, 2010, s. 85-86. ISBN 978-80-904260-7-8.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část této bakalářské práce se opírá o část teoretickou, kde je problematika psychosomatiky, kardiovaskulárních onemocnění a rizikových faktorů vysvětlena. V praktické části jsou nejprve popsány metody zpracování výzkumu a poté jsou představeny výsledky kvalitativního šetření, které zkoumá psychosociální faktory a jejich možný vliv na vznik a průběh kardiovaskulárního onemocnění.

4.1 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V dalších podkapitolách je nejprve uvedena charakteristika výzkumné sondy. Dále je stanoven výzkumný problém, metoda výzkumu a charakteristika výzkumného souboru. Také je vysvětlena metoda sběru dat. Cílem praktické části bakalářské práce je odhalit, zda mají psychosociální faktory skutečně vliv na rozvoj kardiovaskulárního onemocnění a zjistit, zda se mezi respondenty vyskytují nějaké podobnosti, které by potvrdily dosavadní odborné poznatky o vazbě psychosomatiky s onemocněním srdce a cév.

4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ SONDY

*„Sonda můžeme ztotožnit s kvalitativním výzkumem. Sonda je součástí empirického výzkumu a spadá do jeho přípravné etapy. Zaměřuje se na dílčí problém výzkumu.“*⁵⁷ V této bakalářské práci je účelem výzkumné sondy provedení kvalitativního výzkumu, který byl realizován formou interview neboli rozhovoru. Samotný výzkum je, jak uvádí Gavora, definován takto: *„Výzkum je systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, anebo se získávají nové poznatky.“*⁵⁸

⁵⁷ SURYNEK, Alois, Růžena KOMÁRKOVÁ a Eva KAŠPAROVÁ. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001, s. 29-30. ISBN 80-7261-038-4.

⁵⁸ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010, s. 13. ISBN 978-80-7315-185-0.

4.3 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Na začátku každého výzkumného šetření je důležité, stanovit si výzkumný problém. Jak uvádí Gavora, existují 3 druhy výzkumných problémů. Deskriptivní, relační a kauzální. Pro potřeby tohoto výzkumu byl zvolen výzkumný problém kauzální neboli příčinný. Ten zkoumá příčiny, které vedly k určitému důsledku.⁵⁹ Výzkumný problém tedy zní: *„Které psychosociální faktory mohou, podle subjektivního posouzení, mít vliv na vznik a rozvoj kardiovaskulárního onemocnění? Jaký vliv mají povahové rysy a chování člověka na jeho zdraví? A může stres vyvolat onemocnění srdce a cév?“*

4.4 DEFINICE PROMĚNNÝCH

V této podkapitole si určíme proměnné, tzn. prvky zkoumání, které mohou nabývat různých hodnot. Proměnné jsou ve vzájemném vztahu a tím pádem jedna ovlivňuje druhou. Rozlišujeme závisle a nezávisle proměnné. Závisle proměnná se mění vlivem nezávisle proměnné.⁶⁰ V tomto výzkumu je jako závisle proměnná označen pojem kardiovaskulární onemocnění, kdežto nezávisle proměnná jsou psychosociální faktory.

Pojmem kardiovaskulární onemocnění rozumíme všechny jak vrozené, tak získané choroby srdce a cév. Jsou to onemocnění, která vznikají ucpáváním a kornatěním cév. V tomto případě je výzkum zaměřen především na infarkt myokardu a vysoký krevní tlak neboli hypertenzi.

Psychosociální faktory zahrnují životní styl, sociální okolnosti a prostředí, míru stresu, vyjadřování emocí a také osobnost a chování jedince. Většina z těchto faktorů byla již vysvětlena v části teoretické. Pokud jde o osobnost a chování jedince, to v souvislosti s onemocněním srdce a cév hraje velkou roli. Vztahem mezi chováním a kardiovaskulárním onemocněním se věnovali kardiologové Friedman a Rosenman, kteří

⁵⁹ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010, s. 57. ISBN 978-80-7315-185-0.

⁶⁰ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010, s. 61. ISBN 978-80-7315-185-0.

vymezili dva typy osob – typ A a typ B. Oba tyto typy jsou popsány v první kapitole teoretické části.

4.5 METODA VÝZKUMU

Výzkumnou metodou rozumíme proceduru, pomocí které získáváme potřebná data z terénu.⁶¹ Jak bylo zmíněno již v úvodu, pro účel této bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Disman uvádí, že kvalitativní výzkum je nenumerické šetření, které pomáhá porozumět dané realitě a snaží se zachytit jakoukoli strukturu nebo kategorii, která existuje v proměnných týkajících se zkoumané oblasti.⁶²

Jako výzkumná metoda byl v této práci zvolen rozhovor. Jedná se o výzkumnou metodu, která zachycuje fakta, ale také umožňuje proniknout hlouběji do postoje respondentů. Podle struktury se rozlišují tři základní druhy rozhovorů. Strukturovaný rozhovor je typický pevně danými otázkami a alternativy odpovědí. Polo - strukturovaný rozhovor nabízí alternativy otázek a odpovědí s následným vysvětlením a objasněním respondentem. Při posledním nestrukturovaném rozhovoru je určeno pouze téma a je úplná volnost otázek i odpovědí.⁶³

Pro potřeby tohoto výzkumu byl zvolen rozhovor polo - strukturovaný.

