

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetřovatelství

Eva Prušová

**Self-management u pacientů s chronickým
kardiovaskulárním onemocněním**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2018

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 29. června 2018

.....

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D., za příležitost spolupráce na daném tématu a odborné vedení, cenné rady, vstřícnost, podporu a čas, který mi věnovala při zpracování diplomové práce. Poděkování patří také RNDr. Evě Reiterové, Ph.D., za podnětné připomínky a pomoc se statistickým zpracováním získaných dat. Zároveň bych chtěla poděkovat MUDr. Petrovi Lokajovi, Ph.D., za odbornou korekturu teoretické části textu.

Prohlášení o dedikaci k projektu

Diplomová práce byla finančně podpořena grantem v rámci Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2017. Je dedikována projektu FZV_2017_003.

Spoluřešitelka projektu Bc. Eva Prušová se v rámci řešení projektu podílela na distribuci dotazníků a na přípravě podkladů pro zpracování dat.

Výše uvedené skutečnosti o vymezení rozsahu činnosti Bc. Evy Prušové dokládá Závěrečná zpráva o řešení projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci (2018).

V Olomouci

.....
RNDr. Eva Reiterová, Ph.D.
hlavní řešitelka projektu FZV_2017_003

.....
Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
spoluřešitelka projektu

.....
Bc. Anna Džurňáková
spoluřešitelka projektu

.....
Bc. Eva Prušová
spoluřešitelka projektu

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Diplomová práce
Téma práce:	Self-management u pacientů s chronickým onemocněním
Název práce:	Self-management u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním
Název práce v AJ:	Self-management in patients with chronic cardiovascular disease
Datum zadání:	2017-01-22
Datum odevzdání:	2018-06-29
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetřovatelství
Autor práce:	Prušová Eva
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
Oponent práce:	
Abstrakt v ČJ:	

Výzkumná práce předkládá dostupné publikované poznatky o self-managementu pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním a jeho úrovni a faktorech, které efektivitu sebeřízení ovlivňují. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvantitativního typu výzkumu, jednalo se o průřezovou prospektivní studii. Data byla získána standardizovaným dotazníkem s využitím PIH škály (Partners in Health Scale), který byl doplněn o identifikační údaje. Profil výzkumného souboru tvořilo 432 respondentů, oslovených na sedmi pracovištích různých poskytovatelů zdravotních služeb v České republice. Byla potvrzena pozitivní závislost vzdělání na self-management. Ze statistických ukazatelů vyplývá, že věk a pohlaví jsou nezávislé faktory self-managementu. Získané výsledky lze využít v oblasti prevence zdravotních rizik u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

Abstrakt v AJ:

The presented research study explores current findings on self-management in patients suffering with chronic cardiovascular disease. It covers the self-management in its respective (1) levels and also (2) factors which exert influence on its efficacy. The cross-sectional prospective study used quantitative methods. Data has been collected through a standardized questionnaire using Partners in Health (PIH) Scale, accompanied with personal identification data. The study profile consisted of 432 respondents addressed at seven different health facilities pertaining to a variety of health providers nationally. We have confirmed the positive dependent relationship of education on self-management. The statistical data show that age and sex exist as independent factors of self-management. The results presented in the current study may find their use in preventative measures taken with respect to patients suffering with chronic cardiovascular disease.

Klíčová slova v ČJ: self-management, pacient, PIH škála, chronické kardiovaskulární onemocnění

Klíčová slova v AJ: self-management, patient, PIH scale, chronic cardiovascular disease

Rozsah: 90 stran /11 příloh

OBSAH

ÚVOD	9
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	11
2 NEJČASTĚJŠÍ KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ	14
2.1 Péče o pacienta s chronickým kardiovaskulárním onemocněním	16
3 SELF-MANAGEMENT U CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	24
3.1 Hodnotící nástroje self-managementu	26
3.2 Hodnocení self-managementu u chronických kardiovaskulárních onemocnění	28
3.3 Adherence a compliance léčby u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním	31
3.4 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy	35
4 METODIKA VÝZKUMU	37
4.1 Výzkumné cíle a hypotézy.....	37
4.2 Charakteristika souboru	38
4.3 Metoda sběru dat	38
4.4 Realizace výzkumu	39
4.5 Metody zpracování dat.....	39
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	41
5.1 Sociodemografické údaje souboru respondentů	41
5.2 Deskripce odpovědí na PIH škálu	43
5.3 Výsledky výzkumu ve vztahu k dílčím cílům práce.....	45
6 DISKUZE	51
ZÁVĚR	55
REFERENČNÍ SEZNAM	56
SEZNAM ZKRATEK	72
SEZNAM TABULEK	73

SEZNAM OBRÁZKŮ	74
SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Motto: „Nestačí jen něco vědět, je třeba to i využít, nestačí něco chtít, je třeba to i vykonat.“

Johann Wolfgang von Goethe

Chronická onemocnění jsou v současnosti předmětem zájmu zdravotníků, sociologů, ekonomů a politiků ve všech státech světa. Důvodem je epidemický výskyt zmiňovaného onemocnění s tendencí neustálého růstu. Poté co byla zvládnuta prevence a léčba hlavních infekčních chorob, se struktura chronické nemoci podstatně změnila. K nejčastějším chronickým chorobám řadíme kardiovaskulární (oběhové), zhoubné nádory, diabetes mellitus, obezitu a chronické onemocnění respiračního systému (Šulcová et al., 2012, s. 104, 480). Kunzová a Hrubá (2013, s. 23) uvádí, že tato onemocnění úzce souvisí se způsobem života a jsou to choroby zapříčiněné geneticko-environmentální interakcí. Odhaduje se, že faktory životního stylu ovlivňují nejvíce úroveň zdravotního stavu obyvatelstva, a to až v 50–60 % (Müllerová a Aujezská, 2014, s. 17). V České republice zůstávají dlouhodobě kardiovaskulární onemocnění nejčastější příčinou hospitalizace a morbidit, umírá na ně téměř 50 % populace (Antošová et al., 2014, s. 7). Chronická srdečně-cévní onemocnění nebude možné v nejbližších desetiletích patrně zvrátit. Spíše naopak s postupným prodlužováním střední délky života jich bude přibývat v návaznosti na časnější a účinnější diagnosticko-terapeutický proces, ale také následkem zvyšující se kumulace rizikových faktorů (Bulava, 2017, s. 15; Holčík, Káňová a Prudil, 2015, s. 22; Rice, 2016).

Chronické choroby představují jak ze zdravotního, tak i ekonomického pohledu velkou zátěž. Self-management chronických onemocnění se v současné době stává vysoce profilovanou zdravotní politikou a klíčovým nástrojem k úspěšnější léčbě a spokojenosti pacientů (Morden, Jinks a Ong, 2012, s. 88–89; Rice, 2016; Veldman et al., 2017, s. 601–607).

Cílem diplomové práce je sumarizovat dohledané publikované aktuální poznatky o self-managementu u populace pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním v českém sociokulturním prostředí a identifikovat faktory, které jeho úroveň ovlivňují.

Jako vstupní studijní literatura byly použity následující tituly:

ANTOŠOVÁ, Danuše et al., 2014. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-10-16]. ISBN 978-80-85047-49-3. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatel-ceske-republiky2014-9420_3016_5.html

GURKOVÁ, Elena, 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0461-1.

HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4811-5.

HOLČÍK, Jan, Pavlína KAŇOVÁ a Lukáš PRUDIL, 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vyd. 2. upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-575-4.

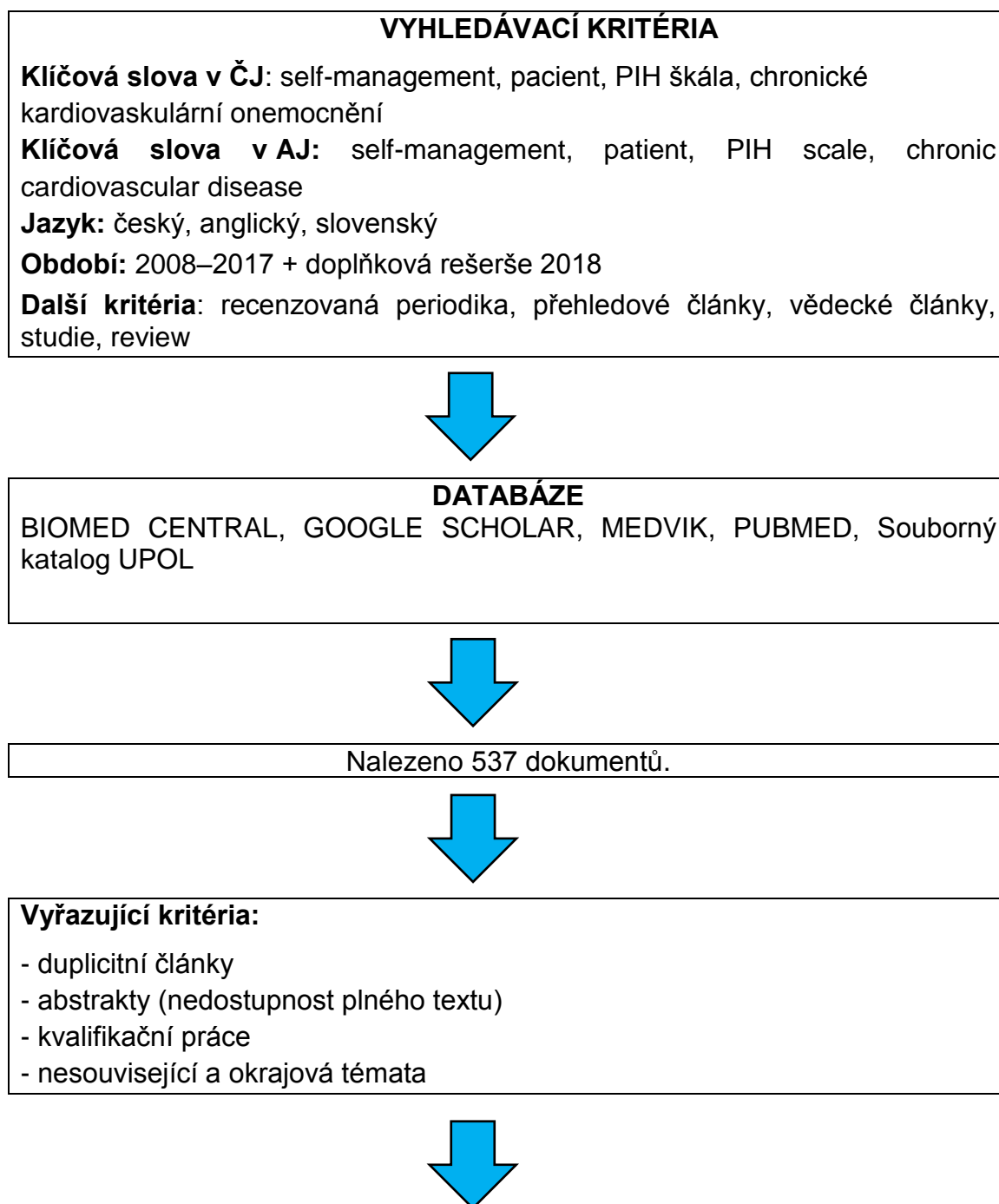
TÁBORSKÝ, Miloš, Josef KAUTZNER a Aleš, LINHART, 2017. *Kardiologie*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4434-9.

TÓTHOVÁ, Valérie. 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

VÁGNER, Ivan a Miroslav WEBER, 2007. *Osobní management*. 2., přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4265-0.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Pro dohledání validních a aktuálních informací byla provedena rešeršní činnost, klíčová slova byla zadávaná prostřednictvím rozšiřovacích a pomocných znaků. Vyhledávací kritéria, zvolené databáze a konečnou sumarizaci uvádí obrázek 1.



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

BIOMED CENTRAL – 5 článků
GOOGLE SCHOLAR – 3 články
PUBMED – 40 článků
MEDVIK – 22 článků
Souborný katalog UPOL – 20
Další zdroje – 13



SUMARIZACE VYUŽITÝCH ZAHRANIČNÍCH DATABÁZÍ A DOKUMENTŮ

BIOMEDCENTRAL – 5 článků
GOOGLE SCHOLAR – 3 články
PUBMED – 40 článků
Další zdroje – 1



SUMARIZACE VYUŽITÝCH TUZEMSKÝCH A SLOVENSKÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Elektronická periodika – 22 článků
Monografie a e-monografie – 25 knih
Ročenky – 2
Sborníky konferencí – 2
Další internetové zdroje – 3



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Česká a slovenská periodika a dokumenty:

Cor et Vasa (2), Hygiena (1), Hypertenze & kardiovaskulární prevence (2), Interní medicína pro praxi (7), Intervenční a akutní kardiologie (1), Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře (1), Kardiologická revue-Interní medicína (2), Management Institute (1), Medicína pro praxi (2), Postgraduální medicína (2), Via practica (1)



Zahraníční periodika:

Annals of Behavioral Medicine (1), ARYA atherosclerosis (4), Australian Health Review (1), Blood Pressure (1), BMC Cardiovascular Disorders (1), BMC Health Services Research (1), Cardiology Clinics (1), BMJ Open (1), Congestive Heart Failure (1), European Journal of Heart Failure (3), Health affairs (1), Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care (1), Health Expectations (1), International Journal of Audiology (1), International journal of environmental research and public health (1), International Journal of Cardiology (1), International Journal of Hypertension (1), Journal of Advanced Nursing (1), Journal of General Internal Medicine (2), Journal of Medical Internet Research (1), Journal of Pediatric Psychology (1), Journal of the American College of Cardiology (1), Journal of the National Medical Association (1), Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska = Polish Journal of Cardio-Thoracic Surgery (1), Neuropsychiatric disease and treatment (1), Nursing Management (1), Open Heart (1), Patient Education and Counseling (1), Patient Preference and Adherence (2), Patient education and counseling (4), PLOS ONE (1), Quality of Life Research (1), Research in Nursing & Health (1), Research in Social and Administrative Pharmacy (1), Revista Latino-Americana de Enfermagem (1), Social Theory & Health (1), Telemedicine and e-Health (1), The Journal of Clinical Hypertension (1), Trials (1)



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito celkem 103 dohledaných bibliografických zdrojů, z toho 48 dohledaných zahraničních článků, 22 českých článků, 25 českých monografií a e-monografií, 1 mezinárodní klasifikace, 2 příspěvky ve sborníku, 2 ročenky, 3 webové stránky.

Obrázek 1: Sumarizace procesu rešeršní činnosti

2 NEJČASTĚJŠÍ KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) patří k nejčastějším civilizačním chorobám, jsou současným problémem veřejného zdravotnictví a podle statistických údajů stále hlavní příčinou úmrtí v celosvětovém měřítku (Češka et al., 2015, s. 61). Nemoci oběhové soustavy v roce 2015 představovaly v České republice s 305,3 tisíci případy nejčastější příčinu hospitalizace (Zdravotnická ročenka ČR 2015, 2016). V Evropě mortalita v posledních desetiletích významně poklesla (Táborský, Kautzner a Linhart, 2017, s. 1051). Nejvyšší patrné pozitivní změny jsou zaznamenány u cévních mozkových příhod, a to více než v 70 % (Cífková et al., 2016, s. 254–249). Přesto však zůstávají dlouhodobě oběhové soustavy nejčastější příčinou mortality a morbidit (Zdravotnická ročenka ČR 2016, 2017, s. 7–8). Ve srovnání s vyspělejšími zeměmi Evropské unie je úmrtnost na tato onemocnění v naší zemi dvakrát vyšší (Antošová et al., 2014, s. 7).

Nejčastější a nejzávažnější pro zdravotní stav našeho obyvatelstva je ischemická choroba srdeční (ICHS) a její následky s projevy srdečního selhání, cévního postižení mozku, zvýšeného krevního tlaku a obliterujícího poškození periferních cév (Šulcová et al., 2012, s. 492). Arteriální hypertenze, ateroskleróza, mozkové příhody a akutní infarkt myokardu jsou dvěma nejčastějšími důvody vedoucími k akutní hospitalizaci (Táborský, Kautzner a Linhart, 2017, s. 25). Ze Zprávy o zdraví obyvatel ČR z roku 2014 vyplývá, že zastoupení jednotlivých příčin hospitalizace na nemoci oběhové soustavy se liší dle věku a pohlaví, k nárůstu dochází ve věkové skupině 60–69 let, úmrtnost u mužů je zhruba o jednu třetinu vyšší (Antošová et al., 2014, s. 21–24). Ve světě choroby srdce a cév tvoří přibližně jednu třetinu všech úmrtí, tj. asi 15 milionů osob ročně (Griva, 2018, s. 36–37). Přičemž chronické formy ICHS mají největší podíl na úmrtnosti (Antošová et al., 2014, s. 22). Dle statistických údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR se srdečně-cévní onemocnění v roce 2016 podílely na celkové úmrtnosti 42 %, z toho u mužů to bylo 40,4 % a u populace žen 42,9 % (Zdravotnická ročenka ČR 2016, 2017, s. 7–8).

Arteriální hypertenze se pokládá za nejvýznamnější modifikovatelný rizikový faktor KVO a zvyšuje riziko vzniku mozkového krvácení až čtyřnásobně. Ovšem nelze pominout další významné ovlivnitelné rizikové faktory aterosklerózy jako je diabetes mellitus, dyslipidémie a/nebo kouření (Bar a Školoudík, 2011, s. 11; Češka et al., 2015, s. 65–66). Prevalence arteriální hypertenze v dospělé populaci se pohybuje kolem

26 % (Cífková, 2017, s. 10–15; Krátká a Petrák, 2016, s. 120–123). Odhaduje se, že v roce 2025 bude na světě s touto diagnózou asi 1,56 miliardy nemocných (Táborský, Kautzner a Linhart, 2017, s. 25, 525, 572). Z epidemiologických dat studie MONICA je známo, že v české populaci se výskyt u osob ve věku 25–64 let pohybuje kolem 40 % se zřetelným nárůstem ve vyšších věkových skupinách, u osob nad 80 let se vyskytuje ve více než 60 % (Bulava, 2017, s. 90; Nussbaumerová, 2015, s. 59–60). Zjištěna byla rovněž poměrně vysoká prevalence AH u dospívajících (Antošová et al., 2014, s. 123). Na vysoké prevalenci AH, zvláště u mužů, se v české populaci dle Cífkové et al. (2017, s. 227) může podílet i vysoká konzumace alkoholu, zejména piva. Osoby konzumující tři a více alkoholických nápojů za den mají dva až třikrát vyšší riziko mírné hypertenze ve srovnání s těmi, kteří konzumují maximálně jeden alkoholický nápoj.

Cévní mozkové příhody jsou po ICHS celosvětově druhým nejčastějším kardiovaskulárním onemocněním a patří k hlavním příčinám invalidizace (Bulava, 2017, s. 168; Cífková et al., 2016, s. 245–249). Dle ÚZIS ČR byla v roce 2015 u praktických lékařů pro dospělé čtvrtina pacientů sledována pro hypertenzní nemoc, téměř 10 % pro ICHS a 3 % pro cévní onemocnění mozku (Zdravotnická ročenka ČR 2015, 2016).

Nejvíce hospitalizací je pro skupinu „jiných forem srdečního onemocnění“, podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí se řadí do této kapitoly diagnózy: selhání srdce, srdeční arytmie, srdeční zástava, kardiomyopatie aj. (Zdravotnická ročenka 2016, 2017, s. 88, 95; Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2018). V souvislosti s chronickým srdečním selháním (SS) se hovoří o epidemii 21. století. Počet nemocných exponenciálně narůstá a SS se stává stále závažnější medicínskou, ale i socioekonomickou problematikou. Stav koresponduje s vývojem kardiologie v posledním období 20 let (Lazárová, Málek a Táborský, 2012, s. 246–249). Celosvětově se předpokládá, že chronickým SS trpí až 26 milionů pacientů, v České republice zhruba 200 000 (Gřiva, 2018, s. 37).

Hlavní podstatou vzniku spektra KVO je komplikovaný multifaktoriálně podmíněný proces aterogeneze v koronárních, mozkových a periferních cévách (Šulcová et al., 2012, s. 492). K manifestaci aterosklerózy vede interakce genetických faktorů a zevního prostředí (Češka et al., 2015, s. 65). Ateroskleróza je v současnosti nejrozšířenějším onemocněním tepen a na její komplikace v podobě kardiovaskulárního onemocnění umírají v Evropě ročně téměř 4 miliony lidí (Sninčák,

2017, s. 214–218). Íránští autoři uvádí, že 54 % úmrtí na KVO je připisováno vysokému krevnímu tlaku (Sadeghi et al., 2013, s. 232–240).

