proLékaře.cz | 7.11.2026

Stres v preventivní kardiologii

Marie Trešlová, Lenka Šedová, Věra Olišarová, Ivana Chloubová, Valérie Tóthová

Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Souhrn

Úvod: Psychická, fyzická i sociální zátěž a tlak současné doby ovlivňují výskyt kardiovaskulárních chorob (KVO). Studie naznačují, že určité psychosociální faktory signifikantně zvyšují riziko KVO. Není jim však věnována potřebná pozornost. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak lidé hodnotí vlastní psychické zdraví, jak vnímají vliv stresu na KVO, jak s nimi lékaři a všeobecné sestry v oblasti stresu pracují a jak je jejich činnost efektivní. **Soubor a metodika:** Ke sběru dat byl využit nestandardizovaný dotazník, který byl veden řízeným rozhovorem face-to-face. Analýza byla provedena programem SASD 1.4 s tříděním 1. a 2. stupně. Aplikován byl χ^2-test dobré shody. Byl proveden výpočet testu nezávislosti na hladině významnosti $\alpha = 0{,}05$, $\alpha = 0{,}01$, $\alpha = 0{,}001$. Oslovili jsme 2 306 náhodně vybraných osob kvótním výběrem. Zúčastnit se šetření odmítlo 314 osob (13,6 %). Soubor tedy tvořilo 1 992 osob (86,4 %) ve věku od 40 do 80 a více let, z toho 937 (47 %) mužů a 1 055 (53 %) žen. Byl sledován vztah vybraných sociometrických parametrů. **Výsledky**: Osoby ve věku 40 let a více hodnotí svůj psychický stav jako dobrý (85 %) na škále 6–10 (1 nejhorší, 10 nejlepší psychický stav). S rostoucím věkem je psychický stav ve významně větší míře hodnocen jako horší ($p < 0{,}001$). Psychický stav hodnotí hůře než tělesný stav hodnotami 9 a 10. Z celkového počtu oslovených osob 87,9 % souhlasí s tím, že stres ovlivňuje vznik KVO. K tomuto názoru se přiklánějí lidé z nižších věkových skupin (40–59 let), $p < 0{,}05$. Ženy s tímto názorem významně souhlasí ($p < 0{,}05$), naopak občané s nejnižším vzděláním nevědí, zda má stres vliv na vznik KVO ($p < 0{,}05$). Za hlavní faktory ovlivňující vznik KVO považují lidé ve věku 40 a více let jednoznačně stres. V rámci edukace lékaři hovoří s oslovenými osobami častěji (49,7 %) než všeobecné sestry (34,3 %). Výsledky však potvrzují, že při preventivní činnosti poskytované osobám ve věku od 40 let výše je věnováno více pozornosti determinantám zdravé výživy a pohybu, nikoli stresu a kouření. Pouze pětina (21,8 %) lékařů motivuje osoby v oblasti stresu. Sestry tak činí ve 12,6 %. Téměř polovina sester k těmto změnám nemotivuje nikdy. Většina oslovených (87,8 %) ohodnotila podané informace týkající se omezení stresu za užitečné, výjimku tvoří osoby s nejnižším vzděláním ($p < 0{,}001$). **Závěr**: Oslovení lidé si uvědomují vliv stresu na vznik a průběh KVO, který považují za nejpodstatnější ovlivnitelné rizikové faktory. Lékaři a sestry by při poskytování edukačních intervencí neměli preferovat ani ženy ani muže, ale zaměřit se na více na osoby s nižším vzděláním, na problematiku stresu a motivovat je ke změně ve prospěch prevence KVO. Oblast sociometrických vztahů, přestože v mnoha případech byla statisticky významná, by bylo vhodné podrobit hlubšímu zkoumání.

Klíčová slova: edukace – kardiovaskulární onemocnění – prevence – psychické zdraví – stres

Stress within preventive cardiology

Summary

Introduction: The mental, physical and social stress and pressure of present day influences the incidence of cardiovascular diseases (CVD). Studies suggest that some psycho-social factors significantly increase the risk of CVD. But they are not paid the necessary attention. The goal of the study consisted in ascertaining how citizens assess their own mental health, how they perceive the influence of stress on CVD, how physicians and nurses work with them in the area of stress and how efficient their activity is. **Research set and methods:** The data ware collected via a non-standardized questionnaire leaded with face-to-face controlled interviews face-to-face. The analysis was carried out by the SASD 1.4 program with 1st degree and 2nd degree sorting. The goodness-of-fit χ^2 was applied. The independence test at the level of significance $\alpha = 0.05$, $\alpha = 0.01$, $\alpha = 0.001$ was calculated. We approached 2 306 randomly chosen citizens by quota selection. 314 citizens (13.6 %) refused the participation. The set consisted of 1 992 citizens (86.4 %) aged from 40 to 80 and more years, including 937 (47 %) men and 1055 (53 %) women. The relation of selected sociometric parameters was observed. **Results**: The citizens aged 40 and more years assess their mental status as good (85 %), at the scale from 6 to 10, (1 the worst, 10 the best mental status). With increasing age, the mental status is assessed as worse at a significantly higher degree ($p < 0.001$). The mental status is assessed worse as the physical condition, with values 9 and 10. Out of the total number of the citizens approached, 87.9 % agree that stress influences the origination of CVD. Citizens from lower age groups (40–59 years) tend to think it ($p < 0.05$). Women significantly agree with that opinion ($p < 0.05$). On the contrary, citizens with the lowest