4.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Aby došlo k upřesnění respondentů, kteří byli v průběhu výzkumu tázáni, je potřeba definovat výzkumný soubor. Pro kvalitativní výzkum je typický záměrný výběr vzorku, vzhledem k tomu, že hledáme takové pacienty, kteří splňují kritéria výběru.

4.6.1 KRITÉRIA VÝBĚRU RESPONDENTŮ

Hlavním kritériem při výběru respondentů pro tento výzkum byla osobní zkušenost s proděláním onemocnění srdce nebo cév. Vzhledem k tomu, že cílem výzkumu je zjistit,

⁶¹ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010, s. 85. ISBN 978-80-7315-185-0.

⁶² DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

⁶³ ČÁBALOVÁ, Dagmar. *Pedagogika*. Praha: Grada, 2011, s. 104-105. ISBN 978-80-247-2993-0.

zda psychosociální faktory, stres a povahové rysy mají vliv na vznik kardiovaskulárního onemocnění, není důležitý věk, pohlaví ani tělesný stav respondenta. A to právě proto, že věk osob, které postihl právě například infarkt myokardu nebo trpí hypertenzí, se stále snižuje.

Dalším důležitým kritériem byla ochota vybraných respondentů se výzkumu účastnit a podělit se o své životní, mnohdy velice náročné, zkušenosti.

4.6.2 METODA VÝBĚRU VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Jak již bylo uvedeno výše, výzkumný soubor byl zvolen metodou záměrného neboli účelového výběru. Tato metoda nejlépe odpovídá potřebám našeho výzkumu. Účelový výběr tvoří tři respondenti ve věku od 23 do 57 let. Jedná se o dvě ženy a jednoho muže, kteří s poskytnutím rozhovoru souhlasili. Pro výběr vhodných respondentů je možné využít i metodu sněhovou koule. Tato metoda umožňuje vybírat respondenty na základě doporučení předchozích respondentů. V tomto výzkumu metoda sněhové koule použita nebyla. Respondenti byli vybíráni na základě osobní známosti nebo na doporučení blízkých.

4.7 METODA SBĚRU DAT

Sběr dat byl proveden v měsíci červnu. Před uskutečněním samotných rozhovorů s respondenty proběhla ve dvou případech osobní domluva a s jedním respondentem byl rozhovor dohodnut přes email. Respondenti tak byli informováni o povaze výzkumu, zachování anonymity a všichni s poskytnutím rozhovoru souhlasili.

4.7.1 PILOTNÍ ROZHOVOR

Před tím, než byl proveden rozhovor s vybranými respondenty, proběhl jeden pilotní rozhovor. Tento rozhovor byl vedený polo - strukturovanou formou podle předem připravených otázek, stejně jako rozhovory s vybranými respondenty. Cvičným respondentem byla osoba z okruhu blízkých. Účelem pilotního rozhovoru bylo zjistit, zda

jsou předem připravená otázky ve správném pořadí, jsou srozumitelné a pochopitelné, a zda pokrývají všechny oblasti výzkumu. Po provedení pilotního rozhovoru byla provedena oprava otázek. Ukázalo se, že některé otázky obsahovaly odpovědi na otázku následující.

4.7.2 POLO - STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Jak už bylo uvedeno v kapitole Metoda výzkumu, data byla získána pomocí polo - strukturovaného rozhovoru. Při tomto rozhovoru jsou pokládány otázky, které mohou nabízet alternativní odpověď s následným prostorem pro jejich vysvětlení.⁶⁴

Na základě předchozí domluvy s respondenty byl rozhovor uskutečněn v prostředí, které si sami zvolili. Ve dvou případech to bylo domácí prostředí, jeden respondent zvolil klidnou kavárnu. Na začátku rozhovoru byla vysvětlena problematika a záměr výzkumu. Na počátku každého rozhovoru, je důležité navodit raport. Slovo raport znamená navození přátelského rozhovoru, příjemné a otevřené atmosféry.⁶⁵ Ten byl navozen velice snadno, vzhledem k tomu, že všichni respondenti byli z okruhu známých a přátel. Ovšem bylo zapotřebí chovat se stále profesionálně, aby bylo zřetelné, že se jedná o seriózní činnost. Otázky, které byly během rozhovorů pokládány, byly předem připraveny a řazeny do obsahových celků podle oblastí zkoumání. Všechny otázky vycházely z poznatků z teoretické části bakalářské práce. Pokud nastala situace, kdy byla odpověď neúplná, respondentovi byla položena zpřesňující otázka.

Všechny odpovědi byly zaznamenávány psanou formou a všichni respondenti souhlasili se zveřejněním získaných poznatků. Ty byly následně zpracovány a vyhodnoceny. Použité otázky jsou součástí přílohy.

⁶⁴ ČÁBALOVÁ, Dagmar. *Pedagogika*. Praha: Grada, 2011, s. 109. ISBN 978-80-247-2993-0.