2.1 Péče o pacienta s chronickým kardiovaskulárním onemocněním

Arteriální hypertenze (AH) je nejrozšířenější chronickou kardiovaskulární chorobou v populaci. Za AH označujeme opakované zvýšení krevního tlaku >140/90 mm Hg naměřené minimálně při dvou různých návštěvách ordinace (Karen a Filipovský, 2014, s. 3). Ačkoliv je většina pacientů s hypertenzí asymptomatických, dochází při déletrvajícím hypertenzi k orgánovým postižením, nejčastěji jsou to srdce, cévy, mozek a ledviny, což vede ke vzniku manifestních komplikací zejména ICHS nebo CMP (Táborský, Kautzner a Linhart, 2017, s. 572–578). Přičemž riziko vzniku KVO nenastává až při dosažení tzv. rizikové hodnoty TK diagnostikovaného jako hypertenze, ale zvyšuje se průběžně s rostoucími hodnotami po celé škále (Antošová et al., 2014, s. 123).

Co se týká organizace péče o hypertoniky, většina nemocných s nekomplikovanou hypertenzí je léčena praktickými lékaři nebo internisty, důležitá je časná detekce hypertenze. Lze ji dosáhnout měřením TK, a to minimálně 1krát ročně. Doba do zahájení terapie je závislá na výši krevního tlaku a na rizikovosti nemocného. Většinou je vhodné nejdříve nemocného sledovat, doporučit mu režimová opatření a poté teprve zavést léčbu farmakologickou (Táborský, Kautzner a Linhart, 2017, s. 31, 592).

Doporučení ke změně životního stylu hypertonika:

- upřednostňování racionální výživy s nízkým obsahem živočišných tuků, sacharidů s restrikcí příjmu soli (5–6 g NaCl na den),
- redukce nadváhy a udržování optimální tělesné hmotnosti,
- zapojení se do pravidelné přiměřené fyzické aktivity, dynamická zátěž (30-45 minut, 5–7 dnů v týdnu),
- střídmost v konzumaci alkoholu (maximálně 2 dl vína; 0,5 l piva na den),
- vyhýbání se kouření tabáku (Bulava, 2017, s. 91).

Pokud je však TK \geq 180/110 mmHg, zahajuje se antihypertenzní terapie neprodleně, a to dvojkombinací léků (Cífková, 2017, s. 10–15). V takovém případě je nutné důsledně monitorovat TK a dispenzarizovat pacienta. Specializovaná péče je

zajišťována kardiology, v ČR funguje sedm center pro hypertenzi s cílem komplexní diagnostiky a terapie s vyloučením tzv. sekundárních forem arteriální hypertenze (Táborský, Kautzner a Linhart, 2017, s. 31).

Léčba se řídí výší TK, je celoživotní a „šitá na míru“. Primárním cílem je normalizovat TK pod 140/90 mm Hg, a tak snížit rizika kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních komplikací (Cífková, 2017, s. 10–15; Kociánová a Václavík, 2015, s. 204–205; Widimský a Widimský, 2014, s. 69). Pacienti s metabolickým syndromem, DM, chronickou renální dysfunkcí nebo po infarktu myokardu a iktech profitují z dosažení ještě nižších cílových hodnot TK v optimálním rozmezí 130–135/80–85 mm Hg (Cífková, 2017, s. 10–15; Sovová a Sedlářová, 2014, s. 119). Je prokázáno, že účinná antihypertenzní léčba zlepšuje prognózu a snižuje výskyt cévních mozkových příhod až o 35–40 %, srdečních infarktů o 20–25 % a kardiovaskulárních úmrtí o 30–40 % (Čapková et al., 2016, s. 15). Zpráva o zdraví obyvatel ČR vypovídá o tom, že pouze u 15 % nemocných byla AH správně podchycena a léčena (Antošová et al., 2014, s. 7). Zásadním problémem v denní klinické praxi je dosažení cílových hodnot TK. Monoterapie bývá úspěšná jen maximálně u 30 % nemocných. Klinické studie ukázaly, že prospěch dodržování režimových opatření může být srovnatelný právě s monoterapií antihypertenziv, ale bohužel dlouhodobá adherence pacientů k principům nefarmakologické léčby je nízká (Táborský, Kautzner a Linhart, 2017, s. 592). Výsledky dostupných studií ukázaly, že až 40 % nově diagnostikovaných hypertoniků ukončilo svoji léčbu během prvního roku (Štrauch, 2016, s. 38–42).

Naříklad ve Švédsku jen čtvrtina lidí, která podstoupila léčbu AH, dosahovala dobře kontrolované hodnoty krevního tlaku (Bengtsson et al., 2014, s. 296–306). Na mezinárodní úrovni je bohužel míra dodržování užívání antihypertenziv nízká, a to pouze 30–50 % (Ashoorkhani et al., 2016, s. 511). Naopak fixní kombinace antihypertenziv přináší do léčby celou řadu výhod, zásadním příznivým účinkem je zjednodušení léčebného režimu, větší komfort pro pacienty a zcela jistě i výrazné zlepšení jejich compliance k farmakoterapii (Zlatohlávek, Tůmová a Šnejdrlová, 2017, s. 164–167). Pravidelné klinické kontroly stabilizovaných hypertoniků u praktického lékaře se provádí obvykle jednou za 3–6 měsíců, u komplikovaných častěji, většinou za 4–6 týdnů (Widimský et al., 2018, s. 3).

Analýza randomizované studie provedená v jedné z amerických nemocnic potvrdila, že ke spolehlivému posouzení TK je nutné použít více měření. Za optimální

se považuje 5–6 měření, přičemž ne všechna musí být realizována v ordinaci (Táborský, Kautzner a Linhart, 2017, s. 572–578). Při klinickém měření TK může pouhá přítomnost zdravotnického pracovníka vyvolávat zvýšení hodnot TK, tzv. efekt bílého pláště. Ve španělské studii se ukázalo, že syndrom bílého pláště mají častěji starší pacienti, dále ženy, nediabetičky a pacienti s méně výrazným postižením cílových orgánů. Na základě doporučení Americké společnosti pro hypertenzi a Evropské společnosti pro hypertenzi byly vydány směrnice, kde je zdůrazněn význam klasického měření krevního tlaku mimo ordinaci, tzv. „out-of.office blood pressure“ jako doplněk a současně způsob vedoucí v každodenní praxi ke snížení nákladů na léčbu AH (Doupalová, Chrastina a Václavík, 2015, s. 115). Zahrnuje ambulantní 24hodinové monitorování tlaku za pomoci Holterova přístroje anebo self-monitoring TK v domácích podmínkách, přičemž nejdůležitějším parametrem monitorování TK je 24hodinový průměr. Také v lékárnách je možná monitorace TK. Objevuje se i nová metoda měření TK ve zdravotnickém zařízení prováděná v oddělené místnosti bez přítomnosti jiných osob. Do budoucna by mohla být u nás zvláště prospěšná telemedicínská domácí monitorace (Cífková, 2017, s. 10–15; Češka et al., 2015, s. 146; Táborský, Kautzner a Linhart, 2017, s. 575–577).

Domácí monitorace krevního tlaku je metoda, při níž si pacienti dle doporučení měří TK, tato forma je považována za relativně levnou metodu, s dobře reprodukovatelnými informacemi, má také lepší výpovědní hodnotu kardiovaskulárního rizika a výskytu mozkové mrtvice. Domácí monitorace TK je doporučována jako součást standardní péče o hypertoniky, vhodná je k nastavení antihypertenzní léčby dle cirkadiálního kolísání TK. Absence nočního poklesu je asociována s horší kardiovaskulární prognózou, avšak nejhorší prognózu a nejvyšší výskyt CMP mají pacienti, u kterých dochází k nočnímu vzestupu tlaku. Normálně by TK měl v noci poklesnout alespoň o 10 %. Domácí měření tlaku má současně vyšší senzitivitu, a může proto být při nedostupnosti 24hodinového monitorování TK vhodnější metodou k vyloučení hypertenze než při měření tlaku v ordinaci. Self-monitoring TK zapojuje nemocné do léčby a zlepšuje jejich adherenci k léčbě. Současné populační a randomizované studie naznačují potřebu podpory domácí monitorace v podobě prognostického ukazatele, pacienti tuto metodu preferují před ambulantní. Je nutné neopomíjet edukaci nejen o samotném onemocnění, přirozené variabilitě TK, ale též o správné technice. Zdravotníkem by měla být řádně písemně i slovně vysvětlena a předvedena s následným nácvikem. Metoda domácí monitorace

TK bývá indikována při vyšší variabilitě TK, ta zejména bývá častější u starších pacientů, zvláště vhodná je také u hypertoniků s přidruženým diabetem mellitem či chronickým selháním ledvin. Doporučuje se též u osob s vysokým kardiovaskulárním rizikem. Při zahájení léčby se doporučuje měření 2krát denně, ráno před užitím léků a večer, nejlépe po dobu jednoho týdne. Při potížích by se měl pacient změřit kdykoli během dne. Při dlouhodobé kontrole léčby postačuje jeden týden měření během tří měsíců. V neposlední řadě je důležité poučení o zápisu přesných hodnot. Je zapotřebí nemocné upozornit i na to, že při nepravidelnosti pulsu nemusí být měření automatickými tlakoměry přesné. Podle guidelines by měl pacient používat ve vlastním sociálním prostředí validovaný a kalibrovaný přístroj, semiautomatický nebo plně automatický tonometr (Cífková, 2017, s. 10–15; Doupalová, Chrastina a Václavík, 2015, s. 109–116; Nussbaumerová, 2015, s. 59–60; Widimský a Widimský, 2014, s. 73).

Mezi sekundární prevenci chronických forem ICHS patří důsledná kompenzace TK pod 140/90 mmHg, dále pohybová aktivita, udržování hladin LDL-cholesterolu pod 1,8 mmol/l a těsná kompenzace diabetu (Vrablík, 2015, s. 233–238). Špatně korigovaná, či neléčená AH je častou manifestací konečného stádia KVO (Bidwell et al., 2015, s. 392–402).

V rozvinutých zemích je ve více než v 70 % nejčastější příčina srdečního selhání (SS) v důsledku ICHS (Widimský, Lefflerová a Sedláček, 2013, s. 14). Na druhé straně také časná katetrizační léčba akutních stavů přispívá k tomu, že více nemocných dospívá do stádia chronického srdečního selhání (Bulava, 2017, s. 95). V posledním desetiletí prevalence a incidence chronického SS narůstá jako jediné KVO ze všech. SS se navíc často objevuje u starších nemocných s dalšími komorbiditami (diabetes mellitus, chronické onemocnění ledvin, chronické plicní onemocnění, anémie, deprese, obstrukční spánkové apnoe). Průměrný věk nemocných s chronickým srdečním selháním se pohybuje mezi 74–76 lety (Hradec a Býma, 2011, s. 3–5; Málek a Málek, 2013, s. 30).

Chronické SS má typický průběh, který se individuálně liší rychlostí progresu a snižováním funkční kapacity než charakterem potíží, kterými jsou zejména dušnost, únava a svalová slabost. Objektivní známky SS, které jsou důsledkem abnormalit srdeční struktury nebo funkce, jsou například zvýšená náplň krčních žil, otoky okolo kotníků, chrůpky na plicích (Bulava, 2017, s. 113; Gřiva, 2018, s. 39; Málek a Málek,

2013, s. 5). Chronické SS se posuzuje pomocí funkční klasifikace NYHA (New York Heart Association), (Gřiva, 2018, s. 39; Málek a Málek, 2013, s. 5, 34–35).

Management péče o nemocné s chronickým SS zahrnuje prevenci, včetně včasné diagnostiky, léčby a sledování správně vedené léčby. Základem je zmenšení nebo úplné odstranění symptomů, zvýšení tolerance zátěže, snížení mortality a zlepšení kvality života (Málek a Málek, 2013, s. 34–50; Špinar, 2016, s. 597–636). Ambulantní péče o nemocné s chronickým SS je poskytována ve specializovaných ambulancích pro srdeční selhání, která jsou součástí kardiocenter (Táborský, Kautzner a Linhart, 2017, s. 31–32). Nutná je spolupráce s kardiology, lékaři primární péče, nutričními poradci, fyzioterapeuty, psychoterapeuty (Špinar, 2016, s. 597–636). U nemocných s chronickým SS je doporučována frekvence kontrol nejprve každý týden, postupně s odstupem jednoho až 3–6 měsíců (Málek a Málek, 2013, s. 34–50, 88–90). Jak Gřiva (2018, s. 41–42) uvádí, měli by v ideálním případě být pacienti sami schopni rozpoznat časné známky počínající dekompenzace a vyhodnotit svůj stav a vědět, kdy vyhledat odbornou zdravotnickou pomoc.

Guidelines Evropské kardiologické společnosti pro léčbu srdečního selhání doporučují poradenství a opakované vzdělávání pacientů. Nemocní musí své chorobě rozumět, aby jejich adherence ke všem léčebným postupům byla co nejvyšší. Řízení vlastní péče zahrnuje dodržování dietních a režimových (zdravě jíst, zabránit malnutrici, u obézních omezit kalorické hodnoty potravin). Z dalších obecných nefarmakologických opatření je nutné redukovat přísun tekutin do 1,5–2 l/den a snížit příjem kuchyňské soli minimálně na 2–4 g/den. Velmi užitečný je každodenní ranní self-monitoring hmotnosti, pokud se zvýší o více než 3 kg během tří dnů, měl by nemocný kontaktovat svého lékaře. Je prokázán pozitivní vliv aktivní pohybové intervence na závažnost a prognózu SS. Vhodné je pravidelné aerobní cvičení 20 minut denně na úrovni 60–70 % maximální srdeční frekvence s ohledem na základní chorobu a stav pacienta. Měření TK by mělo být minimálně stejně frekvenční jako u pacientů s AH k důsledné up-titraci antihypertenziv, které u skupiny pacientů se SS prokazatelně snižuje mortalitu. Je vhodné pravidelné očkování proti chřipce. Abstinence nebo vyvarování se nadměrné konzumaci alkoholu s nekouřením je víc než žádoucí (Špinar, 2016, s. 597–636; Widimský, Lefflerová a Sedláček, 2013, s. 46–48).

Prevence a často i primární diagnostika je v rukou praktických lékařů. U chronického SS je standardně doporučována konzervativní kurativa, farmakoterapie

v posledních desetiletích významně zlepšila výsledky přežívání nemocných se SS (Gřiva, 2018, s. 84–91; Lainscak et al., 2010, s. 115–126). Kauzální léčení, kdy je indikována primárně preventivní implantace kardiostimulátoru (KS) nebo kardioverteru-defibrilátoru (ICD), respektive srdeční resynchronizační terapie nebo kardiochirurgická léčba, kam se řadí revaskularizace, může být realizována jen u některé vybrané části nemocných. Běžně plánovaná kontrola po implantaci je za 4–6 týdnů. Podle konsenzu odborníků Heart Rhythm/European Heart Rhythm Association je poté pro pacienty s kardiovaskulárními implantabilními elektronickými přístroji doporučována osobní kontrola minimálně jednou ročně (Ošmera a Bulava, 2011, s. 167–173). Další kontroly jsou v závislosti na typu implantovaného systému, stavu baterie a klinickém stavu pacienta. Pacienty je nutno, ale monitorovat ať už klasicky, nebo i na dálku pomocí telefonických kontaktů či telemedicínsky (Lainscak et al., 2010, s. 115–126). Telemonitoring či telemedicínská služba je v klinické praxi nejpokročilejší systém určený pro sledování a individualizaci zdravotního stavu na dálku. V ČR zatím jediným automatickým systémem používaným u nemocných se SS s resynchronizační léčbou je systém Home Monitoring Biotronik (Ošmera, Bulava, 2011, s. 167–173). U některých přístrojů existuje možnost zapnutí akustického signálu, který upozorní pacienta na problémy s ICD nebo KS. Nemocný je vybaven zařízením, které v pravidelných intervalech (většinou 1krát denně) vysílá důležité informace o implantovaném systému do sledovacího centra. Následně je pak pacient kontaktován a údaje se ověří telefonicky, nebo je pozván k řádné kontrole. Každý pacient je vybaven průkazkou nositele KS/ICD, kterou by měl nosit neustále u sebe a měl by se jí prezentovat každému lékaři při lékařském vyšetření. Samozřejmostí je také pečlivé poučení pacienta, kterému je zároveň vydána informační brožura s praktickými pokyny. Některé přístroje a zařízení (např. elektrický měřič tělního tuku, elektrickou matraci) nemůže nemocný v domácích podmínkách používat, protože KS a ICD jsou náchylné k elektromagnetické interferenci z okolního elektromagnetického záření a magnetické energie, což by mohlo ovlivnit funkci implantovaného přístroje. Dodržovat by měl také vzdálenost nejméně 10 metrů od televizních nebo rozhlasových vysílačů, vodičů vysokého napětí. Také se nedoporučuje přítomnost nemocného v blízkosti elektráren. Dále také nesmí podstoupit některá lékařská vyšetření či zákroky (např. ultrazvuk, magnetickou rezonanci, litotrypsi, diatermii). Po implantaci KS a ICD jsou většinou pacienti schopni vrátit se k pracovním činnostem, běžná rekreační a sportovní aktivita není rovněž ovlivněna, ale zejména pacienti s ICD by neměli

některé činnosti vykonávat o samotě z důvodu krátkodobé poruchy paměti (např. lezení na žebřík, plavání, řízení motorového vozidla). Nositelé KS/ICD jsou v cestování limitováni, zejména pokud cestují do jiného časového pásma. Proto je vhodné před vycestováním navštívit implantační centrum. U pacientů s implantovaným KS/ICD není lázeňská léčba indikována. V případě terminálního symptomatického SS, při absenci kontraindikací, jsou jedinci mladší 65 let zařazeni na čekací listinu k ortotopické transplantaci srdce, která v dnešní době již představuje rutinní metodu léčení a ve srovnání s klasickou kurativou významně prodlužuje přežití a výrazně zlepšuje kvalitu života. Následná potransplantační péče zahrnuje úzkou spolupráci specializovaného centra, v ČR se jedná o dvě kardiocentra s programem orgánových transplantací a mechanických podpor. Frekvence kontrol je nejvyšší v prvním roce po transplantaci a dále probíhají 2–4krát ročně. V mezidobí je pacient v péči spádového kardiologa. Údělem je celoživotní užívání léků, vždy imunosupresiv, často antihypertenziv a dalších léků. Pacient musí být též řádně edukován a musí přijmout některá omezení vyplývající z iatrogeně oslabené imunity a nežádoucích účinků imunosupresiv. Důležité je upravit stravovací návyky nemocného ve smyslu udržení optimální hmotnosti a prevence aterosklerotického postižení tepen. Některé potraviny (např. grapefruitová šťáva) nejsou doporučovány vzhledem k interakcím s kalcineurinovými inhibitory nebo z obavy před infekčními komplikacemi (např. syrové maso a ryby, plísňové sýry, ořechy). Ovoce obsahující větší množství draslíku (např. sušené meruňky, švestky) je též nevhodné. Zásadní je prevence infekcí, počínaje základními hygienickými návyky, včetně zvýšené péče o chrup. Důležitá je časná posthospitalizační rehabilitace, která by měla ideálně navazovat na hospitalizaci přímo po výkonu. Alternativou může být ambulantní nebo lůžková forma kardiiovaskulární rehabilitace v zařízeních následné péče. V ČR se na komplexní lůžkovou kardiorehabilitaci specializují dvě zařízení, a to lázně Teplice nad Bečvou a Poděbrady. Návštěva veřejných bazénů a fitness center není, ale doporučována (Doupal, Táborský a Fedorco, 2011, s. 90–92; Informace pro pacienty s mechanickou srdeční podporou HEARTWARE (HW) a jejich rodinné příslušníky, b. r.; Táborský, Kautzner a Linhart, 2017, s. 1296–1297).

Protože problémem je nedostatek vhodného dárcovského orgánu pro daného příjemce, dochází k prodlužování čekací doby, dočasným alternativním řešením je implantace mechanické srdeční podpory. Jediným omezením k její trvalé implantaci jsou finanční náklady, které zatím neumožňují použití u všech potenciálních pacientů

(Horváth et al., 2016, s. 253–257). Nemocný po implantaci mechanické podpory oběhu by měl být edukován o tom, že v domácím prostředí při běžných činnostech musí dodržovat trvale prevenci infekce a zvládat základní techniky ošetřování výstupu kabelu z kůže. Nesmí se koupat, může se jen sprchovat, při opuštění domácnosti musí pamatovat na trvalou potřebu zdroje energie pro mechanickou srdeční podporu. Nedílnou součástí je zaškolení i rodinných příslušníků s obsluhou systému a důležitá je odpovídající spolupráce nemocného se zdravotníky (Informace pro pacienty s mechanickou srdeční podporou HEARTWARE (HW) a jejich rodinné příslušníky, b. r.).