proLékaře.cz | 7.11.2026

education do not know whether stress has impact on the origination of CVD ($p < 0.05$). The citizens aged 40 years and more see the main factors influencing the origination of CVD unambiguously in stress. Within education, physicians talk more often to the approached citizens (49.7 %) than general nurses do (34.3 %). However, the results confirm that during preventive activities provided to citizens aged 40 years and more, greater attention is paid to the determinants of healthy nutrition and exercise than to stress and smoking. Only 1/5 (21.8 %) of physicians motivate the citizens in the area of stress. Nurses do it in 12.6 % of cases. Almost ½ of nurses never motivate to related changes. The most citizens approached (87.8 %) considered the information concerning stress reduction useful; citizens with the lowest education constitute an exception ($p < 0.001$). **Conclusion**: The citizens approached are aware of the influence of stress on origination and development of CVD, considering it, the most essential influenceable risk factors. Physicians and nurses should not prefer women or men when providing the educational interventions; they should focus more on persons with lower education, on the issues of stress and smoking, and motivate them to changes in order to prevent CVD. The area of sociometric relations, although statistically significant in many cases, should be subject to more in-depth research.

Key words: cardiovascular disease – education – mental health – prevention – stress

Úvod

Etiologií, významně ovlivňující kardiovaskulární onemocnění (KVO) z oblasti ovlivnitelných faktorů, je životní styl člověka resp. soubor faktorů tvořící tento styl [1]. Pod vlivem negativních dopadů moderní společnosti na životní prostředí se dostává do popředí snaha žít zdravě [2]. Lidé se snaží o změnu životního rytmu, pohybového režimu, duševní aktivity, výživy a o zvládání náročných životních situací [3]. Jedná se o zásah do determinant zdraví, a to kouření, spánku a odpočinku, výživy, pohybu a s tím spojeného snižování nadváhy a v neposlední řadě stresu [1,4]. Přibývá psychických poruch, jako jsou úzkostné stavy a deprese [2]. Podle Rosolové [2] těmto psychosociálním faktorům v rámci zdravého životního stylu však není věnována potřebná pozornost. Proto dále zdůrazňuje, že dle výzkumných studií určité psychosociální faktory signifikantně zvyšují riziko kardiovaskulárních chorob. Jak uvádí Marmot a Wilkinson [5], zhoršené sociální podmínky mohou vést k pocitům úzkosti, nízkého sebevědomí nebo k sociální izolaci a následně mohou negativně ovlivnit fyzické a psychické zdraví jednotlivce. Negativní emoce (např. depresivita, nepřátelství) vedou ke zvýšení rizika vzniku kardiovaskulární příhody či mohou zhoršovat prognózu průběhu kardiovaskulárního onemocnění [2]. Naopak Albert et al [6] zmiňují, že v důsledku vyššího vzdělání a zlepšení ekonomické situace může dojít ke snížení rizik spojených s kardiovaskulárními příhodami. Zároveň upozorňují na aspekty spojené se sociální stratifikací.

Výše uvedené stavy a situace člověk prožívá jako stresující a prožívané emoce jako stres. Stres (angl. stress = napětí, namáhání, tlak) je funkční stav živého organizmu, kdy je tento organizmus vystaven mimořádným podmínkám (stresorům), a jeho následné obranné reakci. Ty mají za cíl zachování homeostázy a zabránit poškození nebo smrti organizmu [7]. Stres je provázen řadou patofyziologických procesů, při kterých se aktivuje sympatický nervový systém [8]. Během tohoto procesu se do krevního oběhu uvolňuje adrenalin a kortizol, zvyšuje se krevní tlak, zrychluje dýchání, potní žlázy zvyšují sekreci s dopadem na změny kardiovaskulárního systému [2,8].

Prevence KVO v oblasti ovlivnitelných rizikových faktorů významně ovlivňuje nejen jejich výskyt [9], ale také kvalitu života lidí [10] tím, že se snaží předejít časným aterotrombotickým změnám [2]. V preventivní kardiologii se však, jak zmiňuje Rosolová [2], stále nedoceňuje diagnostika lehčích psychických poruch a typů osobnosti. Tyto poruchy nejen narušují kvalitu života jejich nositelům, ale také zvyšují riziko KVO i riziko celkové nemocnosti a úmrtnosti. Evropská kardiologická společnost řadí k riziku KVO kromě jiných úzkostné prožívání, nízký socioekonomický status i společenskou izolaci a stres v pracovním a rodinném životě i hostilitu (nepřátelské postoje) [2]. Souvislost determinanty stresu a KVO byla jednou ze součástí výzkumného projektu Intervenční postupy v kardioprevenci, mimo jiné zaměřeného na možnost zkvalitnění preventivních intervencí při poskytování péče v kardiologii lékaři a všeobecnými sestrami.