⁶⁵ GAVORA, Peter. *Výzkumné metody v pedagogice: Příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky*. Brno: Paido, 1996, s. 65. ISBN 80-85931-15-X.

5 ROZHOVORY

Rozhovory byly uskutečněny celkem se třemi respondenty a délka rozhovoru záležela na potřebách dotazovaných a na ochotě o dané problematice hovořit. Dva ze tří rozhovorů trvaly přibližně hodinu. Poslední rozhovor probíhal po dobu hodiny a půl a to hlavně vzhledem k zájmu, který respondent k tématu projevil. Přepis rozhovorů byl proveden formou doslovné transkripce, která umožňuje ponechání výrazů, které respondenti v průběhu rozhovoru použili. Můžou se objevovat výrazy nespisovné či gramaticky nesprávné.

5.1 PRVNÍ ROZHOVOR

Osobní údaje

První rozhovor byl realizován s mužem, jehož iniciály jsou L. M. a je mu 57 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola s maturitní zkouškou. Kvůli společenskému režimu, který v té době panoval, mu nebylo dovoleno ve studiích pokračovat.

Sociální vztahy a sociální jednání

L. M. je šťastně ženatý již 30 let. Má jednoho syna, kterému je 28 let. Se všemi členy rodiny má velice dobrý vztah, včetně jeho nevlastního syna ze strany manželky z prvního manželství. Je podnikatel, podniká ve správě budov a nemovitostí. Vzhledem k tomu, že ho jeho zaměstnání výborně živí, má k němu velice kladný vztah. I když ho prý někdy až příliš vyčerpává. Mezi lidmi, které zná, se cítí svůj a velmi spokojeně. Z důvodu jeho podnikání se i mezi cizími lidmi cítí dobře a musí působit sebevědomě.

Psychické vlastnosti a osobnostní rysy

L. M. svoji povahu charakterizoval slovy „*klidný a vyrovnaný, ale někdy až příliš dobrácký*“. Jako záporné povahové rysy označil to, že je tvrdohlavý, musí mít vždy pravdu a vždy musí být po jeho. Na otázku, zda ho některá z povahových vlastností omezuje, odpověděl: „*Myslím si, že část mé povahy dobráka mě dostala mnohdy do vážných problémů.*“ Emoce se snaží nedávat najevo a spíše je potlačuje. K další otázce týkající se tolerance se vyjádřil následovně: „*Ke svým chybám a nedostatkům musím být tolerantní,*

a to z důvodu svého podnikání, protože bych se z toho jinak zbláznil! V podnikání udělá člověk mnoho chyb a vždy je potřeba je rychle řešit.“ Své emoce prý musí umět udržet v rovnováze, protože se pravidelně dostává do vypjatých situací, a to hlavně se svými zaměstnanci nebo obchodními partnery.

Zdravotní stav

U L. M. se kardiovaskulární onemocnění, konkrétněji infarkt myokardu, objevilo přibližně ve 45 letech. Oba jeho rodiče měli vážné zdravotní problémy. Jeho otec měl rakovinu, jeho matka trpí cukrovkou a ucpáváním cév. Průběh onemocnění popsal následovně: *„Ve 45 letech proběhla první operace a o deset let později operace druhá. Beru nějaké léky na ředění krve (Warfarin). Na nemoc se snažím nemyslet a moc mě to nezajímá.“*

Životní styl

Svoje stravovací návyky před onemocněním popsal L. M. slovy: *„Jedl jsem vše, co manželka uvařila a kvůli svému pracovnímu vytížení jsem jedl pouze večer nezdravě a hodně.“* Před onemocněním kouřil 60 cigaret denně přes 25 let. Pět let po první operaci srdce se rozhodl s kouřením přestat. Co se týče pohybových zvyklostí, před onemocněním L. M. nesportoval vůbec a po prodělání operací se snaží dodržovat pravidelné procházky s manželkou a se psem. Také rád plave v bazénu. Na otázku, zda nějakým způsobem změnil svůj životní styl, odpověděl: *„Ano, už nejím jednou denně, snažím se jíst pravidelně, a to hlavně díky krabičkové dietě. Přestal jsem úplně kouřit, sice až po druhé operaci, ale přestal. To je důležité. Také mám více pohybu.“* Dále uvedl, že před onemocněním byl vystaven velkému stresu, a to hlavně kvůli problémům ve firmě a kvůli financím. Nyní už se ve stresu necítí, protože od roku 2013 nemá žádné dluhy, má více času na sebe a na rodinu, a tím pádem se již nestresuje závažnými problémy. Nejvíce stresu na něj i přes to působí kvůli finančním záležitostem. Stres odbourává tím, že se vykoupe na zahradě v bazénu, lehne si na lehátko a opaluje se, nebo hraje s manželkou domino. Také je pro něj relaxací povídat si se synem. Na poslední otázku, jak často a jakým způsobem odpočívá, odpověděl: *„Odpočívám kdykoliv mohu. Nejráději na zahradě a to nejen pasivně, ale i aktivně.“*

5.2 DRUHÝ ROZHOVOR

Osobní údaje

Druhý rozhovor byl uskutečněn se slečnou A. K., které je 23 let. V současné době je ve druhém ročníku bakalářského studia na vysoké škole a doufám, že příští rok úspěšně složí státní závěrečnou zkoušku.