Všechny uvedené terapeutické metody dovedou prodlužovat délku života, ale málokdy dokážou pacienta plně uzdravit a jen menší část nemocných je vhodným kandidátem na transplantaci srdce. Zvyšuje se tak počet nemocných, kteří dospívají k terminálnímu stavu. V našich podmínkách není paliativní péče vzhledem ke své komplexnosti a náročnosti ještě optimálně u těchto pacientů zavedená. Nepříznivá prognóza srdečního selhání koreluje s věkem, kdy s každou dekádou se riziko zvyšuje o desítky procent. Také ve většině klinických studií se zjistilo, že lepší prognózu mají v populaci nemocných ženy a pacienti s neischemickým SS. Prognóza srdečního selhání je bohužel horší než u malignit a polovina pacientů umírá do čtyř let od stanovení diagnózy (Gřiva, 2018, s. 37–40; Lazárová, Málek a Táborský, 2012, s. 246–249; Málek a Málek, 2013, s. 45–55).

3 SELF-MANAGEMENT U CHRONICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Současným trendem zdravotní péče je odklon od zaměření se na nemoc k přístupu zaměřenému na pacienta a na rozdělení kompetencí a vymezení větší zodpovědnosti jedince za jeho zdravotní stav (Gurková, 2017, s. 13; Rice, 2016). Self-management je relativně novým paradigmatem v řízení chronických nemocí (Daniali et al., 2017, s. 20).

V literatuře se můžeme setkat s mnoha definicemi managementu, povětšinou lze management chápat jako nástroj pro řízení a vedení lidí za účelem dosahování předem vytyčených cílů, ale i jako řídicí proces sestávající se ze tří na sebe navazujících činností, jako je rozhodování, ovlivňování a kontrolování (Blažek, 2011, s. 13; Vágner a Weber, 2007, s. 144).

Charakteristické znaky self-managementu u chronických pacientů:

- Znalost stavu a/nebo jeho řešení.
- Přizpůsobení se plánu self-managementu schváleného a vyjednaného ve spolupráci se zdravotníky, opatrovateli či dalšími zúčastněnými.
- Aktivní participace v rozhodování se zdravotníky.
- Self-monitoring a zvládnutí symptomů konkrétního stavu.
- Řízení dopadu onemocnění na fyzické, emocionální, pracovní a sociální fungování.
- Přijmutí životního stylu, který zohledňuje rizikové faktory a podporuje zdraví zaměřením se na prevenci a časnou intervenci.
- Získání přístupu a důvěry ke zdravotní a podpůrné péči (Lawn, McMillan a Pulvirenti, 2010, s. 5–8).

Self-management v klinické praxi znamená ovlivňování chování lidí technikami typu sebemonitorování, sebeposilňování, seberegulace a sebevýchova (Šulcová et al., 2012, s. 16). Halmo (2014, s. 15–21) poznamenává, že sebeřízení můžeme chápat také jako odpovědné chování, ve kterém si člověk s využitím svých schopností stanovuje cíle tak, aby mohl adekvátně ovlivňovat a kontrolovat variabilní symptomy svého onemocnění. Pacient, zvláště pak chronicky nemocný, se stává sám sobě hlavním ošetřovatelem a expertem na vlastní život s nemocí. Self-management u nemocných ale neznamená, že si jedinec musí řídit svůj vlastní léčebný plán a zvládat své onemocnění sám. Právě naopak představuje účinné partnerství mezi

ním a zdravotníkem a je základem úspěchu léčby (Harvey et al., 2008, s. 330–338; Málek a Málek, 2013, s. 54). Zdravotník a nemocný provádějí rozhodnutí o zdravotní péči společně (Halmo, 2014, s. 20). Proces self-managementu onemocnění lze členit na tři komponenty. První díl je medicínský a souvisí s dodržováním léčby a terapeutického režimu, druhý je rolový a zahrnuje schopnost udržovat, měnit nebo vytvářet nové vzorce chování a třetí poslední se zaměřuje na zvládnání emocionálního dopadu nemoci (Gurková, 2017, s. 13–14). Meng et al. (2013, s. 1–7) pokládají self-management za efektivní nezbytnou součást úspěšné léčby chronicky nemocných, za schopnost jedince reagovat na symptomy, léčbu, fyzické a psychosociální důsledky a změny životního stylu. Halmo (2014, s. 13–15) pojem sebepěče spojuje s podporou zdraví a pocitem pohody, která souvisí s jednáním člověka pečovat o sebe sama.

Prevalence chronických onemocnění se v posledních letech zvyšuje. Narůstajícím problémem současného veřejného zdravotnictví jsou zejména choroby kardiovaskulární a nádorové. Jejich léčba je spojována s mnoha komplikacemi (Gurková et al., 2017, s. 14, 119; Holčík, Kaňová a Prudil, 2015, s. 24; Šulcová et al., 2012, s. 18–19). Průběh chronické nemoci rozděluje Raudenská a Javůrková (2011, s. 62) na exacerbaci, remisi a progresivní degeneraci. Léčbu dělí na tři cíle, a to na „coping“ (zvládnání nemoci), „management“ (snaha o zvládnání) a „palliation“ (mírnění bolesti).

Chronické neinfekční nemoci vyžadují dlouhodobou péči a mají dopad nejen na globální ekonomiku, ale zasahují také do života jednotlivců a zahrnují prodloužený proces tělesného, společenského a emocionálního omezení. Na mezinárodní konferenci „International Health Summit“, která se konala v roce 2016 v Praze, zaznělo, že až 70 % finančních zdrojů je vynakládáno na zdravotní a sociální péči o chronicky nemocné (Holčík, Kaňová a Prudil, 2015, s. 42; Rice, 2016; Šulcová et al., 2012, s. 480–481). Právě zvládnání chronických nemocí se stává stále více složitějším problémem, které představuje výzvu ke změně v přístupu k těmto nemocem (Sequist et al., 2009, s. 939–945). Holčík, Kaňová a Prudil (2015, s. 10–11, 42) poukazují na to, že transformace rezortně pojatého zdravotnictví nepřináší potřebné výsledky a je nezbytné začít vytvářet takový systém péče, který bude motivovat, respektovat i oceňovat podíl občanů, rodin a všech organizací i institucí na péči o zdraví. Chrastina et al. (2011, s. 112–115) uvádí, že zmiňovaná problematika úzce souvisí s lékařskými i nelékařskými obory. Jednou z možných cest, jak řešit tuto situaci v oblasti ošetřovatelství, je detekovat jaké efektivní provázení a jaký kvalitní

management nemocného s chronickým onemocněním je nejvhodnější. Tóthová (2014, s. 15, 187) se domnívá, že zvýšení účinné podpory self-managementu je klíčem nových postupů moderního ošetřovatelství, kde pacient má právo spolurozhodovat a aktivně participovat na vlastní péči.

3.1 Hodnotící nástroje self-managementu

Partners in Health Scale (PIH scale) – škála, která má potenciál validovaného nástroje pro screening obecného rizika self-managementu u celé řady chronických stavů, byla vytvořena Flinderskou univerzitou v jižní Austrálii v rámci Flinderského programu, který zahrnuje výukový model pro sebeřízení chronických nemocí (Battersby et al. 2015, s. 1367–1375). Dvanáctipoložková verze PIH škály je rozdělena do čtyř subškál, a to na znalosti, porozumění a management symptomů nemoci, adherenci k léčbě a zvládnutí léčby (Petkov, Harvey a Battersby, 2010, s. 1079–1085). Pacienti hodnotí každou položku na devítibodové Likertově škál, kdy vyšší skóre označuje lepší sebeřízení (Cordóva et al., 2014, s. 32–37; Heijmans et al., 2016, s. 41–48). V roce 2015 byla tato verze škály jazykově validizovaná v České republice (Mikšová et al., 2016, s. 145–146).

Cue and Response interview (C&R) – výzkumný nástroj, který lze použít ke zhodnocení self-managementu chronických nemocí v intervenčním Flinderském vzdělávacím programu. Technikou sběru dat je standardizovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Zahrnuje stejně koncipované položky jako předcházející PIH škála a výsledné skóre se hodnotí jako PIH škála. Měřicí nástroj umožňuje zdravotnickým profesionálům detailně identifikovat problémy pacienta a může se používat buď samostatně nebo společně s Partners in Health Scale (Convery et al., 2018, s. 312–320; Conway et al., 2017, s. 319–331).

Patient Activation Measure-13 (PAM-13) – klinický hodnotící nástroj pro posouzení znalostí, dovedností a aktivace pacientů při sebeřízení chronických onemocnění. Tato verze je tvořena 13 ti položkami, hodnotí se stupnicí 1 až 4, rozsah dosaženého skóre může být 0–100, čím vyšší skóre, tím lepší self-management. Výsledky PAM lze rozdělit do čtyř úrovní: pacient jako pasivní příjemce zdravotní péče, zájem, ale nedostatek znalostí a důvěry k jednání, přijetí změn chování a adaptace na nová opatření (Kim, Wineinger a Steinhubl, 2016, s. e116; Moljord et al., 2015, s. 1410–1417).

Stanford self-management questionnaire in chronic disease patients je obecný dotazník, který mapuje dvě domény týkající se self-managementu pacientů s chronickým onemocněním, a to schopnost zvládat zdravotní problémy a úroveň fyzické aktivity. Skládá ze šesti položek s desetibodovou Likertovou škálou, kde vyšší skóre naznačuje větší schopnost sebeúčinnosti a lepší pohybovou aktivitu (Daniali et al., 2017, s. 20–28).

European Heart Failure Self-care Behaviour scale (EHFScB-9) – vhodný a spolehlivý měřicí nástroj k objektivnímu kvantitativnímu sebehodnocení samoobslužné péče u pacientů se srdečním selháním. Dotazník se skládá z devíti položek s pětibodovou Likertovou škálou, kdy vyšší skóre je ukazatelem lepší péče. Výsledné skóre může být 0–100, hodnota < 70 značí nedostatečnou péči. Jednotlivé položky mohou určit, ve kterých oblastech pacienti potřebují zkvalitnit vzdělání (Jaarsma et al., 2009, s. 99–105; Wagenaar et al., 2017, s. 1841–1849).

Self-care of Failure Heart Index (SCHFI) – standardizovaný nástroj, který je konstruován pro měření sebepéče u pacientů s chronickým srdečním selháním a hodnotí různé aspekty behaviorálního chování ve vztahu k vlastní péči. Dotazník je tvořen 22 položkami s třemi sledovanými oblastmi. První posuzuje sebepéči, druhá oblast management sebepéče a poslední část se specifikuje na zhodnocení sebevědomí pomocí číselné Likertovy škály, skóre ≤ 70 bodů definuje vhodnou sebepéči (Da Conceição et al., 2015, s. 578–586).

Self-Care Index for Adults with congenital heart defects (SCI-ACHD) – v klinické praxi je možné nástroj využít pro měření samoobslužné péče u dospělých pacientů s vrozenými srdečními vadami, obsahuje 32 položek a jedná se o upravenou verzi hodnotícího nástroje SCHFI. Čím vyšší počet dosažených skóru, tím vyšší úroveň sebepéče, celkové dosažené skóre může být až 100, hraniční bod adekvátní péče je ≥ 70 (McCabe et al., 2015, s. 610–615).

Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) – sebehodnotící škála efektu úrovně aktivit vlastní péče hypertoniků slouží k řízení optimálního krevního tlaku. Je to užitečný 31 položkový nástroj s pětibodovou Likertovou stupnicí, vhodný k poskytování cenných informací ze šesti oblastí životního stylu, jako je fyzická aktivita, výživa, alkohol, kouření, kontrola hmotnosti a adherence k lékům (Warren-Findlow et al., 2011, s. 503–512).

Hypertension evaluation of lifestyle and management (HELM) – validní 14 položková škála se čtyřbodovou Likertovou stupnicí, vyvinutá pro zhodnocení

rozsahu účinnosti intervencí u hypertoniků. Měří obecné znalosti spojené s managementem životního stylu, užíváním léků a dodržováním stanovených léčebných cílů (Schapira et al., 2012, s. 461–466).

3.2 Hodnocení self-managementu u chronických kardiovaskulárních onemocnění

Jarošová (2006) uvádí, že management v ošetrovatelství se od profesionálního liší filosofií služeb. Hodnocení self-managementu u pacientů s chronickým onemocněním napomáhá identifikovat mezery v potřebách sebepečce. Efektivní rozvoj zdravotnických služeb včetně ošetrovatelské péče závisí na aktivní participaci všech zúčastněných (Tóthová, 2014, s. 187). Existuje však nedostatek znalostí o faktorech určujících chování péče o sebe sama. Tato mezera představuje velkou bariéru pro schopnost zdravotníků zasahovat v případech nízké úrovně sebepečce a stěžuje zdravotnickým profesionálům vhodně konceptualizovat péči zaměřenou self-management (Bidwell et al., 2015, s. 392–402).

Cordóva et al. (2014, s. 32–37) provedli průřezovou studii u mexické populace dospělých pacientů s diabetem, vysokým krevním tlakem a rakovinou. Sekundárním cílem bylo objektivně zhodnotit dovednosti a schopnosti v rámci self-managementu. Byly zjištěny poměrně velké rozdíly v celkovém skóre výsledků, v dílčích aspektech adherence k léčbě a zvládnání symptomů. V oblasti znalostí nemoci a zdraví měli respondenti největší nedostatky. Skupina pacientů s diagnostikovaným zhoubným onemocněním dosahovala obecně vyššího skóre, které označuje efektivnější stav sebeřízení než skupina osob s diabetem. To poukazuje na fakt, že úroveň osobního managementu závisí na typu nemoci, kterou nemocný trpí. Byly rovněž identifikovány rozdíly mezi pohlavím, přičemž ženy obecně dosahovaly lepších výsledků sebeřízení než mužská populace. Nebyl prokázán žádný významný rozdíl v self-managementu mezi věkovými kategoriemi.

Sebeřízení srdečního selhání je náročné, povzbuzování pacientů a jejich pečovatелů k tomu, aby zaujali aktivnější roli při léčbě tohoto onemocnění, se jeví jako efektivní. Účinná péče je spojena s nižšími readmisemi a úmrtností. Z toho vyplývá, že podpora koncepce klíčového chování při péči o sebe je přínosem jak pro jedince, tak pro systémy zdravotní péče. Nicméně dodržování self-managementu je nízké, jmenovitě se jedná o adherenci užívání předepsaných léků, zapojení se do fyzické

aktivity a cvičení, monitorování symptomů a dietního opatření, a to s nízkým obsahem soli a omezeným příjmem tekutin. Existuje několik faktorů, které tento problém ovlivňují. Za prvé, navzdory současným školením, není poskytování vzdělávání pacientů dostatečné a za druhé, mnoho pacientů se SS může mít zhoršené kognitivní funkce anebo jsou depresivně ladění. Jenž může být příčinou snížené motivace k proaktivnímu zdravotnímu chování (Stut et al., 2015, s. 1195–1206).

Australská studie potvrdila, že u pacientů s chronickým SS nižší úroveň self-managementu souvisí s poruchou kognitivních funkcí. Nejpravděpodobnější etiologií kognitivního deficitu je nedostatečná cerebrální perfúze a akutní nebo chronické hypoxické poškození mozku. Následně to vede k funkčním poruchám paměti, pozornosti, koncentrace, schopnosti učení, snížené psychomotorické rychlosti a k suboptimální vlastní péči (Cameron et al., 2010, s. 508–515). Také úzkostné poruchy a deprese ovlivňují míru zdravotního chování a jsou výrazně vyšší u pacientů s KVO než u běžné populace osob, a proto nemocní mají větší pravděpodobnost rizikového chování (Huffman, Celano a Januzzi, 2010, s. 123–136). Stejný názor mají i autoři studie provedené v jihovýchodní Americe, že osoby s vyšším stupněm deprese a s úzkostí mohou být méně schopné rozpoznat a reagovat na příznaky své nemoci navzdory dostatečným znalostem o péči o sebe (McCabe et al., 2015, s. 610–615). Navíc depresivní pacienti s KVO mají nejen nižší schopnost sebepěče, ale i adherence k terapeutickým doporučením ve srovnání s pacienty bez deprese. To vede ve svém důsledku ke zhoršenému duševnímu a fyzickému stavu (Navidian et al., 2015, s. 1–13).

V Holandsku byly u chronicky nemocných zkoumány souvislosti mezi zdravotní gramotností a self-managementem. Pacienti s vyšší úrovní kritické zdravotní gramotnosti měli tendenci vykazovat lepší předpoklady pro sebeřízení. Nižší stupeň zdravotní gramotnosti byl nalezen u starších a polymorbidních pacientů a dále u osob s nižším vzděláním, menším příjmem a také u pacientů s funkčním omezením. Byl prokázán silný vztah mezi zdravotní gramotností a omezenou schopností sebeřízení. Poznání dané problematiky může umožnit zdravotnickým institucím modifikovat poskytovanou péči, a to zvýšením podpory a informací v závislosti na stupni zdravotní gramotnosti (Heijmans et al., 2015, s. 41–48).

Účelem americké studie pod vedením autorky McCabe bylo zmapovat úroveň vlastní péče u dospělých s vrozenými srdečními vadami v kvantitativně orientovaném výzkumu. U těchto jedinců se mohou vyskytovat pozdní komplikace v podobě arytmií,

srdečního selhání a jiných komorbidit. Z tohoto důvodu jsou pacienti pravidelně celoživotně kardiologicky sledováni a je u nich nezbytná aktivní účast na vlastním řízení chronické nemoci. Zajímavé bylo zjištění, že 44,7 % participantů výzkumného šetření mělo úroveň vlastní péče adekvátní, 25 % respondentů bylo ovlivněno v rámci řízení péče zdravotním přesvědčením, komorbiditami, vzděláním, pohlavím a vnímanou podporou rodin a 23 % odchylek od optimální péče pak souviselo s věkem, depresivními syndromy, sebehodnocením a rozdílností v klasifikaci NYHA. Autoři se domnívají, že osoby, které měly větší funkční postižení, se lépe vypořádávaly se svým zdravotním stavem, protože měly více zkušeností, a tudíž měly i vyšší úroveň self-managementu (McCabe et al., 2015, s. 610–615).

Ve studii v USA zjišťovali, zda zdravotní gramotnost pacientů se srdečním selháním ovlivňuje self-management a zda jejich vnímání odpovědnosti zvládat péči o sebe (self-efficacy) má vliv na úspěšnost léčby. Autoři došli k závěru, že zdravotní gramotnost má vliv na znalosti pacientů, ale self-efficacy přímo nesouvisí s úrovní zdravotní gramotnosti, naopak přímo souvisí s adherencí k vlastní péči. Jedinec s chronickým progresivním onemocněním musí být motivován k tomu, aby byl ochoten změnit svoje chování na proaktivní (Chen et al., 2014, s. 378–386).

Schulman-Green et al. (2016, s. 1469–1489) identifikovali na základě provedené sekundární metasyntézy faktory dotýkající se vlastního řízení chronicky nemocných pacientů. Autoři je označili jako facilitátory a bariéry a rozdělili je do pěti kategorií na: životní styl, znalosti, zdravotní stav, zdravotní systém a psychosociální podporu.

V Taiwanu byla provedena studie, ve které výzkumníci po dobu čtyř měsíců sledovali prospěšnost intervencí zaměřených na self-management u 82 čínských pacientů se srdečním selháním a porovnávali, zda souvisí s kvalitou života. Vytvořili dvě skupiny respondentů. Do experimentální zařadili pacienty, jejichž podpora intervencí v rámci self-managementu byla tvořena třemi složkami. Poté respondenti absolvovali teoretické školení, účastnili se praktického výcviku a měli možnost opakovaných telefonických konzultací. Druhá kontrolní skupina obdržela pouze obvyklou péči s edukací pomocí letáčků a pravidelných telefonických hovorů. V kontrolní skupině byla potvrzena nízká úroveň v rámci self-managementu. Pacienti v intervenční skupině dosáhli lepší úrovně sebeřízení, které bylo spojeno i s lepší kvalitou života. Potvrdilo se, že cílené vzdělávání pacientů se srdečním selháním je

přínosem a může zvýšit vlastní manažerské schopnosti v péči o sebe (Tung et al., 2013, s. 9–16).