Tento příspěvek si klade za cíl poukázat na to, jak občané ve věku 40+ hodnotí vlastní psychické zdraví a zda vnímají stres jako faktor, který může ovlivnit KVO. Dále bylo zjišťováno, zda s nimi o prevenci stresu lékaři a sestry hovoří.

Soubor a metodika

Za účelem popsání subjektivně vnímaného psychického zdraví občanů ČR ve věku 40+ a popsání současného stavu prevence stresu očima cílové skupiny bylo využito dílčích dat získaných dotazníkovým šetřením. Toto šetření bylo součástí řešení grantového projektu zaměřeného na role sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Ke sběru dat bylo využito nestandardizovaného dotazníku, který byl konstruován s cílem zhodnotit edukaci poskytovanou lékaři a všeobecnými sestrami v prevenci KVO z pohledu občanů. Tento dotazník obsahoval 62 uzavřených otázek se škálovými odpověďmi. Ve škálových odpovědích bylo využíváno převážně Likertovy škály, pro subjektivní hodnocení psychického a zdravotního stavu pak číselné stupnice od 1 do 10, v níž číslo 1 značilo nej-

proLékaře.cz | 7.11.2026

horší stav a číslo 10 nejlepší. Výzkumný nástroj byl vytvořen na základě prostudování odborné literatury a praktických zkušeností členů řešitelského týmu. Po prvotním sestavení byl dotazník oponován statistikem, byly zapracovány první připomínky. Následně byl realizován předvýzkum na výběrovém souboru 108 občanů v období od 15. 2.–10. 3. 2016. Následně byly zapracovány připomínky a doporučení, které z předvýzkumu vyplynuly.

Sběr dat byl zabezpečován 582 profesionálními tazateli Institutu pro studium zdraví a životního stylu v celé České republice v období od 1. dubna do 20. dubna 2016. V rámci terénního šetření bylo tazateli osloveno celkem 2 306 náhodně vybraných občanů ve věku 40 let a více. Účast na výzkumu odmítlo 314 občanů, t.j. 13,6 % všech oslovených. S rozhovorem naopak souhlasilo 1 992 občanů, t.j. 86,4 %. Tito respondenti byli vybíráni kvótním výběrem. Parametry výběrového souboru občanů ve věku 40 let a více byly konstruovány na základě údajů Českého statistického úřadu platných k 31. 12. 2014. Výběrový soubor občanů byl konstruován tak, aby svou strukturou odpovídal složení občanů ČR ve věku 40 let a více z hlediska regionů (krajů), pohlaví a věku. Výsledný sledovaný soubor je reprezentativní pro občany České republiky ve věku 40 let a více z hlediska pohlaví. Muži byli zastoupeni počtem 937 (47 %) a ženy počtem 1 055 (53 %). Ostatní charakteristiky výběrového souboru občanů nesplňují požadavky na reprezentativnost, nicméně umožňují jeho popis prostřednictvím dalších demografických ukazatelů. Mezi ně patří vzdělání, rodinný stav, velikost místa bydliště a zaměstnání.

Terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face), přičemž odpovědi byly zaznamenávány do předem připravených tazatelských archů. Ty byly sestaveny dle vytvořeného nestandardizovaného dotazníku. Výzkum byl anonymní, účast v něm byla dobrovolná, vlastní šetření neobsahovalo žádné sporné etické otázky.

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem SASD 1.4.12 (Statistical Analysis of Social Data). Byl zpracován 1. stupeň třídění, (absolutní a relativní četnosti, modus, medián, průměr, rozptyl a směrodatná odchylka). Dále byl zpracován 2. stupeň třídění s využitím kontingenčních tabulek vybraných ukazatelů. Pro výpočet míry závislosti vybraných znaků byly provedeny výpočty Walisova, Spearmanova a korelačního koeficientu. Aplikován byl rovněž χ^2 dobré shody. V jeho případě byla při nedostatečném počtu pozorování aplikována Yatesova korekce. Výsledně byl proveden výpočet testu nezávislosti na hladině významnosti $\alpha = 0{,}05$, $\alpha = 0{,}01$, $\alpha = 0{,}001$. Na základě této analýzy byla provedena interpretace dat a zpracovány příslušné tabulky a grafy.