Sociální vztahy a sociální jednání

A. K. je nezadaná. Žije v rodinném domě spolu s matkou, otcem a babičkou. Má sestru, která má podle jejích slov už vlastní život. Se všemi členy rodiny má dobré vztahy a vycházejí spolu bez problémů. V současné době nemá žádné zaměstnání ani brigádu a věnuje se jen škole. „*Máma po mě nikdy nechtěla, abych si hledala nějakou brigádu, a já si vystačím s kapesným, který každý týden dostávám.*“ Na otázku, zda má nějaké přátele, odpověděla: „*Žádné opravdové přátele nemám. Ve škole mám kámošku, která má stejné tělesné proporce jako já, tak se spolu bavíme. Mezi lidmi, které dobře znám se cítím líp, než mezi cizími lidmi. Protože moji kamarádi mě berou takovou, jaká jsem. U lidí, který mě neznají, mám vždycky pocit, že si na mě ukazují kvůli mé váze.*“

Psychické vlastnosti a osobnostní rysy

A. K. se považuje spíše za introvertku. Na otázku, týkající se špatných povahových rysů, odpověděla: „*Momentálně mě žádné špatné povahové rysy nenapadají.*“ Emoce před svým okolím najevo nedává a často se trápí sama. „*Ke svým chybám tolerantní nejsem! Moc dobře si své chyby a nedostatky uvědomuju, ale je pro mě velice obtížné s tím něco dělat.*“

Zdravotní stav

U A. K. se zdravotní problémy objevily poprvé před necelým rokem. Při běžné návštěvě, kdy jí lékařka měřila krevní tlak, zjistila, že trpí vysokým krevním tlakem neboli hypertenzí. Před tím na sobě žádné projevy nemoci nepozorovala. Občas ji bolela hlava a špatně se jí dýchalo, ale přisuzovala to tomu, že je „*tlustá*“. U respondentky v rodině trpí hypertenzí a obezitou oba její rodiče. „*Dědeček umřel na nějaké problémy se srdíčkem.*“ Užívá léky na snížení tlaku a také ji bylo doporučeno změnit životní styl a zhubnout. „*Já si*

moc dobře uvědomuju, že má nemoc není žádná sranda, ale už jsem si na svoje pohodlí natolik zvykla, že nevím, jestli budu schopná s tím něco dělat.“

Životní styl

„Nemyslím si, že jsou moje stravovací návyky až tak špatné, ale vím, že nejsou zrovna ideální. Příležitostně si i zapálím, ale rodiče o tom neví.“ A. K. dále uvedla, že není sportovní typ. Svůj životní styl po nemoci nijak nezměnila. „Stresu jsem vystavena velmi často. Můj stres je nejvíce spojen s mojí nadváhou a reakcemi okolí.“ Na otázku, jak se vyrovnává se stresem, odpověděla: *„Když to mám říct po pravdě, tak právě mým největším problémem je, že svůj stres řeším jídlem.“* A. K. uvedla, že odpočívá moc ráda, a to hlavně u filmů a seriálů.

5.3 TŘETÍ ROZHOVOR

Osobní údaje

Poslední rozhovor byl uskutečněn se ženou, které je 35 let. Její iniciály jsou L. H. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola s maturitní zkouškou, kterou si dodělávala až v době, kdy už měla prvního syna.

Sociální vztahy a sociální jednání

Paní L. H. je již 11 let vdaná, má dvě děti – chlapce 10 a 7 let. S manželem mají dle jejích slov spokojené manželství, i když si kvůli manželově pracovní vytíženosti příliš společného času neužijí. *„Manžel pracuje jako obchodní zástupce, a proto je doma hlavně o víkendy a občas i 2krát během týdne. Domů přijede většinou pozdě v noci.“* S dětmi má L. H. dle jejích slov *„výjimečný vztah“*, a to hlavně proto, že s nimi tráví téměř všechny volný čas. Jako problémový označila respondentka vztah s matkou, se kterou se neviděla od rozvodu jejích rodičů. *„Matka se po nějaké době od rozvodu odstěhovala do jiného města a od té doby jsme se neviděly.“* Důvod rozvodu rodičů nevedla.

V současné době je L. H. nezaměstnaná. Uvedla, že přibližně před rokem ukončila pracovní poměr, který trval přibližně rok a půl. Pracovala jako finanční poradkyně, ale dle jejích slov ji tato práce nenaplňovala a přišlo jí, že se málo věnuje dětem. Také uvedla, že se v práci setkala se špatným kolektivem a do práce chodila ve strachu. Vzhledem k tomu,

že je manžel dokáže dostatečně finančně zabezpečit, je nyní ženou v domácnosti a věnuje se naplno svým dětem. Přátel moc nemá a přiznala, že: „ *Chybí mi taková ta holčičí kamarádka, které bych si mohla postěžovat a svěřit se.* „ Mezi lidmi se cítí dobře, ale nemá potřebu se nějakým způsobem výrazně projevat a poutat na sebe pozornost. Řekla: „ Myslím, že jsem spíše za pozorovatele, než hlavní aktérku.“