Je prokázáno, že self-management péče může být u pacientů se srdečním selháním narušen vícenásobnými následky komplexního syndromu srdečního selhání, jako jsou deprese, poruchy spánku, zhoršení kognitivních funkcí, komorbidity a snížená soběstačnost. S vlastní péčí také souvisí věk, pohlaví pacienta, délka trvání choroby a hospitalizace. Kvalita vztahů a sociální podpora jsou považovány za klíčové protektivní faktory (Bidwell et al., 2015, s. 392–402).

Pacienti s chronickým onemocněním spolupracují s lékaři méně a mají i nižší adherenci k léčbě než pacienti s akutním onemocněním. Mezi adherencí a náročností terapeutických opatření je nepřímá závislost, tedy pokud je požadována zásadnější změna životního stylu, je menší pravděpodobnost spolupráce (Gurková, 2017, s. 17–18). Generace starších osob v populaci ČR je zatížena dědictvím předcházejících desetiletí, a to jak důsledky zaostávání veřejného zdravotnictví, tak i nízkou úroveň péče o vlastní zdraví (Antošová et al., 2014, s. 24).

Peeters, Wiegers a Friele (2013, s. 5541–5564) v systematickém přehledu sledovali efektivitu self-managementu. Výsledky ukázaly, že způsob péče má pozitivní vliv na chronické onemocnění a sebeřízení nemoci, posiluje pacienta, ovlivňuje jeho postoje a chování a potenciálně zlepšuje zdravotní stav i zvládání nemoci. Kim, Wineinger a Steinhubl (2016, s. e116) v randomizované kontrolované studii zaměřené na určení prospěšnosti mobilních telefonů u hypertoniků v rámci self-monitoringu, zjistili, že self-management pacientů s využitím bezdrátového systému souvisí s lepší kontrolou TK a také s účinnějším dodržováním režimových opatření. Také Krishna, Boren a Balas (2009, s. 231–240) v systematickém přehledu vyhodnotili, že využívání multimediálních a textových zpráv v mobilních telefonech přináší benefit pro self-management pacientů s chronickými chorobami, jako je hypertenze, diabetes mellitus nebo astma, tím, že umožňuje lepší sebekontrolu i vzdělávání.

3.3 Adherence a compliance léčby u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním

Každá chronická nemoc souvisí s určitým typem chování jedince, s jeho postoji, myšlením, psychickými reakcemi. Kliničtí psychologové neustále řeší otázky

dodržování příkazů zdravotníkem. Křivohlavý (2002, s. 40–41) definuje „adherenci“ a „compliance“, jako dodržování či zachovávání léčebného nařízení.

V adherenci se odráží postoj pacienta k onemocnění. Gurková (2017, s. 19–22) uvádí, že adherence je synonymum compliance a představuje jeden ze základních předpokladů kontroly a úspěšnosti léčby u chronicky nemocných. Autorky Raudenská a Javůrková (2011, s. 62–114) popisují dodržování (adherenci) léčby a spolupráci (compliance) v individuální rovině pacienta jako chápání a dodržování rad lékaře. Nicméně oba dva pojmy se v poslední době staly opakovaně zmiňovanou podmínkou úspěchu léčby a těsně souvisí s dodržováním či nedodržováním farmakoterapie a režimových opatření, ale i s jejich délkou perzistence. Jsou významnou a nedílnou součástí self-managementu.

Naproti tomu nespolupráce (non-compliance) značí iracionální chování pacienta. Jednou z nejpravděpodobnějších příčin nespolupráce a nedodržování léčby je zapomnětlivost. Systematické přehledy randomizovaných klinických studií poskytly důkazy o přetrvávající nízké adherenci u nemocných, kteří trpěli více chronickými chorobami (Gurková, 2017, s. 17–18). Cífková et al., (2011, s. 227) poukazují na to, že jednou z možností špatné kontroly léčby hypertenze v populaci může být nízká compliance pacienta, kterému mnohdy nebyla náležitě podána a vysvětlena informace o nutnosti celoživotní léčby.

Bylo prokázáno, že dodržování všech složek předepsaného léčebného režimu je rozhodující pro efektivní řízení hypertenze. Osobnostní charakteristiky, jako je svědomitost a vnímání účinnosti léčby, předvídají adherentní chování (Žugelj et al., 2010, s. 1049–1060). Jak ukázala řada studií, nejhorší adherenci k léčbě mají hypertonici a osoby léčené hypolipidemiky, stejně tak i diabetici 2. typu. Výsledky celonárodního amerického průzkumu potvrdily demonstraci prediktorů špatné adherence, nejpodstatnějším byl věk, socioekonomický status, nižší vzdělání, mužské pohlaví a etnikum. Jedinci mladší třiceti let měli až 12krát větší pravděpodobnost přerušení léčby ve srovnání s nemocnými nad padesát let. Základním předpokladem úspěchu pro zlepšování adherence je, aby pacient porozuměl nemoci, principům léčby a byl motivován ze strany zdravotníků k adekvátní spolupráci (Vrablík, 2014, s. 97–100).

Vytvoření aktivního postoje k nařízenému terapeutickému doporučení je ze strany pacienta často obtížný úkol. V Polsku byla provedena studie kohorty 55 pacientů po transplantaci srdce a jejím cílem bylo zjistit, jaká je adherence k léčbě

a jaké jsou důvody non-adherence. Úroveň motivace a znalostí byla na vysoké úrovni a adherence korelovala pozitivně s motivací. Míra adherence byla ovlivněna vysokou cenou léků, strachem z vedlejších účinků a osobním přesvědčením pacienta (Wasilewski et al., 2014, s. 343–348).

V anglické studii bylo zjištěno, že až 40–75 % pacientů po akutním koronárním syndromu bylo málo adherentních k léčbě. Hlavní příčinou nespolupráce byla nejen nízká motivace pacienta zdravotníky, ale také polypragmatie, narůstající věk a nedostatečné informace o terapeutickém postupu (Cheng et al., 2015, s. 1–7).

V USA se autoři v kvalitativní studii zaměřili na kohortu 61 probandů, kteří podstoupili perkutánní koronární angioplastiku, zjišťovali u nich, jaké mají hodnoty, postoje a přesvědčení a jak ovlivňují jejich zdravotní chování. Výsledkem zjištění byl fakt, že 32 (52 %) z nich úspěšně změnilo dva nebo více faktorů zdravotního chování, a naopak u 29 (48 %) k motivaci pozitivních změn vůbec nedošlo. Z výpovědí respondentů současně vyplynulo, že hlavní podstatou změn vedoucích k proaktivnímu chování byl pocit zranitelnosti, strach ze smrti, recidiva onemocnění, vysoké sebehodnocení, strategie sociální podpory a spiritualita (Peterson et al., 2010, s. 105–115).

Na základě studií, které sledovaly compliance k léčbě, bylo prokázáno, že lidé s hypertenzí a dyslipidemií hůře dodržují předepsané klinické protokoly než jedinci s jinými chronickými nemocemi. Také pacienti mladšího věku a mužská populace vykazují horší compliance (Rosolová, 2013, s. 52–53). Naopak studie realizovaná v Itálii udává, že mladší muži s vyšším vzděláním dodržují self-monitoring TK častěji, než starší pacienti (Doupalová, Chrastina a Václavík, 2015, s. 113). Raudenská a Javůrková (2011, s. 111) zase uvádí, že léčebným režimem se naopak řídí více starší lidé.

Průřezová studie, která byla provedena v Severní Karolíně u menšinových obyvatel, hypertoniků, zjišťovala, jaká je míra vlastních aktivit týkajících se self-managementu nemoci. Ze závěrů vyplynulo, že dietní opatření a optimální tělesnou váhu dodržovali nejméně Afroameričané a větší adherenci k léčbě vykazovala převážně starší populace žen (Warren-Findlow a Seymour, 2011, s. 503–512).

Další podobné výsledky přinesla studie, také z USA, ve které autoři identifikovali faktory rizikového chování pacientů s hypertenzí. Z analýzy randomizovaných údajů bylo zjištěno, že až v 50 % byly hlavními prediktory no-adherence afroamerická rasa, nízká úroveň vzdělání, nedostatečná finanční bezpečnost a vysoká úroveň stresu.

Byla potvrzena korelace mezi nedostatkem finančního zajištění a nedodržením doporučeného stravování, stejně tak byl prokázán signifikantní vztah mezi stresem a adherencí k lékům (Crowley et al., 2013, s. 99–106). Taktéž analýza několika klinických studií prokázala, že afroamerická rasa, nižší socioekonomický status, větší zdravotní postižení, starší věk, deprese, polypragmatie, nižší úroveň vzdělání a zdravotní gramotnost negativně ovlivňují adherenci k léčbě. Ženy mají menší pravděpodobnost non-adherence (Ferdinand et al., 2017, s. 437–451). Autoři v íránské studii hovoří o tom, že psychický stav, jako je úzkost a deprese, souvisí u hypertoniků a diabetiků s nízkou adherencí ve vztahu k self-managementu (Roahafza et al., 2016, s. 166–171).

Cílem čínské průřezové studii, do které bylo zahrnuto celkem 318 hypertoniků z venkovské oblasti v Pekingu, bylo zjistit míru prevalence vlastního zdravotního chování a prozkoumat faktory spojené se sebepéčí. Výsledky ukázaly, že pacienti s kratší historií hypertenze a mladší muži mají nižší adherenci při sebepéči (Hu, Li a Arao, 2013, s.1–7).

Pokud se pacient ve vztahu s lékařem cítí a je chápán jako partner, umožňuje mu to navodit aktivizaci a lepší přístup k léčbě a adherenci. Aktivní spoluúčast pacienta na léčbě souvisí úzce s rozumovou úrovní, zdravotní gramotností, sociálním prostředím, anxiétou a s motivací. Když nemocný porozumí informacím, lépe si je zapamatuje a snáze dodržuje léčebný režim (Raudenská a Javůrková, 2011, s. 62–114). Jak Gurková (2017, s. 17–18) uvádí mezi adherencí a náročností terapeutických opatření je nepřímá závislost, a tedy pokud je po nemocném požadována zásadnější změna životního stylu, je pravděpodobnost jeho spolupráce menší.

Italská autorka Patrizia Steca et al. (2015, s. 660–674) zase zdůraznili, že sebeúcta a zvyšování self-efficacy hraje významnou roli při realizaci pozitivních změn chování v souvislosti s KVO. Self-efficacy neboli sebeúčinnost, sebeuplatnění je v ošetrovatelské praxi široce používaným psychosociálním pojmem a Křivohlavý (2002, s. 43-44) definoval tento výraz jako vnímání osobních zdatností, respektive přesvědčení jedince o tom, že on sám je schopen zvládat životní komplikované situace nebo problémy. Autor vycházel ze sociálně-kognitivního modelu, který jako první použil kanadský psycholog Bandura a vztahuje se k lidskému chování a úzce souvisí s dodržováním léčebného režimu a se schopností řídit své chronické onemocnění. Gurková (2017, s. 31) self-efficacy považuje za významný mediátor vlastního přesvědčení pacienta zvládat obtíže v souvislosti s onemocněním. Důsledky

porušování léčby jsou velice závažné, non-compliance zvyšuje počet kardiovaskulárních příhod s rizikem mortality (Rutar, 2017, s. 97–98). Dle velké italské studie měli pacienti s nepřerušovanou léčbou hypertenze o 37 % nižší riziko komplikací (Štrauch, 2016, s. 40).

3.4 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy

Chronické kardiovaskulární onemocnění je chorobný stav, jehož prevalence výrazně stoupá s věkem, pokud není včas detekováno a léčeno, má závažné a dalekosáhlé medicínské a sociální důsledky včetně potenciálně enormních nákladů pro zdravotní systém. Z dohledaných aktuálních poznatků zahraničních autorů je patrné, že self-management u pacientů s chronickým onemocněním je klíčovým prvkem pro zlepšení jak klinických výsledků péče, tak spokojenosti pacientů a je důležitým předpokladem k tomu, aby jedinci mohli být co nejdéle nezávislí na svém okolí a stát se sami sobě odborníkem na vlastní život s nemocí, současně aktivní podíl pacienta na zdravotní péči přispívá ke snížení ekonomických nákladů.

Self-management u pacientů s chronickým KVO může být determinován celou řadou proměnných, jako jsou věk, pohlaví, stupeň vzdělání, zdravotní gramotnost a socioekonomický status. Bylo prokázáno, že i akutní zdravotní stav, komorbidity, typ a délka nemoci, kognitivní deficit, depresivní syndrom, kulturní odlišnost, self-efficacy a spiritualita mohou mít vliv na úroveň řízení sebepéče. Kvalita lidských vztahů, psychosociální podpora a dobře fungující zdravotní systém se jeví jako významné motivátory podněcující efektivní self-management. Compliance a adherence pacienta k terapii jsou jednou ze základních komponent self-managementu. Bohužel chroničtí pacienti spolupracují s lékaři méně než lidé v akutní fázi onemocnění.

V řadě zahraničních studií bylo potvrzeno, že u pacientů s chronickými stavy je cílené vzdělávání benefitem pro zvýšení kompetencí k řízení sebepéče. Proto by nedílnou součástí léčby dlouhodobých nemocí měly být systematické edukační programy zaměřené na výchovu, podporu a motivaci k self-managementu onemocnění. Toho lze dosáhnout vzdělávacím procesem pacientů a přípravou erudovaných zdravotnických pracovníků na roli školitelů. Zvládnutí řízení každodenního života s chronickým onemocněním, ale často zahrnuje kromě období učení i dlouhodobou zkušenost osob, které konkrétním stavem trpí. Také kvalitní komunikací se může zvýšit efekt léčby, self-management KVO a vztahy na nejširší úrovni. Zdravotníkům, a zvláště pak sestřám, to může napomáhat k získání pacienta

ke vzájemné a účelné spolupráci. Zejména pak k plnému uspokojení jeho potřeb, zvládnutí zdravotního stavu, dovedností a osobní pohody („well-being“).

Dohledán nebyl žádný publikovaný výstup výzkumných studií, který by se konkrétně zabýval jen hodnocením self-managementu u pacientů s chronickým KVO pomocí PIH škály.

Ke zkoumané problematice byla na základě sumarizace dohledaných poznatků zformulována výzkumná otázka: Jaký je self-management u populace pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním v českém sociokulturním prostředí a které faktory jeho úroveň ovlivňují?

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Cíl

Zhodnotit self-management u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním v českém sociokulturním prostředí a identifikovat faktory, které jeho úroveň ovlivňují.

Dílčí cíle a hypotézy

Cíl 1: Zjistit, jestli existuje vztah mezi celkovým PIH skóre a věkem pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

Hypotézy k cíli 1

H1₀ Neexistuje signifikantní souvislost mezi věkem pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním a celkovým PIH skóre.

H1_A Existuje signifikantní souvislost mezi věkem pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním a celkovým PIH skóre.

Cíl 2: Zjistit, zda úroveň dosaženého vzdělání u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním má vliv na celkové PIH skóre.

Hypotézy k cíli 2

H2₀ Neexistuje signifikantní souvislost celkového PIH skóre se vzděláním pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

H2_A Existuje signifikantní souvislost celkového PIH skóre se vzděláním pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

Cíl 3: Zjistit, zda celkové PIH skóre pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním souvisí s pohlavím.

Hypotézy k cíli 3

H3₀ Neexistuje signifikantní souvislost mezi celkovým PIH skóre a pohlavím pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

H3_A Existuje signifikantní souvislost mezi celkovým PIH skóre a pohlavím pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

4.2 Charakteristika souboru

Profil cílové skupiny tvořilo 432 probandů, z toho 230 mužů a 202 žen.

Kritéria výběru respondentů:

- chronické kardiovaskulární onemocnění,
- věk 18–90 let,
- nezávislost v zajišťování vlastních potřeb,
- populace pacientů žijících na území ČR,
- dobrovolný souhlas s účastí na výzkumu.

Vyřazující kritéria:

- syndrom demence,
- dezorientace místem, časem, prostorem a osobou.

Pro zajištění validity výstupních hodnot z výzkumného šetření byla nejprve určena minimální velikost výzkumného souboru n . Odhad minimálního rozsahu výběru s přesností 95 % byl potvrzen výpočtem určeného vztahu podle Hendla (2004, s. 173).

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \cdot \sigma}{\Delta} \right)^2 = \left(\frac{1,96 \cdot 16,75}{1,64} \right)^2 = 400,73$$

Kde $z_{1-\alpha/2}$ je $100 \cdot \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right)$ % kvantil standardizovaného normálního rozdělení pro zvolenou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$; $\Delta = 1,64$ je standardizovaná diference; $\sigma = 16,75$ je směrodatná odchylka vypočítaná z dat pro test-retest ($n = 40$). Minimální počet respondentů pro validitu výsledků byl stanoven na 401.

4.3 Metoda sběru dat

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvantitativního typu výzkumu, jednalo se o průřezovou prospektivní studii. Data byla získaná prostřednictvím standardizovaného dotazníku s využitím PIH škály (Partners in Health Scale). Vytvořena byla Flinderskou univerzitou v Austrálii, jako součást vzdělávacího Flinderského programu, pro posouzení self-managementu chronických pacientů v primární zdravotní péči. Fakulta zdravotnických věd UP v Olomouci v roce 2015 získala licenci k jejímu použití a kolektiv akademických pracovníků provedl o rok později lingvistickou validizaci. Česká verze PIH škály byla doplněna o identifikační údaje, které tvoří první část dotazníku. Druhou částí je dvanáctipoložková PIH škála, která obsahuje čtyři subškály. Položky 1, 2 zahrnují hodnocení znalostí o vlastním

zdravotním stavu, položky 3, 6, 7, 8 se zaměřují na self-management péče o sebe, položky 4, 5 zjišťují dodržování léčebného režimu (adherenci) a položky 9, 10, 11, 12 posuzují zvládání nemoci. Jednotlivé položky pacienti hodnotí pomocí Likertovy škály, odstupňované od 0 do 8, kde 0 znamená velmi málo, nikdy nebo ne moc dobře a číslo 8 značí hodně, vždy nebo velmi dobře, a tedy čím vyšší číslo, tím efektivnější self-management. Celkové bodové skóre získané součtem dílčích bodů PIH škály značí výslednou úroveň self-managementu, lze tak dosáhnout skóre s minimem nula a maximem 96. Na dotazník odkazuje příloha 10.

4.4 Realizace výzkumu

Na základě souhlasného stanoviska Etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (viz příloha 2) s realizací výzkumného projektu bylo v rámci předvýzkumu u souboru 40 pacientů z kardiologických ambulancí provedeno pilotní šetření k ověření reliability měřícího nástroje. Poté byly rozeslány žádosti o umožnění sběru dat sedmi různým poskytovatelům zdravotnických služeb, a to lůžkových kardiologických nebo interních oborů Fakultní nemocnice v Motole, Thomayerovy nemocnice, Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem, Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice v Ostravě a lázeňského zařízení Teplice nad Bečvou a Poděbrady (viz příloha 3 až příloha 9). Následně byla zahájena distribuce celkového počtu 500 (100 %) dotazníků v období od února do června 2017. Výzkumné nástroje byly v tištěné podobě i s informovanými souhlasy o dobrovolné spolupráci respondentů s účastí ve výzkumu (viz příloha 11) společně s podrobnými instrukcemi k vyplnění dotazníků osobně předány vedoucím pracovníkům NLZP k redistribuci na jednotlivá pracoviště. Současně byly poskytnuty uzavřené boxy na sběr vyplněných dotazníků k zajištění jejich anonymity. Navracených dotazníků bylo 441 (88 %). Pro neúplnost uvedených údajů bylo 9 dotazníků vyřazeno. Pro konečné statistické zpracování bylo použito 432 dotazníků (86 %).

4.5 Metody zpracování dat

Technikou dotazníkového šetření byla získaná anonymizovaná data, která byla zaznamenána pomocí kódovacího systému do programu Microsoft Excel. Ke statistickému zpracování byl využit software SPSS (modul IBM SPSS Base) a Statistica.cz. Jednotlivé odpovědi respondentů (celkem na 22 položek: z toho 10

položek na sociodemografické údaje a 12 položek PIH škály) byly popsány pomocí deskriptivní statistiky (absolutní a relativní četnosti, aritmetického průměru, mediánu, minimální a maximální hodnoty) a komparativní statistiky.

Variabilita dat byla analyzovaná pomocí rozptylů, respektive směrodatných odchylek (ANOVA). Pro testování rozdílu závislosti mezi sociodemografickými charakteristikami a celkovým PIH skóre byl použit Spearmanův korelační koeficient a Mann-Whitneyův U-test. Výsledky byly doplněny náhledem na statistický soubor i pomocí grafického vyjádření. K zjištění reliability použité PIH škály byla využita metoda Split-half a test-retest (Hendl, 2015, s. 52–53).