Výsledky

V úvodu šetření jsme zjišťovali, jak sledovaní občané hodnotí svůj vlastní psychický stav. Občané ve věku 40 let a více hodnotí svůj psychický stav většinou jako dobrý, body škály 6–10 označilo 85 % dotázaných. Statistickou významnost jsme zaznamenali při hodnocení vlastního psychického stavu a jeho ovlivnění věkem, vzděláním, rodinným stavem a zaměstnáním, naopak neliší se dle pohlaví a velikostí místa bydliště. Konstatujeme, že s rostoucím věkem je vlastní psychický stav ve významně větší míře hodnocen jako horší ($p < 0{,}001$). Občané se základním vzděláním významně častěji hodnotí vlastní psychický stav jako horší ($p < 0{,}01$) a vysokoškolsky vzdělaní významně častěji jako lepší. Pracující v zaměstnaneckém poměru a podnikatelé významně častěji hodnotí svůj psychický stav jako lepší ($p < 0{,}001$) na rozdíl od starobních a invalidních důchodců (tab. 1).

Následně jsme provedli srovnání subjektivního hodnocení psychického a zdravotního (somatického) stavu. Z grafu je zřejmé, že lépe je cílovou skupinou hodnocen psychický stav.

Tab. 1. Souhrn statisticky významných vztahů psychického stavu a stresu

vztah	p	χ^2	df
psychický stav a věk	< 0,001	133,875	36
psychický stav a vzdělání	< 0,01	60,079	36
psychický stav a rodinný stav	< 0,001	86,674	36
psychický stav a zaměstnání	< 0,001	181,915	45
stres jako faktor ovlivňující vznik KVO a věk	< 0,05	8,350	16
stres jako faktor ovlivňující vznik KVO a pohlaví	< 0,05	13,180	4
stres jako faktor ovlivňující vznik KVO a zaměstnání	< 0,01	41,404	20
stres jako faktor ovlivňující vznik KVO a vzdělání	< 0,05	28,345	16
stres jako faktor ovlivňující průběh KVO a věk	< 0,01	39,106	16
stres jako faktor ovlivňující průběh KVO rodinný stav	< 0,05	28,244	16
stres jako faktor ovlivňující průběh KVO a zaměstnání	< 0,01	42,174	20

p – hladina významnosti **χ^2** – χ^2 test **df** – stupně volnosti

proLékaře.cz | 7.11.2026

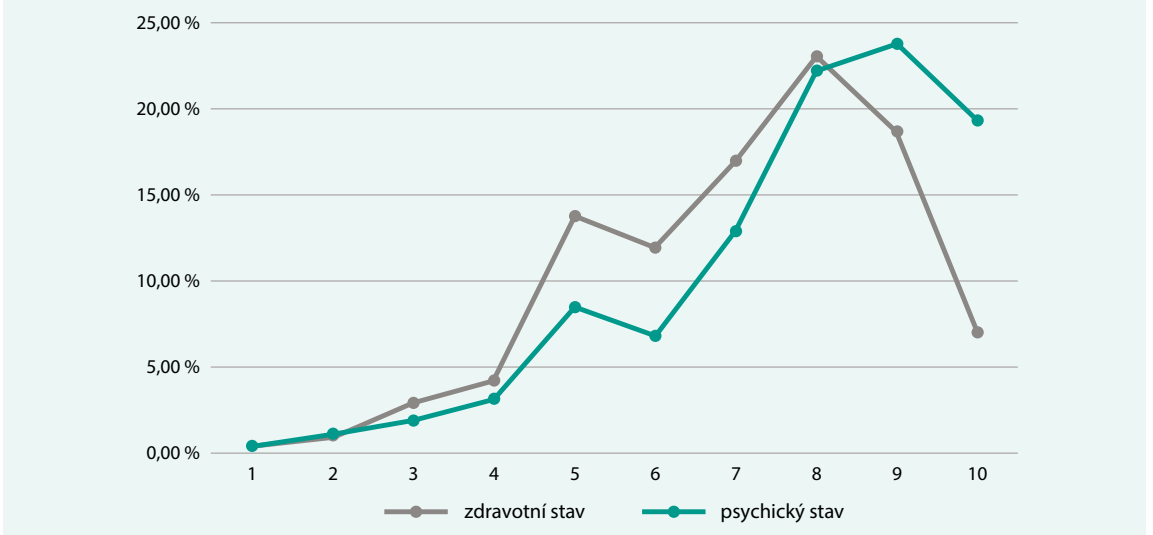
Poměrně jednoznačně se oslovení občané staví ke stresu jako k faktoru, který může ovlivnit **vznik** KVO. Z celkového počtu oslovených občanů 87,9 % zcela nebo částečně souhlasí s tím, že stres ovlivňuje KVO. K tomuto názoru se významně častěji přiklání občané z věkové skupiny 40–59 let ($p < 0,05$), dále ženy ($p < 0,05$) a pracující v zaměstnaneckém poměru a podnikatelé ($p < 0,01$). Občané s nejnižším vzděláním (základní) významně více uvádějí, že nevědí, zda má stres vliv na vznik KVO ($p < 0,05$), tab. 1. Velmi podobné výsledky přináší analýza odpovědí vztahujících se k tvrzení, že stres ovlivňuje také **průběh** KVO. Zcela nebo částečně s tímto tvrzením souhlasilo 87,8 % dotázaných. Opačného názoru bylo pouze 2,4 % dotázaných, zbývajících 9,8 % nemá v této záležitosti jasno a volilo odpověď „nevím". Názor na tuto otázku statisticky významně ovlivňuje vyšší věk, rodinný stav (ženatí, vdané osoby) a zaměstnání oslovených (tab. 1).