Psychické vlastnosti a osobnostní rysy

L. H. uvedla, že se považuje spíše za introverta. Je klidná, ale občas dokáže být velmi výbušná a jedná impulzivně. Jako špatný povahový rys zmínila právě výbušnost. „*Občas ve mně pěkně bouchnou saze. Myslím, že je to způsobené hlavně tím, že manžel nebývá doma, tudíž je veškerá práce a péče o děti na mně. Nemám žádnou kamarádku, které bych se mohla vyzpovídat a asi v tom hraje roli i to, že nemám maminku, která by mě vyslechla a pomohla mi.*“ Ke svým chybám je respondentka poměrně tolerantní, i když zmínila, že občas má stavy, kdy se cítí naprosto neschopná. To hlavně v situacích, kdy nezvládá péči o děti, protože je na všechno v podstatě sama.

Zdravotní stav

U paní L. H. se potíže objevili přibližně před rokem. Začala být unavená více než obvykle a špatně se jí spalo. Nepřikládala tomu ale žádnou důležitost, myslela, že je to hlavně kvůli práci, ze které měla strach a kvůli povinnostem doma. „*Když už mi bylo opravdu zle, odvezl mne manžel do nemocnice. Tam mi řekli, že ještě chvíli a skončilo by to infarktem. Jedna z tepen, která vede do srdce, nebyla totiž úplně průchozí.*“ Respondentka uvedla, že nikdo z rodiny žádné kardiovaskulární onemocnění neměl. Nyní její léčení probíhá tak, že užívá léky na ředění krve, ty jí ale nedělají úplně dobře. Na otázku, zda se o problematiku svého onemocnění zajímá, odpověděla: „ *O tom, co se se mnou děje jsem se začala zajímat hned po první návštěvě nemocnice. Mám dvě malé děti a musím být funkční máma. Zkoušela jsem najít jinou cestu, než do sebe cpát tuny prášků, které mi nedělaly dobře. Tak jsem objevila alternativní medicínu a moji úžasnou léčitelku. Trvalo to dvě sezení, než odhalila skutečný důvod mého onemocnění. Společně jsme došly k tomu, že potlačuji úzkost a mám obavy, že nebudu dobrá máma stejně jako moje vlastní matka, která mě v tom nechala úplně samotnou.*“

Životní styl

L. H. uvedla, že její stravovací návyky byly vždy v pořádku. Vzhledem k tomu, že má dvě děti, tak se snaží poctivě vařit. Vaří hlavně z masa a zeleniny, kterou kupuje na farmářském trhu. Nikdy nekouřila a vždy se snažila být s dětmi aktivní. Chodí na procházky a jezdí na kole. Na otázku, jestli se cítila ve stresu před onemocněním, odpověděla, že ano. Nejvíce stresu na ní doléhalo hlavně kvůli práci, kam chodila s nechtutí a také to, že se občas cítila být na všechno úplně sama. I nyní na ni stres působí, ale díky tomu, že je doma s dětmi, tak je skoro žádný. Jako nejlepší „odbourávač“ stresu uvedla L. H. jakoukoli aktivitu s dětmi. Nejraději chodí do kina nebo jezdí na kole. Odpočívá vždy, kdy může. „ *Když jsou děti v posteli, sednu se do mého oblíbeného křesla, vezmu oblíbenou knížku a čtu si.* „

5.4 SHRNUÍ, DISKUSE

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda mají skutečně psychosociální aspekty vliv na vznik a průběh kardiovaskulárních onemocnění. V tomto případě se jednalo o infarkt myokardu a hypertenzi. Informace získané prostřednictvím rozhovorů s respondenty byly zpracovány do několika oblastí, které pokrývají oblast výzkumu.

Hlavním záměrem bylo zohlednění všech možných faktorů, které by dané onemocnění mohly vyvolat. Dalším záměrem bylo vyvodit a potvrdit dosavadní poznatky v oblasti zkoumání působení těchto faktorů na zdraví jedince. Hodnoceny byly rovněž determinanty života, průběh onemocnění a ovlivnění života aktuálním psychickým a fyzickým stavem.

Z rozhovorů je možné vyzorovat rozdílný přístup respondentů k nemoci. Dva z dotazovaných uvedli, že se o svůj zdravotní stav nijak zvlášť nezajímají a důvěřují svým lékařům. Třetí respondentka uvedla, že se své nemoci nechtěla poddat vzhledem k tomu, že má závazek ke svým dětem.

V případě L. M. je možné vyzorovat působení několika rizikových faktorů. Mezi ovlivnitelné rizikové faktory, které se na vzniku infarktu myokardu mohly podílet, patří především kouření. Respondent uvedl, že kouřil 60 cigaret přes 25 let. Dalším faktorem,

který je bezesporu alarmující, je nepravidelné stravování. Jak bylo uvedeno, stravoval se vždy večer a hodně. Faktorem, který zde hraje nejdůležitější roli je stres. Respondent uvedl, že působení stresu byl vystaven hlavně před nemocí, a to z důvodu špatné finanční situace. Je potřeba také zdůraznit možnost působení genetické predispozice, vzhledem k vážným onemocněním obou rodičů. Co se týče rizikových povahových rysů a chování, bylo zmíněno potlačování emocí, hektický životní styl a ctižádostivost. Proto by mohl být zařazen do A typu chování podle Friedmana a Rosenmana.