U použitých statistických testů bylo počítáno s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. Pro testovanou hypotézu udává hladina významnosti tzv. pravděpodobnost chyby prvního druhu, tedy s jakou dojde k nesprávnému zamítnutí testované nulové hypotézy, ačkoliv tato platí.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Statisticky byly nejprve popsány základní charakteristiky souboru a pro přehlednost byly výsledky výzkumného šetření popsány dle zvolených dílčích cílů a hypotéz. Mimo cíle byly zpracovány také i výsledky úrovně self-managementu ve vztahu k finanční a sociální situaci a k akutním zdravotním problémům, uvádí je příloha 1.

5.1 Sociodemografické údaje souboru respondentů

Tabulka 1 popisuje profil výzkumného souboru. Cílovou skupinu tvořilo 432 (100 %) respondentů, z toho mužů bylo 230 (53,2 %) a 202 žen (46,8 %).

Tabulka 1: Charakteristika souboru

Popisná statistika	Rozsah	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
celý soubor	432	100
Pohlaví		
muži	230	53,2
ženy	202	46,8
Věkové kategorie		
do 44 let	88	20,4
45–59 let	99	22,9
60 let a více	245	56,7
Sociální situace		
bydlím sám/sama	101	23,4
bydlím s manželem/kou	246	56,9
bydlím s partnerem	45	10,8
bydlím s příbuznými	35	8,4
jiné	5	1,2
Vzdělání		
základní	60	13,9
střední	219	50,7
vyšší odborné	77	17,8
vysokoškolské	69	16
jiné	7	1,6

Soubor byl sledován jako celek a struktura respondentů podle věku byla dále vyjádřena pracovním rozdělením do tří věkových skupin: do 44 let, 45–59 let a 60 let a více. Populace je věkově nevyvážená, nejméně respondentů bylo v mladší věkové skupině do 44 let, a to 88 (20,4 %), pacientů středního věku 45–59 let bylo 99 (22,9 %). Ve srovnání s předchozími dvěma skupinami byl počet respondentů 60 a víceletých více než dvojnásobný, a to 245 (56,7 %), což koresponduje s výskytem chronických kardiovaskulárních chorob, kdy s věkem stoupá jejich prevalence.

Jak ukazuje tabulka 1, více než 50 % ($n = 246$) respondentů žilo s manželem, přes 23 % ($n = 101$) bydlelo samo, více jak 10 % ($n = 45$) žilo s partnerem, jen asi 8 % ($n = 35$) s příbuznými a asi jen 1 % ($n = 5$) řešilo svůj stav jinak. Z celkového počtu 432 (100 %) respondentů účastnících se výzkumného šetření uvedla více než polovina ($n = 219$) střední vzdělání. Pacienti s vyšším odborným vzděláním byli druhou kvantitativně nejpočetnější skupinou, a to v 17,8 % ($n = 77$). Vysokoškolské vzdělání dosáhlo 16 % ($n = 69$) pacientů, základní vzdělání mělo 13,9 % ($n = 60$) a jen 1,6 % ($n = 7$) respondentů odpovědělo na otázku možnost „jiné vzdělání“.

Tabulka 2 popisuje věkový rozsah oslovených respondentů, nejmladším pacientům u obou pohlaví bylo 19 let a nejstarším 90 let. Průměrný věk cílové populace byl u mužů 61,13 roků ($SD \pm 14,35$), medián věku 63,5 let ($SD \pm 16,00$) a ženy sledovaného souboru dosáhly průměrného věku 56,38 roků (směrodatná odchylka $\pm 16,00$) a věkového mediánu 59 let, celkový průměrný věk oslovených pacientů byl 58,91 let ($SD \pm 15,53$) a medián věku 62 let.

Tabulka 2: Statistický popis věku respondentů dle pohlaví

Pohlaví	Věk				
	Min.	Max.	Průměr	*SD	Medián
muži	19	90	61,13	14,35	63,5
ženy	19	90	56,38	16,00	59
celý soubor	19	90	58,91	15,53	62

(*SD = směrodatné odchylky průměrného věku)

5.2 Deskripce odpovědí na PIH škálu

Tabulka 3 uvádí výsledky self-managementu oslovených 432 respondentů pomocí PIH škály. Pro každou položku této škály byl vypočítán jak průměr, tak směrodatná odchylka a medián.

Směrodatná odchylka zachycuje variabilitu dat a představuje tak míru odchylek pozorování od průměru. Čím menší je směrodatná odchylka, tím je soubor hodnot rozptýlen blíže průměru (Hendl, 2015, s. 102).

Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že nejnižší hodnota dosaženého PIH skóre byla u položky 10 (průměr $5,71 \pm 1,81$), která se týkala zvládnání zdravotního stavu na vlastní prožitky nemoci, naopak nejvyšší průměrné PIH skóre ($6,96 \pm 1,62$) probandi dosáhli u položky 6, kterou hodnotili, jak dodržují doporučené kontrolní vyšetření u svého lékaře.

Na základě vyhodnocení PIH škály dosáhl výzkumný soubor v jednotlivých odpovědích celkem na dvanáct položek PIH průměrné skóre 6,14 ($SD \pm 1,77$), medián 7 a součtové výsledné celkové průměrné PIH skóre 73,62 ($SD \pm 1,28$), medián 76.

Tabulka 3: Deskripce odpovědí na PIH škálu

Položky	Text	Průměr	SD*	Medián
PIH 1	Celkově vím o svém zdravotním stavu.	6,10	1,60	6
PIH 2	Celkově vím o léčbě svých zdravotních potíží včetně užívaných léků.	6,02	1,68	6
PIH 3	Užívám léky nebo se podrobuji léčbě doporučené svým lékařem.	6,95	1,62	8
PIH 4	Podílím se na rozhodování o svém zdravotním stavu společně se svým lékařem.	6,27	1,95	7
PIH 5	Dokážu jednat s poskytovateli zdravotní péče o službách, které potřebuji.	5,97	1,90	6
PIH 6	Docházím na kontroly, jak vyžaduje můj lékař nebo zdravotník.	6,96	1,62	8
PIH 7	Sleduji projevy svého onemocnění a časné varovné příznaky.	5,99	1,80	6
PIH 8	Při zhoršení projevů svého onemocnění a časných varovných příznaků provádím vhodná opatření.	6,25	1,70	7
PIH 9	Zvládám vliv svého zdravotního stavu na svou fyzickou aktivitu, např. chůzi, domácí práci apod.	5,74	1,90	6
PIH 10	Zvládám vliv svého zdravotního stavu na to, jak se cítím, co prožívám.	5,71	1,81	6
PIH 11	Zvládám vliv svého zdravotního stavu na svůj společenský život.	5,88	1,79	6
PIH 12	Celkově zvládám dodržovat zdravý životní styl.	5,79	1,89	6
PIH1–12	Hodnoty dosažených položkových PIH skóre	6,14	1,77	7
TOTPIH	Součtové PIH skóre	73,62	1,28	76

(*SD = směrodatné odchyly PIH skóre)

5.3 Výsledky výzkumu ve vztahu k dílčím cílům práce

Dílčí cíl 1

Zjistit, jestli existuje vztah mezi celkovým PIH skóre a věkem pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

H1₀ Neexistuje signifikantní souvislost mezi věkem pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním a celkovým PIH skóre.

H1_A Existuje signifikantní souvislost mezi věkem pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním a celkovým PIH skóre.

Tabulka 4 znázorňuje dosažené celkové PIH skóre v jednotlivých věkových skupinách: oslovení respondenti mladší věkové skupiny do 44 let dosáhli nejvyšší průměrné PIH skóre, a to 74,31 (SD ± 12,82), minimální bodová hodnota PIH skóre byla 36, respondenti středního věku 45–59 let měli průměrnou hodnotu PIH skóre 72,75 (SD ± 14,58), minimální bodovou hodnotu PIH skóre 23 a z vyjádření respondentů 60 a víceletých bylo jejich výsledné PIH skóre v průměru 73,74 (SD ± 14,88) s minimální bodovou hodnotou PIH skóre 18. Celý soubor dosáhl průměrné PIH skóre 73,62 (SD ± 14,40), všechny tři věkové skupiny dosáhly maximálního bodového skóre 96 a minimální hodnotu PIH skóre 18.

Tabulka 4: Popisná statistika PIH skóre dle věkových skupin

Věková skupina	Celkové PIH skóre			
	Min.	Max.	Průměr	*SD
do 44 let	36	96	74,31	12,82
45–59 let	23	96	72,75	14,58
60 let a více	18	96	73,74	14,88
celý soubor	18	96	73,62	14,40

(*SD = směrodatná odchylka PIH skóre)

Ověření platnosti hypotézy: Lze očekávat, že mezi sledovanými veličinami nepůjde o jednoduchý lineární vztah, tzn. PIH skóre nebude přímo úměrné věku. Posouzení statistické závislosti dvou kvantitativních veličin, celkového PIH skóre a věku pacientů, bylo stanoveno neparametrickou metodou, a to Spearmanovým korelačním koeficientem.

Základní vlastností korelačního koeficientu (r) je, že se vyskytuje v intervalu $<-1, 1>$. Hraniční hodnota 1 znamená přímou závislost, zatímco hodnota

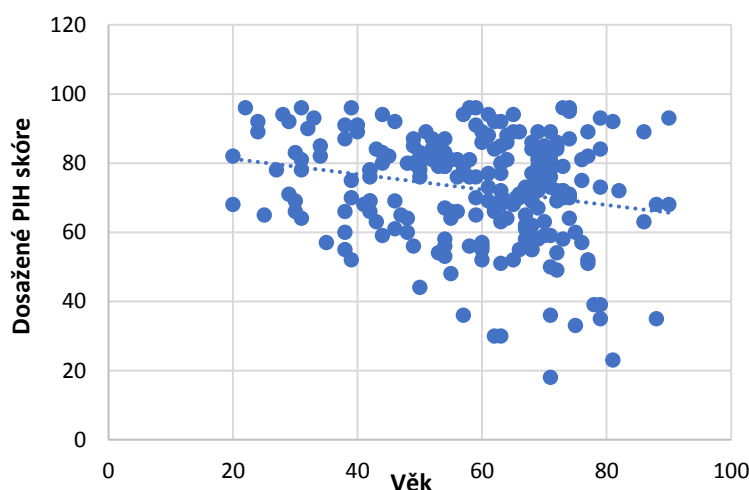
- 1 představuje závislost nepřímou. U hodnot v intervalech $0,5 < r < 1$ a $-1 < r < -0,5$ se obvykle hovoří o silné závislosti (Hendl, 2015, s. 268).

Vypočítaný Spearmanův korelační koeficient, $r = -0,029$ a p-hodnotu signifikance testu významnosti korelačního koeficientu $p = 0,551$ uvádí tabulka 5. V tomto případě se jednalo o statisticky nevýznamnou závislost a vzhledem k tomu, že hodnota r byla blízka 0, nevykazovaly tyto dvě proměnné proti sobě žádný vztah.

Tabulka 5: Souvislost celkového průměru PIH skóre s věkem

Spearmanův korel.koef.		věk	PIH
věk	korel.koeficient (r)	1,000	-0,029
	p-hodnota	.	0,551
PIH	korel.koeficient (r)	-0,029	1,000
	p-hodnota	0,551	.

Analýza sledovaných znaků je vizuálně znázorněna v následujícím bodovém grafu (viz obrázek 2), kde jsou proti sobě vynesena odpovídající si pozorování věku a PIH skóre. Je zde také orientačně zobrazeno proložení hodnot pomocí regresní přímky, přičemž hodnota Spearmanova korelačního koeficientu a jeho nevýznamnost naznačuje, že tato přímka se statisticky významně neliší od konstantní funkce.



Obrázek 2: Statistická data porovnání PIH skóre a věku pacientů

Závěr k dílčímu cíli 1: Nulovou hypotézu H_{10} nelze zamítnout. Pomocí statistického nástroje bylo prokázáno, že celkové PIH skóre nekoreluje s věkem, a tedy neexistuje významná závislost mezi self-managementem a věkem.

Dílčí cíl 2

Zjistit, zda úroveň dosaženého vzdělání u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním má vliv na celkové PIH skóre.

H2₀ Neexistuje signifikantní souvislost celkového PIH skóre se vzděláním pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

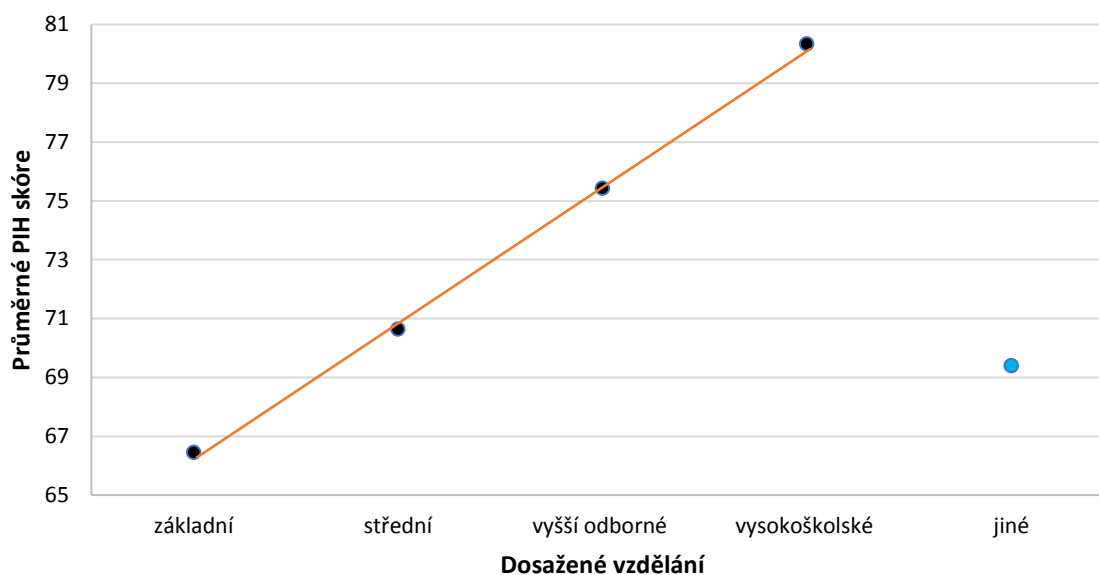
H2_A Existuje signifikantní souvislost celkového PIH skóre se vzděláním pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

Ověření platnosti hypotézy: Pro objasnění statistické závislosti byl použit opět Spearmanův korelační koeficient. Vypočítaná hodnota Spearmanova korelačního koeficientu $r = 0,218$ s příslušnou p-hodnotou testu významnosti korelačního koeficientu, kdy $p < 0,05$; jak uvádí tabulka 6. Pro upřesnění interpretace byl použit převod koeficientu korelace na koeficient determinace ($R^2 = 0,0529$), který ukazuje, kolik rozptylu jedné proměnné může být vysvětleno rozptylem druhé proměnné, tzn. 5,29 % rozdílů ve vzdělání může vysvětlit rozdíly v PIH skóre. S velkou pravděpodobností lze však říci, že celkové PIH skóre koreluje se vzděláním, a tedy míra dosaženého vzdělání má pozitivní vliv na self-management.

Tabulka 6: Souvislost celkového průměru PIH skóre se vzděláním

Spearmanův korel.koef.		PIH	vzdělání
PIH	korel.koeficient (r)	1,000	0,218
	p-hodnota	.	< 0,05
vzdělání	korel.koeficient (r)	0,218	1,000
	p-hodnota	< 0,05	.

V následujícím grafu (viz obrázek 3) je vidět i přes tak nízký korelační vztah patrná závislost v průběhu dosaženého vzdělání na průměrném PIH skóre. Vzhledem k polootevřené položce týkající se dosaženého vzdělání bylo vhodné sledovat jen vztah známých proměnných. Hodnota „jiné vzdělání“ může nabývat hodnot na celé škále vzdělání.



Obrázek 3: Vliv dosaženého vzdělání na PIH skóre

Tabulka 7 statisticky popisuje dosažené PIH skóre mezi jednotlivými úrovněmi vzdělání. Největší rozdíl hodnot PIH skóre je vidět mezi oslovenými respondenty se základním (průměr $67,38 \pm 15,40$; medián 66,61; minimální hodnota 23 a maximální 96) a vysokoškolským vzděláním (průměr $78,94 \pm 10,14$; medián 81; minimální hodnota 50 a maximální 96).

Tabulka 7: PIH skóre dle úrovně vzdělání

Vzdělání	Průměr	Směr. odchylka	Medián	95 % interval průměru		Min.	Max.
				Spodní hranice	Horní hranice		
Základní	67,38	15,40	66,61	63,40	71,36	23	96
Střední	72,66	14,83	72,00	70,68	74,63	18	96
Vyšší odborné	76,56	13,03	77,50	73,60	79,51	36	96
Vysokoškolské	78,94	10,14	81,00	76,51	81,38	50	96
Jiné	72,57	19,83	69,00	54,23	90,91	33	89
Celý soubor	73,62	14,40	76,00	72,26	74,98	18	96

Vzhledem k tomu, že se u sledování závislosti vztahu vzdělání a PIH skóre projevil pozitivní výsledek, byla provedena analýza rozptylu (ANOVA), což je statistická metoda k porovnání meziskupinové variability měření a variability v rámci jednotlivých skupin.

Tabulka 8 udává jak skupinový součet čtverců (charakterizující variabilitu), tak hodnotu F statistiky a příslušnou p-hodnotu testu významnosti rozdílů mezi skupinami. Na základě srovnávání výsledné p-hodnoty ($p < 0,05$) se zvolenou hladinou významnosti testu $\alpha 0,05$ bylo potvrzeno, že skupiny nepochází z rozdělení se stejnou střední hodnotou a mezi skupinami respondentů s dosaženou různou úrovní vzdělání jsou statisticky významné rozdíly.

Tabulka 8: Analýza rozptylu

Zdroj variability: PIH	Skupinový součet čtverců	Počet stupňů volnosti	Průměrný čtverec	Statistika F	p-hodnota
Mezi skupinami	5163,530	4	1290,882	6,547	< 0,05
Uvnitř skupin	84189,968	427	197,196		
Celkem	89353,498	431			

Závěr k dílčímu cíli 2: Nulová hypotéza H_{20} byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy H_{2A} . Na základě Spearmanova korelačního koeficientu byla ve výzkumném šetření zjištěna statisticky významná souvislost celkového PIH skóre se vzděláním u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním. Toto bylo také ověřeno jednofaktorovou analýzou rozptylu. Vzhledem k nízké hodnotě tohoto koeficientu se ale jedná o slabou závislost.

Dílčí cíl 3

Zjistit, zda celkové PIH skóre u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním souvisí s pohlavím.

H₃₀ Neexistuje signifikantní souvislost mezi celkovým PIH skóre a pohlavím pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

H_{3A} Existuje signifikantní souvislost mezi celkovým PIH skóre a pohlavím pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

Tabulka 9 popisuje rozložení dosaženého PIH skóre dle pohlaví: muži měli průměrné skóre 73,48 (SD \pm 14,61), medián 78 a ženy průměrné skóre 73,79 (SD \pm 14,19), medián 77. Maximální bodová hodnota 96 byla dosažena u obou pohlaví, naopak minimální byla zaznamenána u mužů 18 a u žen 30. Prospektivně sledovaný soubor dosáhl průměr celkového PIH skóre 73,62 (SD \pm 14,40), medián 76.

Ověření platnosti hypotézy: Pro porovnání vlivu pohlaví na PIH skóre byla statistická data rozdělena na soubor mužů a žen, bylo předpokládáno velmi podobné rozdělení pravděpodobnosti sledovaného znaku. Zastoupení respondentů dle pohlaví bylo téměř vyrovnané. Mann-Whitney U-test statisticky testuje sobě si odpovídající pořadí seřazených výsledků PIH skóre v obou souborech. Tento neparametrický test má nejvyšší sílu testu, a to 95 % párového t-testu (Hendl, 2015, s. 238–239).

Pro oba soubory byl vytvořen součet pořadí a menší z obou součtů byl porovnán s tabulkou Kritických hodnot testu. Byla získaná p-hodnota $p > 0,05$. Potvrdilo se tak, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi rozdělením obou souborů, a tedy pohlaví nemá vliv na celkové PIH skóre.