V rámci šetření jsme se zajímali také o to, zda lékaři a všeobecné sestry s občany mluví o nutnosti omezení stresu. Výsledky získané od občanů ve věku 40 let a více naznačují, že tak činí častěji lékaři (49,7 %) než sestry (34,3 %). V případě **hovorů s lékaři** o omezení stresu byla identifikována statisticky významná souvislost s věkem, vzděláním a zaměstnáním oslovených občanů. Občané z nejmladší věkové skupiny (40–49 let) ve významně větší míře uvádějí, že o této oblasti s lékařem nikdy nehovořili, naopak tak činí občané ve věku 60–69 let ($p < 0,001$). Občané s vyšším odborným vzděláním hovoří na toto téma s lékařem významně častěji ($p < 0,05$) než občané s jiným dokončeným vzděláním. Pracující v zaměstnaneckém poměru hovoří na téma omezení stresu s lékařem ve významně menší míře ($p < 0,001$) než podnikatelé a invalidní důchodci (tab. 2). Mírné rozdíly jsme zjistili v případě **hovorů se sestrami**. Občané z nejnižší věkové skupiny (40–49 let) ve významně větší míře uvádějí ($p < 0,001$), že o této oblasti se sestrou nikdy nehovořili. Frekvence takto zaměřených hovorů je ve vyšších věkových skupinách větší. Vysokoškolsky vzdělaní občané významně častěji uvádějí ($p < 0,05$), že na toto téma nehovoří se sestrou nikdy. Významně méně o této oblasti hovoří svobodní, ženatí/vdané ($p < 0,001$). Pracující v zaměstnaneckém poměru hovoří na téma omezení stresu se sestrou ve významně menší míře ($p < 0,001$), tab. 2.

Na základě odpovědí občanů bylo dále prokázáno, že sestry vždy nebo často motivují 12,6 % dotázaných a téměř polovina (48,4 %) respondentů k těmto změnám sestry nemotivují nikdy. Zřídka nebo někdy sestry ke změnám motivují v 39 %. Motivace sestrou s cílem omezit stres se významně liší dle věku pacienta, jeho vzdělání, rodinného stavu, velikosti místa bydliště a zaměstnání. Občané z nejmladší věkové skupiny (40–49 let) ve významně větší míře uvádějí, že k omezení stresu nebyli sestrou nikdy motivováni ($p < 0,001$). Občany s nejnižším vzděláním (základním) a občany s VOŠ motivuje sestra v této oblasti významně častěji ($p < 0,05$). Platí také, že obyvatelé menších sídel (do 5 000 obyvatel) jsou k této změně motivováni ve významně menší míře ($p < 0,01$) než obyvatelé větších sídel. Pracující v zaměstnaneckém poměru jsou k těmto změnám motivováni sestrou ve významně menší míře ($p < 0,001$), tab. 2. Přestože lékař dle výpovědi občanů motivuje častěji (45,6 %) než sestra (32,2 %), statisticky významný vztah se potvrdil pouze pro motivaci starších občanů (50+) než mladších ($p < 0,001$), tab. 2.

Většina oslovených občanů (87,8 %) považuje podané informace týkající se omezení stresu za užitečné. Z tohoto počtu je 50,9 % charakterizuje jako velmi užitečné, 36,9 % jako užitečné. S přibývajícím věkem však klesá podíl těch, kteří tuto oblast hodnotí stupněm škály „velmi užitečné".

Graf. Subjektivní hodnocení psychického a zdravotního stavu



číslo 1 – vyjadřuje nejhorší stav **číslo 10** – nejlepší stav

proLékaře.cz | 7.11.2026

Lze konstatovat, že s rostoucím věkem je hodnocení užitečnosti informací v oblasti omezení stresu kritičtější. Také ženy významně častěji hodnotí podávané informace týkající se omezení stresu jako velmi užitečné na rozdíl od mužů. Hodnota $p < 0{,}001$ naznačuje, že občané s nejnižším vzděláním (základní) ve významně větší míře hodnotí podávané informace týkající se omezení stresu jako neužitečné. Opačně se vyjadřují vysokoškolsky vzdělaní respondenti. Obyvatelé velkoměst (nad 100 000 obyvatel) ve významně větší míře hodnotí informace týkající se omezení stresu jako užitečné ($p < 0{,}05$), tab. 2.