Slečna A. K. trpí hypertenzí neboli vysokým krevním tlakem. Tato nemoc je v jejím případě způsobena především obezitou a špatným životním stylem. I přes to, že si vážnost svého onemocnění uvědomuje, nemá zájem na zlepšení jejího zdravotního stavu. Vliv zde mohou mít i špatné stravovací zvyklosti zavedené v rodině. Respondentka uvedla, že oba její rodiče trpí obezitou a také hypertenzí. Velkou roli zde hraje její sebevědomí. Z rozhovoru je patrné, že svým emocím podléhá především v soukromí a trápí se sama. Uvedla, že je stresu vystavena velice často a to hlavně kvůli její nadváze. V tomto případě lze pozorovat rozkol mezi vyčítavým jednáním a řešením samotného problému.

Paní L. H. je 35 letá žena, u které došlo k uzávěru věnčité tepny, a téměř prodělala infarkt. V tomto případě byla příčina jejího onemocnění odhalena již před uskutečněním rozhovoru. Důležitým krokem bylo rozhodnutí se o své onemocnění zajímat. Nepoddat se své nemoci se rozhodla především kvůli svým dětem. U paní L. H. nejsou zřetelné žádné rizikové faktory, jako špatný životní styl nebo genetické predispozice. Zásadní vliv zde hrají povahové rysy a emoce. Jak respondentka uvedla, příčinou jejího onemocnění byla potlačovaná úzkost a obavy, že nebude dobrá máma. Sama se totiž dostala do situace, kdy ji její máma opustila. Z rozhovoru je tedy zřetelné, že se jedná o úzkostnou osobnost. Vznik jejího onemocnění byl také podpořen intenzivním stresem, který kvůli svému zaměstnání měla. Podle těchto faktorů bychom ji mohli zařadit do B typu chování.

Pokud si pročteme všechny rozhovory ještě jednou, zjistíme, že ve všech třech případech hrál neodmyslitelnou roli stres. Druhým důležitým determinantem bychom mohli určit emoce, které jsou u všech respondentů potlačované. Ve všech případech se ale jednalo o nepředstavitelně těžkou životní událost, která neovlivnila nejen je, ale i lidi v jejich okolí. Je pochopitelné, že každý se se svým onemocněním vyrovnává po svém.

Zarážející je, že ve druhém případě se slečna neodhodlala, i přes doporučení lékařů, svůj zdravotní stav zlepšit. K této problematice uvádí Kosek naprosto odpovídající otázku:

„ Proč se lidé dál chovají, jak se chovají, když vědí, že škodí svému zdraví a existuje nějaký způsob, jak jejich chování ovlivnit?“⁶⁶

⁶⁶ KOSEK, Martin. *Psychosociální faktory zdraví a nemoci* [online]. Dostupné z: <http://www.martinkosek.com/clanky/clanky-a-studijni-texty/psychologie/psychosocialni-faktory-zdravi-a-nemoci.html>. [cit. 2016-06-15].

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo pokusit se poskytnout komplexní pohled na problematiku psychosomatiky a jejího vlivu na vznik a průběh kardiovaskulárního onemocnění. Měla by sloužit k přečtení celé široké veřejnosti, která se o tuto problematiku zajímá.

Teoretická část byla rozdělena do tří hlavních kapitol. Stěžejní pro teoretickou část je první a druhá kapitola, kde se čtenář seznámil s problematikou psychosomatiky a je vysvětleno, jak probíhá proces ucpávání cév a samotný infarkt myokardu. Dále byly vymezeny všechny ovlivnitelné i neovlivnitelné rizikové faktory, které onemocnění ovlivňují. Třetí kapitola byla věnována stresu, jako hlavnímu rizikovému faktoru při vzniku kardiovaskulárního onemocnění. Je zde také uvedena škála stresujících situací a zásadních životních změn dle jejich závažnosti a

Praktická část této práce byla tvořena výzkumem, který byl realizován pomocí rozhovoru se třemi respondenty, kteří měli osobní zkušenost s onemocněním srdce a cév. Záměrem výzkumu bylo odhalit, které psychosociální faktory, mají vliv na vznik a vývoj kardiovaskulárních onemocnění, konkrétně infarkt myokardu a hypertenzi. A také jaký vliv můžeme mít na vývoj onemocnění stres. Výsledky výzkumu jasně vypovídají o vlivu psychosomatických aspektů na vznik a průběh kardiovaskulárních onemocnění, a to u všech dotazovaných respondentů. První z respondentů byl před onemocněním opravdu silný kuřák a musel podstoupit i druhou operaci, aby si uvědomil, že si svým chováním škodí. Také je patrný vliv intenzivního psychosociálního stresu, který na respondenta před onemocněním působil kvůli problémům ve firmě. U druhého respondenta byla hlavním rizikovým faktorem obezita. I přes to, že si vážnost svého onemocnění uvědomuje, není dostatečně odhodlaná svůj životní styl a zdravotní stav změnit. U třetí dotazované hrála největší roli stres pramenící z neuspokojivého zaměstnání a potlačovaná úzkost a strach ze selhání v roli matky.