Tabulka 9: Porovnání PIH skóre souboru mužů a žen

	Pohlaví	Četnost	Min.	Max	Průměr	*SD	Medián
PIH	muži	230	18	96	73,48	14,61	78
	ženy	202	30	96	73,79	14,19	77
	celý soubor	432	18	96	73,62	14,40	76

(*SD = směrodatné odchytky PIH skóre sledovaného souboru)

Závěr k dílčímu cíli 3: Byla potvrzena nulová hypotéza H_{30} a zamítnuta alternativní hypotéza H_{3A} . Ze statistických ukazatelů vyplývá, že pohlaví nemá vliv na velikost PIH skóre. Výsledek nebyl ovlivněn poměrem mužů a žen ve zkoumaného souboru. Zastoupení respondentů obou pohlaví bylo téměř vyrovnané.

6 DISKUZE

Současné trendy péče o chronické pacienty vymezují větší odpovědnost pacientů za jejich zdravotní stav. Self-management je z tohoto pohledu vysoce profilovanou zdravotní politikou a klíčovým nástrojem k úspěšnější léčbě, větší spokojenosti pacientů a v neposlední řadě i k minimalizaci dopadů chronické nemoci na fyzický stav, psychosociální stránku každého jednotlivce a ekonomiku veřejného zdravotnictví. PIH škála je validní měřicí nástroj, který slouží k zhodnocení self-managementu různých chronických stavů a umožňuje identifikaci a objektivizaci potřeb a chování v rámci sebeřízení vlastního onemocnění.

Existuje jen velmi málo zahraničních studií zabývajících se posouzením self-managementu s využitím PIH škály, v rámci procesu rešeršní činnosti byla dohledána pouze jen jedna zahraniční studie, která konkrétně hodnotila self-management u pacientů s chronickým KVO, a proto byla získaná statistická data porovnávaná s výsledky výzkumů pomocí PIH škály u respondentů s jiným chronickým onemocněním. V České republice nebyl zatím publikován žádný výzkum zabývající se daným tématem. Pouze byla zveřejněna diplomová práce Buchtíkové zaměřená na self-management u pacientů s diabetem mellitem, avšak v rámci rešeršní činnosti byla kvalifikační práce jednou ze zvolených vyřazovacích kritérií, a proto nebyla pro komparaci výsledků použita.

Nebyl také dohledán žádný publikovaný dostupný metodický standard pro PIH škálu, respektive mezní hodnota pro vyhodnocení efektivity self-managementu pomocí PIH škály, nelze proto naše získané statistické ukazatele přesně porovnat a určit úroveň sebeřízení. Při posuzování úrovně self-managementu lze jen vycházet ze závěrečných tvrzení randomizované kontrolované studie Nikki Newhouse et al. (2016, s. 1–7) realizované v Anglii. Jejím primárním cílem bylo posoudit účinnost zdravotního elektronického vzdělávacího procesu na sebeřízení pomocí PIH škály u cílové populace 148 pacientů s chronickým onemocněním dýchacích cest, s diagnózou astma bronchiale. Věkový rozsah randomizovaných respondentů se pohyboval podobně jako v našem šetření od 19–84 let, naproti tomu více jak polovina (59 %) probandů byla tvořena ženami, náš soubor mužů a žen byl, ale téměř vyrovnaný. Randomizovaní respondenti v obou dvou větvích dosáhli po dvoutýdenní edukaci vysokých průměrných hodnot PIH skóre. Konkrétně intervenční skupina získala průměrné skóre PIH 6,84 (SD \pm 0,863) a kontrolní skupina 6,81(SD \pm 0,996). Autoři

uvádí, že tyto hodnoty značí „dobrý“ self-management. Sledovaný soubor našeho výzkumného šetření dosáhl podobné průměrné hodnoty v jednotlivých odpovědích na PIH škálu skóre 6,14 (SD \pm 1,77). Srovnáme-li tedy tyto dosažené hodnoty se statistickými ukazateli anglické studie, získala populace námi oslovených respondentů přibližně stejnou numerickou hodnotu PIH skóre. Z toho můžeme usuzovat, že cílová populace pacientů s chronickým KVO žijících v České republice, prokázala stejně dobrou úroveň self-managementu.

Výsledky našeho výzkumu poukazují na fakt, že self-management nesouvisí s věkem, nebyla potvrzena významná závislost věku na self-management ($r = - 0,029$; $p = 0,551$). Tento výsledek koresponduje se závěry stratifikované randomizované studie Karin Veldman et al. (2017, s. 601–607). Sekundárním cílem bylo posoudit sebeřízení po dobu 12 měsíců u komunity starších holandských obyvatel pomocí PIH-OA škály (Partners in Health scale for older adults). Průměrný věk respondentů byl 81,7 let; naše cílová populace byla o srovnání mladší, průměr byl 58,9 let. Nesignifikantní vztah mezi věkem a self-managementem byl také prokázán analýzou dat v mexické průřezové studii na vzorku 550 pacientů primární zdravotní péče, do které byli zařazeni jak hypertonici, tak diabetici a pacienti s maligním onemocněním. Průměrný věk (57 let) této populace pacientů byl srovnatelný s průměrem námi oslovených respondentů (Córdova et al., 2014, s. 32–37). Stejně jako v předchozích dvou studiích, tak i výsledky studie z Holandska, které prezentovali Hejmans et al. (2015, s. 41–48) neprokázaly signifikantní korelaci mezi věkem a self-managementem. Zajímavé výsledky, ale ukázala nedávná studie Elizabeth Convery et al. (2018, s. 313–320). Sekundárně se ve výzkumu autoři zabývali hodnocením self-managementu u 30 seniorů s chronickým smyslovým deficitem, kteří trpěli trvalou ztrátou sluchu. Ve studii byly použity dva výzkumné nástroje, PIH škála kombinovaná rozhovorem Cue and Response. Pomocí PIH škály nebyla u probandů prokázána korelace věku na self-management, ale oproti tomu následnou korelační analýzou dat získanou nástrojem Cue and Response, autoři prokázali, že věk má velký vliv na self-management ($r = - 0,39$; $p = 0,21$). Ztráta sluchu je pro každého člověka velké stigma, interview poskytlo detailnější informace o individuálních emocionálních problémech a potřebách handicapovaných pacientů, které by jinak zůstaly skryté, jak dále uvádí Convery et al. a tím mohla být způsobena rozdílnost ve zjištěných tvrzeních.

Naším výzkumem byla identifikovaná souvislost mezi vzděláním a self-managementem. Za pomoci Spearmanova korelačního koeficientu byl tento vzájemný

vztah prokázán statisticky. Zjištění bylo dále ověřeno ještě jednofaktorovou analýzou rozptylu (ANOVA). Publikované výsledky výzkumu holandské autorky Karin Veldman et al. (2017, s. 601–607) také prokázaly vliv vzdělání na self-management. Kde respondenti s dosaženým vysokoškolským vzděláním ($n = 554$; 49,5 %) vykazovali lepší znalosti a chování v rámci self-managementu (medián celkového PIH skóre 52) než účastníci výzkumu ($n = 564$; 50,5 %) s nízkou úrovní vzdělání (medián celkového PIH skóre 48). Také v našem prospektivně sledovaném souboru, porovnáme-li dosažené celkové PIH skóre mezi respondenty se základním vzděláním a vysokoškolským, zjistíme výrazné rozdíly v dosaženém PIH skóre mezi jednotlivými kategoriemi vzdělání. U oslovených pacientů, kteří uvedli nejvyšší dosažené vzdělání základní, byla hodnota mediánu celkového PIH skóre (66,6) menší ve srovnání s vysokokoškolsky vzdělanými respondenty, kteří dosáhli celkové PIH skóre 81. Další holandská studie, koncipovaná jako retrospektivní panelová, hodnotila po dobu čtyř let souvislosti mezi self-managementem a zdravotní gramotností u rozsáhlého souboru 1341 pacientů s různými chronickým onemocněním. Technikou sběru dat byly tři dotazníky: PIH škála, FCCHL (škála pro funkční, komunikativní a kritickou zdravotní gramotnost) a PEPPI-5 (škála pro vnímání účinnosti/efektu interakce lékař-pacient). Průměrný věk subjektů byl 62 let. Vzorek byl zastoupen z více než 50 % ženami. Bylo prokázáno, že nižší vzdělanostní úroveň asociovala s nižším stupněm zdravotní gramotnosti a méně efektivním self-managementem (Heijmans et al., 2015, s. 41–48). Štrauch (2016, s. 39) hovoří o tom, že nízké vzdělání pacienta je negativní faktor, který se podílí na stupni adherence k farmakoterapii. Naopak délka trvání nemoci je příznivým faktorem v rámci řízení symptomů nemoci, protože odráží dlouhodobou zkušenost s chronickým onemocněním (Lawn, McMillan a Pulvirenti, 2010, s. 5–8).

Naším výzkumným šetřením se také potvrdilo, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi pohlavím a self-managementem, a tedy můžeme konstatovat, že pohlaví nemá vliv na celkové PIH skóre. Výsledek nebyl ovlivněn poměrem mužů a žen ve zkoumaného souboru, protože soubor dle pohlaví byl téměř vyrovnaný. Stejně závěry jsou prezentovány i ve studii EMBRACE. Veldman et al. (2017, s. 601–607) na základě statistické analýzy pomocí Mann-Whitney U-testu nepotvrdili žádný významný statistický rozdíl v self-managementu mezi mužským a ženským pohlavím seniorů. Silnou stránkou tohoto výzkumu byl velký vzorek respondentů ($n = 1127$), sledován byl soubor 501 (44,5 %) mužů a 626 (55,5 %) žen. Taktéž studie australských autorů neprokázala, že pohlaví je závislou proměnnou self-

managementu u chronicky nemocných pacientů, k ověření byl použit korelační koeficient ($r_{pb} = 0,34$, $p = 0,07$), (Convery et al., 2018, s. 313–320). Odlišné jsou, ale výsledky prospektivní studie Peñarriety-de Córdové et al. (2014, s. 32–37), ve které byly zjištěny signifikantní rozdíly v self-managementu mezi pohlavím, ženy vykazovaly lepší seberegulaci vlastního onemocnění než respondenti opačného pohlaví. Výzkumný soubor této studie realizované v Mexiku nebyl oproti našemu sledovanému vzorku stejně genderově vyrovnaný a byl zastoupen ze 71 % ($n = 391$) ženami a jen 29 % ($n = 161$) bylo mužů. Shodná s tímto závěrem jsou také fakta získaná z metasyntézy 53 kvalitativních studií. Průměrný věk sledovaných pacientů byl 57 let v rozmezí 18–94 let. Bylo potvrzeno, že self-management u nejčastějších chronických onemocnění, jako je diabetes a kardiovaskulární onemocnění, je ovlivněn genderově (Schulmam-Green et al., 2013, s. 1469–1489).

LIMITY VÝZKUMU

Významným reálným limitem ovlivňujícím validitu výstupů kvantitativního výzkumného šetření může být subjektivní hodnocení respondentů dotazníkovou metodou, které mohlo být ovlivněno jak současným zdravotním stavem, tak i povahovými rysy jednotlivých osobností.

Získané výsledky jsou také limitovány lokalitou prováděného šetření, výzkum byl realizován pouze u sedmi vybraných poskytovatelů různých typů zdravotní péče ve čtyřech regionech v ČR. Pro zvýšení míry validity by bylo proto vhodné realizovat celonárodní šetření s větším reprezentativním souborem, aby závěry mohly být generovány na celou populaci pacientů s chronickým KVO.

PIH škála může být použita ke zhodnocení self-managementu u celé řady chronických onemocnění, a protože ke srovnání statistických dat nebyly dohledány žádné publikované studie, které využily hodnotící škálu PIH jen přímo v souvislosti s chronickým KVO, lze považovat i tento fakt za limit práce.

Vzhledem k tomu, že se v ČR jednalo vůbec o první výzkumné šetření zabývající se hodnocením self-managementu u KVO pomocí PIH škály, bude do budoucna přínosné provést další extenzivní výzkumy zaměřené na dané téma.

ZÁVĚR

Diplomová práce se věnuje poměrně novému fenoménu self-managementu, který je současným trendem zdravotní péče u chronicky nemocných pacientů. Cílem výzkumného šetření byla deskripce self-managementu u populace pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním v českém sociokulturním prostředí za pomoci sebeposuzovacího dotazníku s využitím Partners in Health Scale (Škály partnerů ve zdraví).

Výsledky u nemocných s chronickým KVO vykazují, navzdory závažné problematice těchto chorob, poměrně dobrou úroveň self-managementu. Statistická data korespondují se závěry randomizované kontrolované studie. Výsledky našeho výzkumu dále prokázaly signifikantní vztah vzdělání na self-management. Získaná data se ztotožňují se závěrečnými výstupy dvou výzkumů. Současně ze statistických ukazatelů vyplynulo, že demografické charakteristiky, věk a pohlaví, jsou nezávislými faktory self-managementu. Tyto výsledky potvrzují také tři zahraniční výzkumné studie, naproti tomu závěry publikované v dalších dvou výzkumných studiích, ale tvrdí opak.

Self-management u pacientů s chronickým KVO se bude postupně stávat stále více a více důležitějším aspektem komplexní péče, v které bude pacient zaujímat významnou roli aktivního participanta. Dojde-li pak k individuálnímu potenciálnímu omezení sebeřízení, bude třeba ze strany erudovaných zdravotníků vhodně intervenčně zasáhnout. Bez účelné terapeutické komunikace, intenzivních edukačních výchovně-vzdělávacích programů a současného systémového přístupu celé řady poskytovatelů zdravotní péče, nebude však možné u pacientů s chronickým KVO cíleného efektu self-managementu dosáhnout.

Získané výsledky lze využít v oblasti prevence zdravotních rizik u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.

REFERENČNÍ SEZNAM

ANTOŠOVÁ, Danuše et al., 2014. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2017-10-16]. ISBN 978-80-85-047-49-3. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatele-ceske-republiky2014-9420_3016_5.html

ASHOORKHANI, Mahnaz et al., 2016. Comparing the effectiveness of the BMAP (Blood Pressure Management Application) and usual care in self-management of primary hypertension and adherence to treatment in patients aged 30–60 years: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [online]. **17**(1), 1–8 [cit. 2018-02-12]. DOI: 10.1186/s13063-016-1638-0. ISSN 1745-6215. Dostupné z: <http://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-016-1638-0>

BAR, Michal a David ŠKOLOUDÍK, 2011. *Speciální neurologie: pro studenty bakalářských oborů*. Ostrava: Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. ISBN 978-80-7368-961-2.

BATTERSBY, Malcolm et al., 2015. A pragmatic randomized controlled trial of the Flinders Program of chronic condition management in community health care services. *Patient Education and Counseling* [online]. **98**(11), 1367–1375 [cit. 2017-10-16]. DOI: 10.1016/j.pec.2015.06.003. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399115002761>

BENGTSSON, Ulrika et al., 2014. Developing an interactive mobile phone self-report system for self-management of hypertension. Part 2: Content validity and usability. *Blood Pressure* [online]. **23**(5), 296–306 [cit. 2018-02-19]. DOI: 10.3109/08037051.2014.901009. ISSN 0803-7051. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08037051.2014.901009>

BIDWELL, Julie T. et al., 2015. Determinants of Heart Failure Self-Care Maintenance and Management in Patients and Caregivers: A Dyadic Analysis. *Research in Nursing*

& *Health* [online]. **38**(5), 392–402 [cit. 2018-02-28]. DOI: 10.1002/nur.21675. ISSN 01606891. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/nur.21675>

BLAŽEK, Ladislav, 2011. *Management: organizování, rozhodování, ovlivňování*. Praha: Grada. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3275-6.

BOSWORTH, Hayden B., Benjamin J. POWERS a Eugene Z. ODDONE, 2010. Patient Self-Management Support: Novel Strategies in Hypertension and Heart Disease. *Cardiology Clinics* [online]. **28**(4), 655–663 [cit. 2017-10-26]. DOI: 10.1016/j.ccl.2010.07.003. ISSN 0733-8651. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0733865110000834>

BULAVA, Alan, 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0468-0.

CAMERON, Jan et al., 2010. Does cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure?. *European Journal of Heart Failure* [online]. **12**(5), 508–515 [cit. 2018-02-27]. DOI: 10.1093/eurjhf/hfq042. ISSN 13889842. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1093/eurjhf/hfq042>

COLEMAN, K. et al., 2009. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health affairs*[online]. **28**(1), 75–85 [cit. 2017-11-02]. DOI: 10.1377/hlthaff.28.1.75. ISSN 1544-5208. Dostupné z: <http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.28.1.75>

CÍFKOVÁ, Renata, 2017. Aktuální trendy ve farmakoterapii hypertenze. *Interní medicína pro praxi* [online]. **19**(1), 10–15 [cit. 2018-02-19]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2017/01/03.pdf>

CÍFKOVÁ, Renata et al., 2011. Prevalence základních kardiovaskulárních rizikových faktorů v české populaci v letech 2006–2009: Studie Czech post-MONICA. *Cor et Vasa* [online]. **53**(4-5), 220–229 [cit. 2017-12-20]. ISSN 1803-7712. Dostupné z: <http://www.e-coretvasa.cz/text/view?id=3981>

CÍFKOVÁ, Renata et al., 2016. Stav léčby CMP v ČR: pohled epidemiologa. *Postgraduální medicína* [online]. **18**(3), 45–49 [cit. 2018-01-12]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/stav-lecby-cmp-v-cr-pohled-epidemiologa-482354>

CONCEIÇÃO, Ana Paula da et al., 2015. Self-care in heart failure patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. **23**(4), 578–586 [cit. 2017-11-21]. DOI: 10.1590/0104-1169.0288.2591. ISSN 0104-1169. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400578&lng=en&tlng=en

CONVERY, Elizabeth et al., 2018. Assessing hearing loss self-management in older adults. *International Journal of Audiology* [online]. **57**(4), 313–320 [cit. 2018-04-12]. DOI: 10.1080/14992027.2017.1390268. ISSN 1499-2027. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14992027.2017.1390268>

CONWAY, Jessica, George TSOURTOS a Sharon LAWN, 2017. The barriers and facilitators that indigenous health workers experience in their workplace and communities in providing self-management support: a multiple case study. *BMC Health Services Research* [online]. **17**(1), 319–331 [cit. 2018-04-03]. DOI: 10.1186/s12913-017-2265-5. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2265-5>

CÓRDOVA, Isabel Peñarrieta-de et al., 2014. Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation. *Nursing Management* [online]. **20**(10), 32–37 [cit. 2017-12-18]. DOI: 10.7748/nm2014.02.20.10.32.e1084. ISSN 1354-5760. Dostupné z: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/nm2014.02.20.10.32.e1084>

CROWLEY, Matthew J. et al., 2013. Factors Associated with Non-Adherence to Three Hypertension Self-Management Behaviors: Preliminary Data for a New Instrument. *Journal of General Internal Medicine*[online]. **28**(1), 99–106 [cit. 2017-12-01]. DOI: 10.1007/s11606-012-2195-1. ISSN 0884-8734. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-012-2195-1>

ČAPKOVÁ, Naďa et al., 2016. *Zdravotní stav české populace: výsledky studie EHES 2014* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2017-10-15]. ISBN 978-80-7071-356-3. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/ehes/EHES_2014.pdf

ČEŠKA, Richard et al., 2015. *Interna: svazek 1. 2.*, aktual. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-895-5.

DANIALI, Seyedeh Shahrbanoo et al., 2017. The impact of educational intervention on self-care behaviors in overweight hypertensive women: A randomized control trial. *ARYA atherosclerosis* [online]. **13**(1), 20–28 [cit. 2017-11-26]. ISSN 2251-6638. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5515187/>

DOUPAL, Vlastimil, Miloš TÁBORSKÝ a Marián FEDORCO, 2011. Pacient s kardiostimulátorem a implantabilním defibrilátorem – na co je třeba myslet?. *Interní medicína pro praxi* [online]. **13**(2), 90-92 [cit. 2018-03-27]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/02/09.pdf>

DOUPALOVÁ, Pavla, Jan CHRASTINA a Jan VÁCLAVÍK, 2015. Přístupy neinvazivního měření a monitorace krevního tlaku u pacientů s arteriální hypertenzí. *Intervenční a akutní kardiologie* [online]. **14**(3), 109–116 [cit. 2017-10-19]. ISSN 1803-5302. Dostupné z: <https://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2015/03/04.pdf>

FERDINAND, Keith C. et al., 2017. Improving Medication Adherence in Cardiometabolic Disease. *Journal of the American College of Cardiology* [online]. **69**(4), 437–451 [cit. 2017-12-01]. DOI: 10.1016/j.jacc.2016.11.034. ISSN 1558-3597. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109716371765>

GŘIVA, Martin, 2018. Paliativní péče v kardiologii: racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-481-1.