Diskuse

Stav, kdy se člověk cítí ve stresu, je způsoben tlakem či zátěží, které jsou na člověka kladeny. Lidský organizmus v těchto situacích spouští „obranou – bojovou" metabolickou reakci, aby zátěž zvládl. K této reakci dochází nejen v případě nutnosti zvládat fyzickou zátěž, ale také při zvládání psychické zátěže. Pokud určitý tlak a zátěž působí dlouhodobě, dochází ke změnám, které se mohou projevit změnami na kardiovaskulárním systému organizmu a mohou vyvrcholit srdečním infarktem [2]. Jde o zásah do somatického zdraví. Působení tlaku a zátěže zasahuje ale také do rovnováhy (well being) psychického zdraví [11,12]. Psychický stav občané sledovaného vzorku sami ohodnotili většinou jako dobrý (85 %) a to na 10stupňové škále hodnotami 6–10. Psychický stav oslovených občanů se jeví jako lepší ve srovnání s uvedeným ohodnocením jejich zdravotního stavu (graf), kdy je zřejmé, že hodnocení zdravotního stavu se výrazně méně často objevuje v hodnotách 9 a 10. Tento výsledek není překvapivým, protože vnímání psychického stavu ve vyšších věkových kategoriích může být do značné míry ovlivněno vnímáním zhoršujícího se tělesného zdraví s ohledem na proces stárnutí. Výzkumný soubor tvořilo 52 % občanů ve věku 60–80 a více let. Jak uvádějí Topinková [13] i Kalvach et al [14], úroveň zdravotního stavu, tedy tělesného a stárnutí, vede ke zhoršení psychické pohody až depresím. Předpokládáme, že lepší psychický stav, který uvádějí občané s vyšším než základním vzděláním, je způsoben možností, že jsou zaměstnaní a více informovaní. Také občané našeho souboru v zaměstnaneckém poměru nebo podnikatelé svůj psychický stav hodnotí lépe než starobní a invalidní důchodci, což může být způsobeno stavy sociálně finančních situací [1].

Z výsledků vyvstalo i téma důležitosti zdravotní gramotnosti. V rámci výzkumného šetření se zdravotní gramotnosti věnují Kaas, Stasková, Šulistová [15]. Upozorňují na nutnost zintenzivnění vzdělávání zdravotnických pracovníků a to především všeobecných sester, aby se mohli podílet na zvyšování zdravotní gramotnosti občanů. Míra gramotnosti oslovených občanu (přestože nebyla přímo sledována) je celkem vysoká, což můžeme odvodit z jejich odpovědí: většina oslovených občanů souhlasí s tím, že stres může ovlivnit vznik (87,9 %) i průběh (87,8 %) onemocnění srdce a cév, jejich názor je ovlivněn výší vzdělání ($p < 0{,}05$), nižším věkem ($p < 0{,}05$) a tím, zda jsou zaměstnaní ($p < 0{,}01$), tab. 1. Vysvětlujeme to tím, že mladší lidé s vyšším vzděláním

Tab. 2. Souhrn statisticky významných vztahů realizace edukace a motivace z pohledu občanů

vztah	p	χ^2	df
hovor s lékařem o omezení stresu a věk	< 0,001	52,790	16
hovor s lékařem o omezení stresu a vzdělání	< 0,001	41,349	16
hovor s lékařem o omezení stresu a zaměstnání	< 0,05	36,661	20
hovor se sestrou o omezení a věk	< 0,001	63,513	16
hovor se sestrou o omezení a vzdělání	< 0,05	31,263	16
hovor se sestrou o omezení a rodinný stav	< 0,001	46,508	16
hovor se sestrou o omezení a zaměstnání	< 0,001	72,764	20
motivace lékaře k omezení stresu a věk	< 0,001	48,952	16
motivace sestry k omezení stresu a věk	< 0,001	52,088	16
motivace sestry k omezení stresu a vzdělání	< 0,05	27,202	16
motivace sestry k omezení stresu a zaměstnání	< 0,001	64,177	20
motivace sestry k omezení stresu a rodinný stav	< 0,001	47,802	16
motivace sestry k omezení stresu a velikost místa bydliště	< 0,01	27,159	16
užitečnost podaných informací o stresu a věk	< 0,001	43,443	12
užitečnost podaných informací o stresu a pohlaví	< 0,05	10,721	3
užitečnost podaných informací o stresu a vzdělání	< 0,001	34,188	12
užitečnost podaných informací o stresu a velikost místa bydliště	< 0,05	23,988	12