Z výše uvedeného je tedy zřetelné, jak důležité je při onemocnění zohledňovat všechny aspekty člověka. To znamená, brát v úvahu psychickou, sociální, biomechanickou, ale i energetickou a spirituální stránku člověka. To si, bohužel, mnoho lékařů stále naplno neuvědomuju.

Na úplný závěr bych chtěla dodat, že je velice důležité vnímat své tělo jako jeden celek. Jak je z celé práce patrné, vše je navzájem propojené a měli bychom se chovat tak, abychom své zdraví zbytečně neohrožovali.

RESUMÉ

Tato bakalářská práce na téma Psychosomatické aspekty infarktu myokardu se zabývá problematikou psychosomatiky v souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním a dalšími faktory, které ke vzniku onemocnění přispívají. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá psychosomatikou. Dále podává informace o srdečním onemocnění. V závěru teoretické části je řešen problém stresu a jeho působení na zdraví člověka. Teoretická část je zpracována na základě dostupné literatury. Praktická část představuje výzkum, který se zaměřuje na působení psychosociálních vlivů na vznik kardiovaskulárních onemocnění. Tento výzkum je zpracován formou rozhovorů se třemi respondenty.

SUMMARY

This Bachelor's thesis entitled Psychosomatic aspects of myocardial infarction is devoted to the issue of psychosomatic in connection with cardiovascular diseases and other risk factors which can make a contribution to the diseases. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with psychosomatic. It also provides information about cardiovascular diseases. The end of the theoretical part solves the problem of stress and its harmful influence on a human. Theoretical part is supported by available literature. The practical part presents research that is focused on effect of psychosocial influences on cardiovascular diseases. This research is based on interviews with three respondents.

SEZNAM LITERATURY

1. ADÁMKOVÁ, Věra. *Nemocné srdce: aneb Nemoc není bezmoc*. Brno: Facta Medica, 2010. 152 s. ISBN 978-80-904260-7-8.
2. BAŠTĚCKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi: Celostný pohled na zdraví těla i duše*. 1. Praha: Portál, 2003. 420 s. ISBN 80-7178-735-3.
3. BAŠTECKÝ, Jaroslav, Jiří ŠAVLÍK a Jiří ŠIMEK. *Psychosomatická medicína*. 1. Praha: Grada, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.
4. ČÁBALOVÁ, Dagmar. *Pedagogika*. Praha: Grada, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-2993-0.
5. ČERNÝ, Vojtěch a Kateřina GROFOVÁ. *Relaxační techniky pro tělo, dech a mysl: Návrat k přirozenému uvolnění*. Praha: Albatros Media, 2015. 120 s. ISBN 978-80-266-0835-6.
6. DANCHIN, Nicolas a Emmanuel CUZIN. *Srdeční infarkt: Jak mu předcházet a jak se s ním vyrovnat*. Praha: Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-007-1.
7. DANZER, Gerhard. *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše*. 1. Praha: Portál, 2001. 244 s. ISBN 80-7178-456-7.
8. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
9. DROTÁROVÁ, Eva a Lucia DROTÁROVÁ. *Relaxační metody: malá encyklopedie*. Praha: Epoque, 2003. 248 s. ISBN 80-86328-12-0.
10. DUBOVÁ, Magdaléna. *Postoj lékařů k psychosomatickému přístupu při vzniku a léčbě onemocnění*. Brno, 2016. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Hana Neudertová, Ph.D.
11. FALEIDE, Asbjorn, Eyolf K. FALEIDE a Lian B. LILLEBA. *Vliv psychiky na zdraví: Soudobá psychosomatika*. 1. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
12. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

13. GAVORA, Peter. *Výzkumné metody v pedagogice: Příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky*. Brno: Paido, 1996. 130 s. ISBN 80-85931-15-X.
14. HROMADOVÁ, Danica. *Kardiovaskulární onemocnění*. 1. Praha: Neptun, 2004. 190 s. ISBN 80-902896-8-1.
15. CHROMÝ, Karel, Radkin HONZÁK a kolektiv. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. Praha: Grada, 2005. 216 s. ISBN 80-247-1473-6.
16. KLENER, Pavel a kol. *Vnitřní lékařství II*. 1. Praha: Informatorium, 2001. 949 s. ISBN 80-86073-76-9.
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.
18. LASKAVSKÁ, Lucie. *Kardiovaskulární choroby - otázka pro 21. století*. Praha, 2012. Bakalářská práce. Bankovní institut vysoká škola Praha. Vedoucí práce Doc. RNDr. Jaroslava Pavelková, Csc.
19. MÁLEK, Filip a Ivan MÁLEK. *Srdeční selhání*. Praha: Karolinum, 2013. 97 s. ISBN 978-80-246-2238-5.
20. MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Když duše mluví řečí těla: Stručný přehled psychosomatiky*. 1. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.
21. PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010. 68 s. ISBN 978-80-904541-8-7.
22. PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. Praha: TRITON, 2002. 168 s. ISBN 80-7254-216-8.
23. SOVOVÁ, Eliška a Jan LUKL. *100+1 otázek pro kardiaky: Vyšetření, rizikové faktory, srdeční onemocnění*. 1. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-1166-4.
24. SURYNEK, Alois, Růžena KOMÁRKOVÁ a Eva KAŠPAROVÁ. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. 164 s. ISBN 80-7261-038-4.
25. ŠPAČEK, Rudolf a Petr WIDIMSKÝ. *Infarkt myokardu*. 1. Praha: Galén, 2003. 231s. ISBN 80-7262-197-1.