GURKOVÁ, Elena, 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0461-1.

HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4811-5.

HARVEY, Peter W. et al., 2008. Self-management support and training for patients with chronic and complex conditions improves health-related behaviour and health outcomes. *Australian Health Review* [online]. **32**(2), 330–338 [cit. 2017-10-16]. DOI: 10.1071/AH080330. ISSN 1449-8944. Dostupné z: <http://www.publish.csiro.au/?paper=AH080330>

HEIJMANS, Monique et al., 2015. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient education and counseling* [online]. **98**(1), 42–48 [cit. 2017-12-18]. DOI: 10.1016/j.pec.2014.10.006. ISSN 1873-5134. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399114004133>

HENDL, Jan, 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-820-1.

HENDL, Jan, 2015. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 5., rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0981-2.

HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ a Lukáš PRUDIL, 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vyd. 2. upr. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-575-4.

HORVÁTH, Vladimír et al., 2016. Dlouhodobé levokomorové srdeční podpory v léčbě srdečního selhání. *Kardiologická revue-Interní medicína* [online]. **18**(4), 253–257 [cit. 2018-03-27]. ISSN 2336-2898. Dostupné z: http://www.kardiologickarevue.cz/kardiologicka-revue-clanek/dlouhodobem-levokomorove-srdecni-podpory-v-lecbe-srdecniho-selhani-59907?confirm_rules=1

HRADEC, Jaromír a Svatopluk BÝMA, 2011. *Chronické srdeční selhání: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011* [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [cit. 2018-02-18]. ISBN 978-80-86998-48-0. Dostupné z: https://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy-2008-2012/Chronicke_srdecni_selhani.pdf

HU, Huanhuan, Gang LI a Takashi ARAO, 2013. Prevalence Rates of Self-Care Behaviors and Related Factors in a Rural Hypertension Population: A Questionnaire Survey. *International Journal of Hypertension* [online]. **2013**, 1–8 [cit. 2017-11-26]. DOI: 10.1155/2013/526949. ISSN 2090-0384. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/ijhy/2013/526949/>

HUFFMAN, Jeff C., Christopher M. CELANO a James L. JANUZZI, 2010. The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric disease and treatment* [online]. **6**, 123–136 [cit. 2018-02-13]. ISSN 1178-2021. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2874336/>

CHEN, Aleda M.H. et al., 2014. Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy* [online]. **10**(2), 378–386 [cit. 2017-10-31]. DOI: 10.1016/j.sapharm.2013.07.001. ISSN 1551-7411. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1551741113001277>

CHENG, Kevin et al., 2015. Evidence of poor adherence to secondary prevention after acute coronary syndromes: possible remedies through the application of new technologies. *Open Heart* [online]. **2**(1), 1–7 [cit. 2017-11-22]. DOI: 10.1136/openhrt-2014-000166. ISSN 2053-3624. Dostupné z: <http://openheart.bmj.com/lookup/doi/10.1136/openhrt-2014-000166>

CHRASTINA, Jan et al., 2011. Chronická nemoc, její definování a chápání pohledem nemocného a rodinných příslušníků. In: ČÁP, Juraj a Katarína ŽIAKOVÁ, ed. *Teória,*

výskum a vzdelavanie v ošetrovatelstve. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, s. 112–127. ISBN 978-80-89544-00-4.

Informace pro pacienty s mechanickou srdeční podporou HEARTWARE (HW) a jejich rodinné příslušníky [online]. Brno: Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno [cit. 2018-02-27]. Dostupné z: <http://www.cktch.cz/informace-pro-pacienty-pred-propustenim-heartware/f243>

JAARSMA, Tiny et al., 2009. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *European Journal of Heart Failure* [online]. **11**(1), 99–105 [cit. 2017-11-27]. DOI: 10.1093/eurjhf/hfn007. ISSN 1388-9842. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1093/eurjhf/hfn007>

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Základy managementu v ošetrovatelství* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta [cit. 2017-10-27]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-management%20v%20ošetřovatelství.pdf>

KAREN, Igor a Jan FILIPOVSKÝ, 2014. *Arteriální hypertenze: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře: [novelizace 2014]* [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [cit. 2017-11-19]. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-71-8. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy-od-2013/DP-AH-2014.pdf>

KIM, Ju Young, Nathan. E WINEINGER a Steven. R STEINHUBL, 2016. The Influence of Wireless Self-Monitoring Program on the Relationship Between Patient Activation and Health Behaviors, Medication Adherence, and Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients: A Substudy of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* [online]. **18**(6), e116 [cit. 2018-02-27]. DOI: 10.2196/jmir.5429. ISSN 1438-8871. Dostupné z: <http://www.jmir.org/2016/6/e116/>

KOCIÁNOVÁ, Eva a Jan VÁCLAVÍK, 2015. Jak na nekompliantního hypertonika aneb ne vždy je cesta snadná. *Interní medicína pro praxi* [online]. **17**(4), 204–205 [cit. 2018-

02-25]. ISSN 1212-7299. Dostupné z:
<https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2015/04/10.pdf>

KRÁTKÁ, Zuzana a Ondřej PETRÁK, 2016. Hypertenze z úhlu pohledu méně běžných situací. *Medicína pro praxi* [online]. **13**(3), 120–123 [cit. 2018-01-12]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201603-0005_Hypertenze_z_uhlu_pohledu_mene_beznych_situaci.php

KRISHNA, Santosh, Suzanne Austin BOREN a E. Andrew BALAS, 2009. Healthcare via Cell Phones: A Systematic Review. *Telemedicine and e-Health* [online]. **15**(3), 231-240 [cit. 2018-02-18]. DOI: 10.1089/tmj.2008.0099. ISSN 1530-5627. Dostupné z: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/tmj.2008.0099>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KUNZOVÁ, Šárka a Drahomíra HRUBÁ, 2013. Chování a zdraví I.: Životní styl a komplexní choroby. *Hygiena* [online]. **58**(1) s. 23–28 [cit. 2017-10-14]. ISSN 1803-1056. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2013-1-05-full.pdf>

LAINSCAK, Mitja et al., 2011. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure* [online]. **13**(2), 115–126 [cit. 2017-02-27]. DOI: 10.1093/eurjhf/hfq219. ISSN 13889842. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1093/eurjhf/hfq219>

LAWN, Sharon, John MCMILLAN a Mariastella PULVIRENTI, 2011. Chronic condition self-management: Expectations of responsibility. *Patient Education and Counseling* [online]. **84**(2), e5–e8 [cit. 2018-02-21]. DOI: 10.1016/j.pec.2010.07.008. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S073839911000409X>

LAZÁROVÁ, Marie, Filip MÁLEK a Miloš TÁBORSKÝ, 2012. Péče o pacienty s pokročilým chronickým srdečním selháním. *Interní medicína pro praxi* [online]. **14**(6 a 7), 246–249 [cit. 2017-10-22]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2012/06/02.pdf>

MÁLEK, Filip a Ivan MÁLEK, 2013. *Srdeční selhání*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2238-5.

MCCABE, Nancy et al., 2015. Antecedents of self-care in adults with congenital heart defects. *International Journal of Cardiology* [online]. **201**, 610–615 [cit. 2018-01-27]. DOI: 10.1016/j.ijcard.2015.08.125. ISSN 0167-5273. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167527315303545>

MENG, Karin et al., 2013. Evaluation of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation: study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders* [online]. **13**(1), 1–7 [cit. 2017-12-01]. DOI: 10.1186/1471-2261-13-60. ISSN 1471-2261. Dostupné z: <http://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2261-13-60>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize, 2018. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: WHO/ÚZIS ČR, 2018/3/7 [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

MIKŠOVÁ, Zdeňka et al., 2016. Hodnocení self managementu u pacientů s chronickým onemocněním za použití PIH škály. In: BUŽGOVÁ, Radka a Lucie SIKOROVÁ, ed. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech: Sborník příspěvků z X. mezinárodního symposia ošetrovatelství* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, s. 145–146 [cit. 2017-12-07]. ISBN 978-80-7464-826-7. Dostupné z: https://bib.irb.hr/datoteka/832699.X.international_symposium_of_nursing.pdf

MOLJORD, Inger Elise O. et al., 2015. Psychometric properties of the Patient Activation Measure-13 among out-patients waiting for mental health treatment: A validation study in Norway. *Patient Education and Counseling* [online]. **98**(11), 1410–1417 [cit. 2018-03-17]. DOI: 10.1016/j.pec.2015.06.009. ISSN 07383991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399115002827>

MORDEN, Andrew, Clare JINKS a Bie Nio ONG, 2012. Rethinking 'risk' and self-management for chronic illness. *Social Theory & Health* [online]. **10**(1), 78–99 [cit. 2017-12-07]. DOI: 10.1057/sth.2011.20. ISSN 1477-8211. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1057/sth.2011.20>

MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ, 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2510-2.

NAVIDIAN, Ali et al., 2015. The Effect of Self-Care Education on the Awareness, Attitude, and Adherence to Self-Care Behaviors in Hospitalized Patients Due to Heart Failure with and without Depression. *PLOS ONE* [online]. **10**(6), 1–13 [cit. 2018-02-20]. DOI: 10.1371/journal.pone.0130973. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0130973>

NEWHOUSE, Nikki et al., 2016. Randomised feasibility study of a novel experience-based internet intervention to support self-management in chronic asthma. *BMJ Open* [online]. **6**(12), 1–10 [cit. 2018-04-03]. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013401. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-013401>

NUSSBAUMEROVÁ, Barbora, 2015. Úskalí léčby arteriální hypertenze. *Medicína pro praxi* [online]. **12**(2), 59–60 [cit. 2018-02-10]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/02/02.pdf>

OŠMERA, Ondřej a Alan BULAVA, 2011. Home monitoring nemocných s fibrilacemi síní. *Kardiologická revue - Interní medicína* [online]. **13**(3), 167-173 [cit. 2018-03-29].

ISSN 2336-2898. Dostupné z: http://www.kardiologickarevue.cz/kardiologicka-revue-clanek/home-monitoring-nemocnych-s-fibrilacemi-sini-36625?message=add&id_topic=36625&confirm_rules=1

PEETERS, José, Therese WIEGERS a Roland FRIELE, 2013. How Technology in Care at Home Affects Patient Self-Care and Self-Management: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health* [online]. **10**(11), 5541–5564 [cit. 2017-11-22]. DOI: 10.3390/ijerph10115541. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/1660-4601/10/11/5541/>

PETERSON, Janey C. et al., 2010. Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* [online]. **39**(2), 105–115 [cit. 2018-02-16]. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2009.06.017. ISSN 0147-9563. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0147956309001629>

PETKOV, John, Peter HARVEY a Malcolm BATTERSBY, 2010. The internal consistency and construct validity of the partners in health scale: validation of a patient rated chronic condition self-management measure. *Quality of Life Research* [online]. **19**(7), 1079–1085 [cit. 2017-10-16]. DOI: 10.1007/s11136-010-9661-1. ISSN 0962-9343. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-010-9661-1>

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

RICE, James A., 2016. Hlavní poselství z Prague International Health Summit 2016. In: *Advance Healthcare Management Institute* [online]. Praha [cit. 2017-10-17]. Dostupné z: <http://www.advanceinstitute.cz/newsletter/seznam-newslettru/a2-2016?id=673>

ROOHAFZA, Hamidreza et al., 2016. Stress as a risk factor for noncompliance with treatment regimens in patients with diabetes and hypertension. *ARYA*

Atheroscler [online]. **12**(4), 166–171 [cit. 2017-12-01]. ISSN 2251-6638. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5266132/>

ROSOLOVÁ, Hana, 2013. *Preventivní kardiologie: v kostce*. Praha: Axonite CZ. Asclepius. ISBN 978-80-904899-5-0.

RUTAR, Pavel, 2017. Existují rezervy v léčbě pacientů po infarktu myokardu?. *Interní medicína pro praxi* [online]. **19**(2), 97–98 [cit. 2018-01-12]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2017/02/12.pdf>

SADEGHI, Masoumeh et al., 2013. Developing an appropriate model for self-care of hypertensive patients: first experience from EMRO. *ARYA Atheroscler* [online]. **9**(4), 232–240 [cit. 2017-12-19]. ISSN 2251-6638. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23970918>

SEQUIST, Thomas D. et al., 2009. Statewide Evaluation of Measuring Physician Delivery of Self-Management Support in Chronic Disease Care. *Journal of General Internal Medicine* [online]. **24**(8), 939–945 [cit. 2017-12-19]. DOI: 10.1007/s11606-009-1033-6. ISSN 0884-8734. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-009-1033-6>

SCHAPIRA, Marilyn M. et al., 2012. The Development and Validation of the Hypertension Evaluation of Lifestyle and Management Knowledge Scale. *The Journal of Clinical Hypertension* [online]. **14**(7), 461–466 [cit. 2017-10-25]. DOI: 10.1111/j.1751-7176.2012.00619.x. ISSN 1524-6175. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1751-7176.2012.00619.x>

SCHULMAN-GREEN, Dena et al., 2016. A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **72**(7), 1469–1489 [cit. 2018-02-18]. DOI: 10.1111/jan.12902. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12902>

SNINČÁK, Marian, 2017. Artériová hypertenzia – súčasné klinické trendy 2017: XV. sympóziu o artériovej hypertenzii v Prahe (Česká republika), 1. časť. *Via practica* [online]. **14**(4), 214–218 [cit. 2018-03-17]. ISSN 1339-424X. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/7dbf5cacb12756c8b63c38c0d1f83896.pdf>

SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ, 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4823-8.

STECA, Patrizia et al., 2015. Cardiovascular Management Self-efficacy: Psychometric Properties of a New Scale and Its Usefulness in a Rehabilitation Context. *Annals of Behavioral Medicine* [online]. **49**(5), 660–674 [cit. 2018-02-20]. DOI: 10.1007/s12160-015-9698-z. ISSN 0883-6612. Dostupné z: <https://academic.oup.com/abm/article/49/5/660-674/4562767>

STUT, Wim et al., 2015. Adherence to self-care in patients with heart failure in the HeartCycle study. *Patient Preference and Adherence* [online]. **9**, 1195–1206 [cit. 2018-02-11]. DOI: 10.2147/PPA.S88482. ISSN 1177-889X. Dostupné z: <http://www.dovepress.com/adherence-to-self-care-in-patients-with-heart-failure-in-the-heartcycl-peer-reviewed-article-PPA>

ŠKODA, Ondřej, 2016. Léčba ischemických CMP v České republice – pohled neurologa. *Postgraduální medicína* [online]. **18**(3), 50–56 [cit. 2018-03-15]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-ischemicky-cmp-v-ceske-republice-pohled-neurologa-482355>

ŠPINAR, Jindřich et al., 2016. Souhrn Doporučených postupů ESC pro diagnostiku a léčbu akutního a chronického srdečního selhání z roku 2016. *Cor et Vasa* [online]. **58**(5), 597–636 [cit. 2018-03-15]. DOI: 10.1016/j.crvasa.2016.09.004. ISSN 0010-8650. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010865016300996>

ŠTRAUCH, Branislav, 2016. Hypertenze a kardiovaskulární prevence: Význam compliance pacienta při léčbě hypertenze. *Hypertenze & kardiovaskulární*

prevence [online]. 5(2), 38–42 [cit. 2017-10-21]. ISSN 1805-4129. Dostupné z: <http://www.hypertension.cz/sqlcache/csh-2016-02-small-web.pdf>

ŠULCOVÁ, Margaréta et al., 2012. *Verejné zdravotníctvo*. Bratislava: Veda. ISBN 978-80-224-1283-4.

TÁBORSKÝ, Miloš, Josef KAUTZNER a Aleš LINHART, 2017. *Kardiologie*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4434-9.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

Transplantace srdce, ©2018. *Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno* [online]. Brno [cit. 2018-02-27]. Dostupné z: <http://www.cktch.cz/transplantace-srdce/t2040>

TUNG, Heng-Hsin et al., 2013. Self-Management Intervention to Improve Self-Care and Quality of Life in Heart Failure Patients. *Congestive Heart Failure* [online]. 19(4), E9–E16 [cit. 2017-10-23]. DOI: 10.1111/chf.12014. ISSN 15275299. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/chf.12014>

VÁGNER, Ivan a Miroslav WEBER, 2007. *Osobní management*. 2., přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4265-0.

VELDMAN, Karin et al., 2017. The Partners in Health scale for older adults: design and examination of its psychometric properties in a Dutch population of older adults. *Health Expectations* [online]. 20(4), 601–607 [cit. 2017-12-01]. DOI: 10.1111/hex.12488. ISSN 1369-6513. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/hex.12488>

VRABLÍK, Michal, 2014. Jak a proč zlepšit spolupráci s pacienty aneb téma adherence v běžné praxi. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře* [online]. 6(3), 13–14 [cit. 2018-02-25]. ISSN 1803-7542. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/34252>

VRABLÍK, Michal, 2015. Novinky v kardiovaskulární prevenci: od guidelines k novým léčebným možnostem. *Interní medicína pro praxi* [online]. **17**(5), 233–238 [cit. 2018-03-18]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2015/05/06.pdf>

WAGENAAR, Kim et al., 2017. Interpretability of the European Heart Failure Self-care Behaviour scale. *Patient Preference and Adherence* [online]. **11**, 1841–1849 [cit. 2018-02-17]. DOI: 10.2147/PPA.S144915. ISSN 1177-889X. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/interpretability-of-the-european-heart-failure-self-care-behaviour-sca-peer-reviewed-article-PPA>

WARREN-FINDLOW, Jan a Rachel B. SEYMOUR, 2011. Prevalence Rates of Hypertension Self-care Activities Among African Americans. *Journal of the National Medical Association* [online]. **103**(6), 503–512 [cit. 2017-10-25]. ISSN 0027-9684. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3390197/>

WASILEWSKI, Grzegorz Jan et al., 2014. Adherence to antihypertensive therapy among heart transplant recipients. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska = Polish Journal of Cardio-Thoracic Surgery* [online]. **11**(3), 343–348 [cit. 2017-11-22]. DOI: 10.5114/kitp.2014.45689. ISSN 1897-4252. Dostupné z: <http://www.termedia.pl/doi/10.5114/kitp.2014.45689>

WIDIMSKÝ, Jiří, Kateřina LEFFLEROVÁ a Kamil SEDLÁČEK, 2013. *Srdeční selhání*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-680-7.

WIDIMSKÝ, Jiří a Jiří WIDIMSKÝ, 2014. *Hypertenze*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-811-5.