p – hladina významnosti χ^2 – χ^2 test **df** – stupně volnosti

proLékaře.cz | 7.11.2026

mohou snadněji vyhledávat nebo mají větší přístup k informacím a jsou více počítačově gramotní. Mediálně se všeobecně více hovoří a upozorňuje na škodlivost kouření, následuje téma zdravé stravy a vlivu pohybu [15]. Zdravotní gramotnost a edukace jsou základními kameny preventivní činnosti. Edukace je souborem činností – intervencí, který, aby byl jeho výsledek efektivní, požaduje využití a dodržení několika zásad a pravidel [16]. Albus, Hermann-Lingen [17] i Špirudová [19] upozorňují na vhodnou vzájemnou komunikaci zdravotníka a pacienta a k vyhodnocování stavu využít krátké otázky mapující možné psychosociální problémy. Za podstatné považují naslouchat problémům a postojům, které pacient projevuje ke změně zdravotního chování. Důležité je respektování osobního pohledu a pacientovy autonomie [20]. Dále Albus, Hermann-Lingen [17] uvádějí potřebu zachytit psychosociální faktory jako depresivitu, nepřátelství, nízký socioekonomický status, sociální izolaci, chronický stres. Za podobně efektivní považuje vedení otevřené diskuse o významu a nutnosti změnit životní styl, v případě potřeby předat pacienta do péče dalších specialistů. Proto je výhodná orientace a znalost multimodálních intervencí v klinické praxi. Ty obsahují znalosti a dovednosti ke změně životního stylu, dále sportovní a pohybové terapii, tréninku odstraňování napětí, programy určené k odvykání kouření, podpoře individuálního či skupinového poradenství a managementu v práci s psychosociálními faktory. Necelé polovině oslovených občanů (48,7 %) našeho šetření byla lékařem nabídnuta možnost konzultovat s dalšími odborníky. Získáním znalostí a dovedností se zabývali Astin et al [21], kteří provedli výzkum zaměřený na obsah, výuku, učební a hodnotící metody postgraduálního vzdělávání a zdůrazňují nutnost posílení vzdělání sester v kardioprevenci, které by bylo více orientované na zdravotní výzvy, kterým je Evropa vystavena, a to KVO včetně mozkových příhod, onemocnění periferních cév s ohledem na prevenci a rehabilitaci.

V první řadě je nezbytné, aby lékař či sestra s pacienty hovořili, resp. aby našli vhodnou chvíli a dostatek času o daném tématu hovořit. I když edukaci v rámci preventivní činnosti je nutné zaměřovat a vést individuálně [19,22], lékaři dle oslovených osob více hovoří se staršími muži ($p < 0,001$) a důchodci ($p < 0,001$) dále s občany s jiným než odborným vzděláním ($p < 0,05$) a podnikateli a ovdovělými ($p < 0,01$). V případě hovoru sester o omezení stresu je situace velmi podobná. Na rozdíl od lékařů však sestry častěji hovoří s občany se základním vzděláním ($p < 0,05$) a rozvedenými ($p < 0,001$), méně často pak s občany v zaměstnaneckém poměru ($p < 0,001$), tab. 2. Přestože je tato souvislost statisticky významná, je obtížné určit, proč tomu tak je. Dalším faktorem efektivní edukace je její aktivní nabízení a také nabízení možností či způsobů, jak změnit životní styl [23]. V případě, že byla nabídnuta možnost konzultovat s dalšími odborníky, dostalo se jí ve větší míře starším občanům ($p < 0,001$). Domníváme se, že zdravotníci považují skupinu starších osob za rizikovější, a proto se u této věkové skupiny zaměřují na edukaci častěji než u mladších jedinců. Edukace může být poskytována ústní či písemnou formou, jednorázově či opakovaně. Její efektivita a především užitečnost z pohledu edukantů mimo jiné velmi záleží na použitých pomůckách a metodách. Poučování a direktivní přístup není vhodný [20,22]. Za užitečné můžeme považovat situace, v nichž edukant rozumí dané problematice, je seznámen s tím, co může pro změnu životního stylu udělat a také má možnost a prostor se sám rozhodnout a z navržených možností vybrat [19]. Tím přebírá vlastí zodpovědnost za postup v procesu změny [20]. Dle odpovědí občanů tomu ne vždy tak je, ale přesto většina oslovených v našem výzkumu (87,8 %) ohodnotila podané informace týkající se omezení stresu za užitečné. Vnímají je tak spíš mladší občané ($p < 0,001$) a ženy ($p < 0,05$), tab. 2.

Stres je nejen důsledkem KVO, ale také vyvolávající příčinou, proto by tento faktor neměl být opomenut v žádné ordinaci praktického lékaře či specialisty. Proto by se monitoring psychosociálních faktorů měl stát nedílnou součástí komplexní péče o pacienty s KVO. Změna životního stylu je však náročný proces, který se neobejde bez vnitřní a vnější motivace [24]. Motivaci ke změně životního stylu s cílem omezit stres poskytuje pětina lékařů, a to hlavně starším občanům ($p < 0,001$). To, že sestry nemotivují k omezení stresu, potvrdila polovina oslovených občanů. Pokud však tak činí, motivují stejně jako lékaři starší občany a občany s nižším a odborným vzděláním ($p < 0,05$). Statisticky se také prokázalo, že motivace je poskytována více občanům menších měst ($p < 0,001$), tab. 2.