26. TOUŠEK, František. *Srdeční infarkt: Příčiny, léčba, prevence*. České Budějovice: Dona, 1994. 174 s. ISBN 80-85463-33-4.
27. VOJTÍŠEK, Petr. *Výzkumné metody: Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní, 2012. ISBN 978-80-905109-3-7.

Seznam webových zdrojů

1. KLÍMOVÁ, Jarmila. *Nemusíme být nemocní, je do nás ale masírován strach*. Aktuálně. TV [online]. Dostupné z: <http://video.aktualne.cz/dvtv/klimova-nemusime-byt-nemocni-je-do-nas-ale-masirovan-strach/r~7c0d6f407ef711e5a705002590604f2e/>. [cit. 2016-05-20].
2. Fórum zdravé výživy. *Kardiovaskulární onemocnění*. [online]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/kardiovaskularni-onemocneni/>. [cit. 2016-05-20].
3. TOPZINE. *Civilizační choroby jsou postrachem naší doby*. [online]. Dostupné z: <http://www.topzine.cz/civilizacni-choroby-jsou-postrachem-nasi-doby>. [cit. 2016-05-20].
4. JANÁKOVÁ, Lucie. *Infarkt myokardu – příznaky a první pomoc*. Eurodeník.cz [online]. 22. 5. 2015. Dostupné z: <http://eurodenik.cz/zdravi/infarkt-myokardu-priznaky-a-prvni-pomoccc>. [cit. 2016-05-20].
5. Žij zdravě. *Češi a obezita – jak jsme na tom?* [online]. Dostupné z: <http://www.zijzdrave.cz/kila-navic/obezita-a-nadvaha/cesi-a-obezita-%E2%80%93-jak-jsme-na-tom/>. [cit. 2016-05-20].
6. Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK. *Srdeční enzymy*. [online]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=srdecni-enzymy>. [cit. 2016-05-20].
7. KOSEK, Martin. *Psychosociální faktory zdraví a nemoci* [online]. Dostupné z: <http://www.martinkosek.com/clanky/clanky-a-studijni-texty/psychologie/psychosocialni-factory-zdravi-a-nemoci.html>. [cit. 2016-06-15].

PŘÍLOHY

Předem připravené otázky, které byly při rozhovoru použity:

1. **Osobní údaje:**

- iniciály
- věk
- studium a vzdělání: nejvyšší dosažené a případně poslední dosahované

2. **Společenské vztahy a sociální jednání:**

- rodinný stav: ženatý/vdaná, svobodný/á, rozvedený/á
- děti: počet a věk
- Jak byste charakterizoval/a vztah se členy Vaší rodiny?
- zaměstnání:
 - Jaké je vaše zaměstnání? Jak dlouho toto zaměstnání máte?
 - Jaký vztah ke svému zaměstnání máte?
- přátelé a kamarádi:
 - Jak se cítíte mezi lidmi, které znáte a naopak mezi cizími lidmi?

3. **Psychické vlastnosti a osobnostní rysy:**

- Jak byste charakterizoval/a svoji osobnost a povahu?
- Myslíte si, že máte nějaké špatné povahové rysy?
- Myslíte si, že Vás některá ze zmíněných povahových rysů omezuje?
- Dáváte všechny své emoce najevo, nebo některé skrýváte?
- Jste ke svým chybám a nedostatkům tolerantní?
- Dokážete své emoce udržet v rovnováze, když Vás něco rozruší?

4. **Zdravotní stav:**

- Kdy se u Vás kardiovaskulární onemocnění poprvé objevilo?

- Měl někdo z Vaší rodiny nějaké srdeční nebo cévní onemocnění?
- Jak dlouho se s tímto onemocněním léčíte a jak vaše léčení probíhá?
- Jak byste popsal/a Váš vztah k nemoci a zajímáte se o problematiku vašeho onemocnění?

5. **Životní styl:**

- Jak byste popsal/a své stravovací návyky před onemocněním?
- Jste kuřák? Kouřil/a jste před onemocněním a i po něm?
- Jak byste charakterizoval/a své pohybové zvyklosti před onemocněním?
- Změnil/a jste svůj životní styl kvůli nemoci?
- Byl/a jste vystaven/a stresu před onemocněním?
- Jste stresu vystaven/a i teď?
- V jakých situacích na Vás stres působí nejvíce a jak se s ním vyrovnáváte?
- Znáte nějaké metody, jak stres odbourat?
- Jak často a jakým způsobem relaxujete?