Závěr

Pozitivním zjištěním je, že oslovení občané si uvědomují vliv stresu na vznik a průběh KVO. Vlastní psychický stav hodnotí jako horší oproti zdravotnímu stavu.

Vedení rozhovorů všeobecnými sestrami a lékaři v kardiopreventivním působení na téma změny životního stylu se zaměřením na omezení stresu dle občanů je však nedostatečná stejně jako motivace v procesu změny vedoucí ke kýžené změně. Přesto většina oslovených občanů informace, které získali od všeobecných sester a lékařů, považuje za užitečné. V rámci edukačních intervencí z pohledu eliminace stresu je třeba celkově směřovat aktivity tak, aby se na tuto oblast nezapomínalo, protože stres jako rizikový faktor je všudypřítomný bez ohledu na věk, pohlaví nebo vzdělání. A proto je vhodné se v dalším zkoumání zaměřit na zefektivnění práce se stresem v rámci prevence.

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu, který je podpořen z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. 15–31000A.

Literatura

1. Kebza V. Psychosociální determinanty zdraví. Academia: Praha 2005. ISBN 80–200–1307–5.

2. Rosolová H. Preventivní kardiologie a důležitost spolupráce mezi odborníky. Kardiol Rev Int Med 2013; 15(4): 208–209.

proLékaře.cz | 7.11.2026

3. Sak P, Saková K Mládež na křižovatce. Sociologická analýza postavení mládeže ve společnosti a její úlohy v procesech evropeizace a informatizace. Svoboda Servis: Praha 2004. ISBN 80–86320–33–2.

4. Kraus B. Základy sociální pedagogiky. Portál: Praha 2008. ISBN 978–80–7367–383–3.

5. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. Oxford University Press: New York 2005. ISBN 978–0198565895.

6. Albert MA, Glynn RJ, Buring J et al. Impact of traditional and novel risk factors on the relationship between socioeconomic status and incident cardiovascular events. Circulation 2006; 114(24): 2619–2626. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.660043>.

7. Linhart J. Slovník cizích slov pro nové století. Dialog: Litvínov 2010.

8. Silbernagl S, Despopoulos A. Atlas fyziologie člověka. Překlad 8. německého vydání. Grada: Praha 2016. ISBN 978–80–247–4271–7.

9. Labarthe DR. Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases: A Global Challenge. 2nd ed. Jones & Bartlett: Sudbury, MA 2011. ISBN 978–0763746896.

10. King CR, Hinds PS. Quality of life: from nursing and patient perspectives: theory, research, practice. 3rd ed. Jones & Bartlett Learning: Sudbury, MA 2011. ISBN 978–0763749439:

11. Bartůňková S Stres a jeho mechanismy. Karolinum: Praha 2010. ISBN 9788024618746.

12. Vinay J. Stres a zdraví. Portál: Praha 2007. ISBN 978–80–7367–211–9.

13. Topinková E. Geriatrie pro praxi. Galén: Praha 2005. ISBN 8072623656.

14. Kalvach Z, Zadák Z, Jirák R et al. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Grada: Praha 2008. e-kniha.

15. Kaas J, Stasková V, Šulistová R. The concept of health literacy in contemporary nursing. Kontakt 2016; 18: e219-e223. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.10.001>.

16. Holčík J. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví. Masarykova univerzita: Brno 2010. ISBN 978–80–210–5239–0

17. Albus Ch, Hermann-Lingen Ch. Behaviour and motivation. In: Gielen G, De Backer G, Piepoli M et al. (eds). The ESC Textbook of Preventive Cardiology. Oxford University Press: Oxford 2015: 105–112. ISBN 978–0199656653.

18. Mandysová P. Příprava na edukaci v ošetřovatelství. Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice: Pardubice 2016. ISBN 978–80–7395–971–5.

19. Špirudová L. Doprovázení v ošetřovatelství. I. Pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty. Grada: Praha 2015. 978–80–247–5710–0

20. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM et al. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. Ann Fam Med 2014; 12(3): 270–275. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1615>. Erratum in Ann Fam Med. 2014; 12(4): 301.

21. Astin F, Timmins F, Carroll DL et al. Education for nurses working in cardiovascular care: A European survey. Eur J Cardiovasc Nurs 2014; 13(6): 532–540. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515113514864>.

22. Magurová D, Majerníková Ľ. Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve. Martin: Osveta 2009. ISBN 9788080633264.

23. Šulistová R, Trešlová M. Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči. České Budějovice: Jihočeská univerzita: České Budějovice 2012. ISBN 978–80–7394–246–5.

24. Dart MA Motivational Interviewing in Nursing Practice. Jones and Bartlett: Sadbury, Mass 2011. ISBN 978–0763773854.

doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
✉ **treslova@zsf.jcu.cz**

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
www.zsf.jcu.cz

Doručeno do redakce 15. 8. 2018
Přijato po recenzi 19. 1. 2019