WIDIMSKÝ, Jiří et al., 2018. Doporučení pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze 2017. *Hypertenze & kardiovaskulární prevence* [online]. **7**(Suppl.), 1–20 [cit. 2018-02-25]. ISSN 1805-4129. Dostupné z: <http://www.hypertension.cz/sqlcache/widimsky-1-hypertenze-kv-prevence-2018.pdf>

Zdravotnická ročenka České republiky 2015 [online], 2016. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2017-12-20]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2015>

Zdravotnická ročenka České republiky 2016 [online], 2017. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [cit. 2017-12-20]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2016>

ZLATOHLÁVEK, Lukáš, Eva TŮMOVÁ a Michaela ŠNEJDRLOVÁ, 2017. Kombinační terapie rizikových faktorů aterosklerózy v praxi. *Interní medicína pro praxi* [online]. **14**(4), 164–167 [cit. 2018-01-10]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201704-0002_Kombinacni_terapie_rizikovych_faktoru_aterosklerozy_v_praxi.php

ŽUGELJ, Urška et al., 2010. Self-reported Adherence Behavior in Adolescent Hypertensive Patients: The Role of Illness Representations and Personality. *Journal of Pediatric Psychology* [online]. **35**(9), 1049–1060 [cit. 2017-12-18]. DOI: 10.1093/jpepsy/jsq027. ISSN 0146-8693. Dostupné z: <https://academic.oup.com/jpepsy/article-lookup/doi/10.1093/jpepsy/jsq027>

SEZNAM ZKRATEK

AH	Arteriální hypertenze
APOD.	a podobně
AJ.	a jiné
CMP	Cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
FN	Fakultní nemocnice
ICHS	Ischemická choroba srdeční
KS	kardiostimulátor
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
ICD	Implantabilní kardiovertr-defibrilátor
LDL	Low density lipoprotein
MSP	mechanická srdeční podpora
NaCl	Chlorid sodný, kuchyňská sůl
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
NYHA	New York Heart Association
PIH	Partners in Health
SS	Srdeční selhání
TK	Tlak krevní
TJ.	to je
TZV.	tak zvaný
UPOL	Univerzita Palackého v Olomouci
USA	United States of America
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Charakteristika souboru	41
Tabulka 2: Statistický popis věku respondentů dle pohlaví	42
Tabulka 3: Deskripce odpovědí na PIH škálu.....	44
Tabulka 4: Popisná statistika PIH skóre dle věkových skupin	45
Tabulka 5: Souvislost celkového průměru PIH skóre s věkem	46
Tabulka 6: Souvislost celkového průměru PIH skóre se vzděláním	47
Tabulka 7: PIH skóre dle úrovně vzdělání	48
Tabulka 8: Analýza rozptylu	49
Tabulka 9: Porovnání PIH skóre souboru mužů a žen	50
Tabulka 10: Sociální situace.....	76
Tabulka 11: Finanční situace.....	76
Tabulka 12: Zdravotní problémy	76

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Sumarizace procesu řešeršní činnosti	13
Obrázek 2: Statistická data porovnání PIH skóru a věku pacientů	46
Obrázek 3: Vliv dosaženého vzdělání na PIH skóre.....	48

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Nezávislé faktory self-managementu	76
Příloha 2: Souhlasné stanovisko Etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.....	77
Příloha 3: Souhlas s realizací výzkumného šetření v lázních Teplice nad Bečvou	78
Příloha 4: Souhlas s výzkumným šetřením ve FN Olomouc.....	79
Příloha 5: Souhlas s výzkumným šetřením v lázních Poděbrady	80
Příloha 6: Souhlas s výzkumným šetřením v nemocnici Ústí nad Labem	81
Příloha 7: Souhlas s výzkumným šetřením ve FN v Motole	82
Příloha 8: Souhlas s výzkumným šetřením v Thomayerově nemocnici.....	83
Příloha 9: Souhlas s výzkumným šetřením ve FN Ostrava	85
Příloha 10: Dotazník s PIH škálou.....	87
Příloha 11: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu.....	89

Příloha 1: Nezávislé faktory self-managementu

Tabulka 10: Sociální situace

Spearman.korel.koef.		PIH	soc. sit.
sociální situace	korel.koeficient (r)	-0,027	1,000
	p-hodnota	0,582	.
PIH	korel.koeficient (r)	1,000	-0,027
	p-hodnota	.	0,582

Výsledky výpočtu (viz tabulka 10) Spearmanova korelačního koeficientu ($r = -0,027$, $p > 0,05$) potvrzují, že sociální situace nemá vliv na celkové PIH skóre, a tedy self-management nekoreluje se sociálním stavem respondentů.

Tabulka 11: Finanční situace

Spearman.korel.koef.		PIH	finance
finance	korel.koeficient (r)	-0,089	1,000
	p-hodnota	0,063	.
PIH	korel.koeficient (r)	1,000	-0,089
	p-hodnota	.	0,063

K posouzení finanční situace byli pacienti rozděleni do skupin podle toho, jaký měli zdroj svého finančního příjmu. Pro ověření dvou proměnných bylo vhodné použít Spearmanův korelační koeficient a na data pohlížet z pohledu jejich pořadí. Oslovení pacienti v různých finančních situacích vykazovali podobné výsledky v PIH skóre. Hodnoty výpočtu Spearmanova koeficientu (viz tabulka 11) ($r = -0,089$; $p > 0,05$) ukazují, že nebyl prokázán žádný vztah mezi finanční situací respondentů a dosaženým celkovým PIH skóre, a tedy finanční situace nemá vliv na celkové PIH skóre.

Tabulka 12: Zdravotní problémy

	Četnost	Medián	Směrod. odch.
bez zdr.probl	293	73,31	14,46
se zdrav.probl.	139	74,27	14,30

Výsledky všech respondentů byly rozděleny na dvě skupiny: s výskytem některých ze sledovaných akutních zdravotních problémů a bez jejich přítomnosti. Mezi těmito soubory byl porovnán vliv na PIH skóre pomocí Mann-Whitney U-testu. Hodnoty dle tabulky Kritických hodnot jsou zcela podobné. Byla získaná p-hodnota $p > 0,05$; čímž bylo potvrzeno, že neexistuje významný rozdíl mezi celkovým PIH skóre a akutními zdravotními problémy respondentů (viz tabulka 12).

Příloha 2: Souhlasné stanovisko Etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-7639/1040-2017

Vážená paní
RNDr. Eva Reiterová, Ph.D.
Centrum vědy a výzkumu
FZV UP

2017-01-24

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní doktorko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byl Váš projekt, podaný do Studentské grantové soutěže IGA UP 2017, posouzen a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že projektu s názvem **„Psychometrická validizace PIH škály u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním“**, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

Etická komise FZV UP v Olomouci požaduje dodání specifikace způsobu distribuce dotazníků. Tuto informaci žádáme zaslat elektronicky sekretářce Etické komise do 31. 01. 2017.

Dále Vás Etická komise FZV UP v Olomouci upozorňuje na nutnost získání souhlasu zařízení, ve kterém budete provádět výzkum. S pozdravem,

Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Tř. Svobody 8 | 771 11 Olomouc | T: 585 632 852
www.fzv.upol.cz

Příloha 3: Souhlas s realizací výzkumného šetření v lázních Teplice nad Bečvou

PRŮVODNÍ LIST K SOCIOLOGICKÉMU PRŮZKUMU

**Název sociologického průzkumu: SELF-MANAGEMENT U PACIENTŮ
S CHRONICKÝM KARDIOVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM**

(výzkum je dedikován projektem UP v Olomouci, IGA FZV 2017)

Zadavatel: UP v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Datum realizace průzkumu: únor 2017-červen 2017

Typ výzkumné strategie: kvantitativní

Stručný popis výzkumné strategie:

Cílem výzkumného šetření je zjistit jaká je úroveň self-managementu u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním v sociokulturních podmínkách ČR.

Výběr respondentů: osoby s diagnostikovaným chronickým kardiovaskulárním onemocněním

věk respondentů 18-90let

nezávislost v zajišťování potřeb

Metodika: dotazník

Analýza získaných dat: získaná data budou zpracována a analyzována pomocí statistických metod

Etické aspekty studie: bude respektována osobní svoboda, rasová a etnická tolerance

nebudou zařazeni respondenti, kteří nebudou souhlasit s výzkumem

Vypracovala: Bc. Eva Prušová

31.1. 2017

Souhlasím



Příloha 4: Souhlas s výzkumným šetřením ve FN Olomouc



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: fn@fnol.cz
IČO: 00098892

ODBOR KVALITY

Dokument č.:
Fm-MP-G015-05-PRLIST-001

verze č.: 1, str. 1/1

Průvodní list k sociologickému průzkumu

Název sociologického průzkumu:
**SELF-MANAGEMENT U PACIENTŮ S CHRONICKÝM
KARDIOVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM**
(Výzkumné šetření bude realizováno s podporou projektu IGA MZ ČR)

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: 1.interní klinika kardiologická – odd. standardní kardiologické
péče I a IV

Zadavatel: Bc. Eva Prušová

Datum realizace průzkumu: 25.5. – 29.5.2017

Typ výzkumné strategie:

kvantitativní

kvalitativní

Stručný popis výzkumné strategie:

Úvod: Chronická kardiovaskulární onemocnění se řadí podle statistických údajů mezi nejčastější příčiny úmrtí ve světě. Při řešení tohoto problému do budoucna je důležité klást důraz na prevenci, v praxi to znamená zefektivnit edukační program a self - management pacienta.

Cíl: Zjistit a posoudit self - management u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním v sociokulturním prostředí České republiky.

Dílčí cíle:

- 1) Identifikovat oblasti rezerv v sebeděči u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním pomocí PIH škály.
- 2) Získat informace, které umožní zdravotníkům specifikovat potřeby pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním.
- 3) Výsledky výzkumného šetření následně porovnat s výsledky zahraničních studií.
- 4) Prezentovat výsledky výzkumu zkoumané problematiky v oboru ošetřovatelství.
- 5) Výstupem výzkumného šetření bude posílit autonomní funkci všeobecné sestry (tj. v podpoře zdraví k zajištění kvalitního života pacientů s chronickým onemocněním).

Metodika výzkumného šetření: v diplomové práci bude zvolen kvantitativní typ výzkumu s využitím metody formou anonymního dotazníku. K výzkumnému šetření bude použit nestandardizovaný dotazník, jehož součástí bude PIH škála, jako hodnotící výzkumný nástroj (PIH škála v české verzi, „Škála partnera ve zdraví“ byla vytvořena Flinderskou Univerzitou v Austrálii pro posouzení self - managementu v centrech zdraví, hodnotí dodržování léčebných opatření, vědomostí o onemocnění, managementu vedlejších účinků a managementu příznaků a symptomů).

Vypracoval: Bc. Božena Kovářová

Schválil:

Bc. Andrea Drobilčová
Hlavní sestra
Odbor hlavní sestry
Fakultní nemocnice Olomouc

Ukončení průzkumu: 29.5.2017

Poznámky:

Příloha 5: Souhlas s výzkumným šetřením v lázních Poděbrady

PRŮVODNÍ LIST K SOCIOLOGICKÉMU PRŮZKUMU

Název sociologického průzkumu: SELF-MANAGEMENT U PACIENTŮ
S CHRONICKÝM KARDIOVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM

(výzkum je dedikován projektem UP v Olomouci, IGA FZV 2017)

Zadavatel: UP v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Datum realizace průzkumu: únor 2017-červen 2017

Typ výzkumné strategie: kvantitativní

Stručný popis výzkumné strategie:

Cílem výzkumného šetření je zjistit jaká je úroveň self-managementu u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním v sociokulturních podmínkách ČR.

Výběr respondentů: osoby s diagnostikovaným chronickým kardiovaskulárním onemocněním

věk respondentů 18-90let

nezávislost v zajišťování potřeb

Metodika: dotazník

Analýza získaných dat: získaná data budou zpracována a analyzována pomocí statistických metod

Etické aspekty studie: bude respektována osobní svoboda, rasová a etnická tolerance

nebudou zařazeni respondenti, kteří nebudou souhlasit s výzkumem

Vypracovala: Bc. Eva Prušová

31.1. 2017

LÁZNĚ PODĚBRADY
akciová společnost
280 33 PODĚBRADY
(20)

Příloha 6: Souhlas s výzkumným šetřením v nemocnici Ústí nad Labem

PRŮVODNÍ LIST K SOCIOLOGICKÉMU PRŮZKUMU

Název sociologického průzkumu: SELF-MANAGEMENT U PACIENTŮ S CHRONICKÝM KARDIOVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM

(výzkum je dedikován projektem UP v Olomouci, IGA FZV 2017)

Zadavatel: UP v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství

Datum realizace průzkumu: únor 2017-červen 2017

Typ výzkumné strategie: kvantitativní

Stručný popis výzkumné strategie:

Cílem výzkumného šetření je zjistit jaká je úroveň self-managementu u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním v sociokulturních podmínkách ČR.

Výběr respondentů: osoby s diagnostikovaným chronickým kardiovaskulárním onemocněním

věk respondentů 18-90let

nezávislost v zajišťování potřeb

Metodika: dotazník


Analýza získaných dat: získaná data budou zpracována a analyzována pomocí statistických metod

Etické aspekty studie: bude respektována osobní svoboda, rasová a etnická tolerance

nebudou zařazeni respondenti, kteří nebudou souhlasit s výzkumem

Vypracovala: Bc. Eva Prušová

31.1. 2017

13	Krajská zdravotní, a.s.	
030	Vzdělávací institut	
100	Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem	
02	IČ: 25488627, DIČ: CZ25488627 Tel.: 477 111 111	

Příloha 7: Souhlas s výzkumným šetřením ve FN v Motole

Náměstek pro ošetřovatelskou péči

Mgr. Jana Nováková, MBA

FN v Motole

V Úvalu 84/1

PRAHA 5

150 06

Eva Prušová

Prodloužená 24

Brno

620 00

Fakultní nemocnice v Motole
Doručeno: 28.03.2017
FNMO/17/011943/



Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

dovoluji si Vás požádat o provedení výzkumného šetření (20 dotazníků) ve FN v Motole na Kardiologické klinice a Klinice kardiovaskulární chirurgie, které bude součástí mé diplomové práce a je současně dedikováno výzkumnému projektu IGA Univerzity Palackého v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd. Jsem studentkou oboru Ošetřovatelská péče v interních oborech, 1.ročník, kombinovaná forma studia. Výzkum se zaměřuje na self management u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním. Výzkumné šetření bude probíhat od 1.4. 2017 – 31.5.2017. Účast probandů ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Se získanými informacemi bude nakládáno v souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Přikládám dotazník.

Děkuji za laskavost, vstřícnost a spolupráci.

S uctivým pozdravem *Eva Prušová*

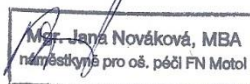
Eva Prušová

e-mail: eprusova11@seznam.cz

tel. 605 920 481

29 -03- 2017

Soubor



Příloha 8: Souhlas s výzkumným šetřením v Thomayerově nemocnici

Centrum pro vzdělávání
Mgr. Vaňková
Thomayerova nemocnice
Václavská 800
140 59 Praha 4 – Krč

Eva Prušová
Prodloužená 24
620 00 Brno
+420 605 920 481

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

dovoluji si Vás požádat o provedení výzkumného šetření (30 dotazníků) na interním oddělení vaší nemocnice, které bude součástí mé diplomové práce a je současně dedikováno výzkumnému projektu IGA Univerzity Palackého v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd. Sběr dat bude probíhat formou dotazníků a výzkum se zaměřuje na self management u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním. Výzkumné šetření bude probíhat od 15.4.- 31.5. 2017 Účast probandů ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Se získanými informacemi bude nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Jsem studentkou 1.ročníku navazujícího magisterského studia UP v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd, obor – Oš. péče v interních oborech, kombinovaná forma studia.

Děkuji za laskavost, ochotu a spolupráci.

S uctivým pozdravem 

Eva Prušová

V Brně dne 10.4. 2017

----- Původní e-mail -----

Od: Vaňková Jitka, Mgr. <jitka.vankova@ftn.cz>

Komu: eprusova11@seznam.cz <eprusova11@seznam.cz>

Datum: 13. 4. 2017 12:01:23

Předmět: RE: Žádost o schválení dotazníkového šetření

Paní Průšová,
paní náměstkyně schválila vaši žádost ke sběru dat v TN.

Přeji Vám příjemný den

Jitka Vaňková

Mgr. Jitka Vaňková
Thomayerova nemocnice
Centrum pro vzdělávání (CV)
Videňská 800
140 59 Praha 4 - Krč
Tel. 605 235 788
e-mail: jitka.vankova@ftn.cz

From: eprusova11@seznam.cz [mailto:eprusova11@seznam.cz]

Sent: Monday, April 10, 2017 10:34 AM

To: Vaňková Jitka, Mgr.

Subject: Žádost o schválení dotazníkového šetření

Příloha 9: Souhlas s výzkumným šetřením ve FN Ostrava

Náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči

PhDr. Andrea Vilímková

FN Ostrava

17. listopadu 1790

Ostrava – Poruba

708 52

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Vážená paní doktorko,

dovoluji si Vás požádat o provedení výzkumného šetření (50 dotazníků) ve FN Ostrava na Kardiovaskulárním oddělení a Kardiochirurgické klinice, které bude součástí mé diplomové práce a je současně dedikováno výzkumnému projektu IGA Univerzity Palackého v Olomouci, Fakulty zdravotnických věd. Jsem studentkou oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech, 1.ročník, kombinovaná forma studia. Výzkum se zaměřuje na self management u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním. Výzkumné šetření bude probíhat od 1.4. 2017 – 31.5.2017. Účast probandů ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Se získanými informacemi bude nakládáno v souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Děkuji za laskavost, vstřícnost a spolupráci.

S uctivým pozdravem Eva Prušová

Brno, Prodloužená 24, 620 00

e-mail: eprusova11@seznam.cz

tel. 605 920 481

V Brně dne 27.3. 2017

----- Původní e-mail -----

Od: Polínková Magda <magda.polinkova@fno.cz>

Komu: eprusova11@seznam.cz <eprusova11@seznam.cz>

Datum: 4. 4. 2017 9:11:41

Předmět: FW: Žádost o výzkumné šetření

Dobrý den,

s výzkumným šetřením ve FN Ostrava souhlasím.

S pozdravem

PhDr. Andrea Vilímková
náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice Ostrava

From: eprusova11@seznam.cz [mailto:eprusova11@seznam.cz]

Sent: Monday, March 27, 2017 11:36 PM

To: Vilímková Andrea, PhDr.

Subject: Žádost o výzkumné šetření

Vážená paní doktorko,

v příloze zasílám žádost o výzkumné šetření ve FN Ostrava, dotazník a potvrzení o studiu.

Děkuji a přeji pěkný den.

Eva Prušová

Příloha 10: Dotazník s PIH škálou

Vážená paní, vážený pane,

dovolujeme si Vás oslovit s žádostí o vyplnění dotazníku zaměřeného na hodnocení péče o sebe sama (self-management) u pacientů s chronickým onemocněním. Cílem šetření je získat informace, které by ve svém důsledku umožnily zdravotníkům lépe pochopit potřeby pacientů s chronickým onemocněním a pomohly jim k zajištění kvalitního života. Dotazník je anonymní. Prosíme o pravdivé zodpovězení otázek. Odpovědi, které považujete za správné, prosím zakroužkujte nebo dopište. Podepsáním Informovaného souhlasu akceptujete náš výzkum. Předem Vám děkujeme za ochotu a čas, který věnujete jeho vyplnění.

Autoři projektu

1. Jste a) muž b) žena

2. Jaký je Váš věk? prosím uveďte počet let k datu vyplnění dotazníku

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské
- e) jiné – prosím uveďte.....

4. Jaká je Vaše sociální situace?

- a) bydlím sám/sama
- b) bydlím s manželem/manželkou
- c) bydlím s partnerem
- d) bydlím s příbuznými
- e) jiné – prosím uveďte.....

5. Jaké je Vaše finanční zajištění? (možnost zvolit více variant)

- a) mzda, plat
- b) důchod
- c) sociální příspěvky
- d) podpora rodiny
- e) jiné – prosím uveďte.....

6. Jaké je Vaše diagnostikované chronické onemocnění? (možnost zvolit více variant)

- a) hypertenze (vysoký krevní tlak)
- b) diabetes mellitus 2. typu (cukrovka)
- c) ischemická choroba srdeční (nemoci srdce a cév)
- d) nemoci kloubů (př. artritida, artróza, osteoporóza...)
- e) CMP (mozková mrtvice)
- f) jiné a další – prosím uveďte.....

7. Máte momentálně akutní zdravotní problémy?

- a) ano, prosím uveďte jaké.....
- b) ne

8. Máte diagnostikovanou depresi?

- a) ano
- b) ne

9. Máte problémy s orientací v místě a čase?

- a) ano
- b) ne

10. Jste závislý/á na péči druhé osoby?

- a) ano
- b) ne

PIH škála (škála pro posouzení sebezpečí u osob s chronickým onemocněním)

Svůj názor, postoj prosím označte na škále 0 – 8 zakroužkováním.

1. Celkově vím o svém zdravotním stavu:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
velmi málo něco hodně

2. Celkově vím o léčbě mých zdravotních potíží včetně užívaných léků:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
velmi málo něco hodně

3. Užívám léky nebo podrobuji se léčbě doporučené mým lékařem nebo zdravotníkem:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
nikdy někdy vždy

4. Podílím se na rozhodování o mém zdravotním stavu společně s mým lékařem nebo zdravotníkem:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
nikdy někdy vždy

5. Dokážu jednat s poskytovateli zdravotní péče o službách, které potřebuji a které jsou v souladu s mými kulturními zvyklostmi, hodnotami a názory

0 1 2 3 4 5 6 7 8
nikdy někdy vždy

6. Docházím na kontroly, jak vyžaduje můj lékař nebo zdravotník:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
nikdy někdy vždy

7. Sleduji projevy mého onemocnění a časné varovné příznaky, např. hodnoty krevního cukru, maximální výdechovou rychlost, váhu, dušnost, bolest, problémy se spánkem, náladu, apod.:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
nikdy někdy vždy

8. Při zhoršení projevů mého onemocnění a časných varovných příznaků provádím vhodná opatření:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
nikdy někdy vždy

9. Zvládám vliv svého zdravotního stavu na svou fyzickou aktivitu, např. chůzi, domácí práci, apod.:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
ne moc dobře docela dobře velmi dobře

10. Zvládám vliv svého zdravotního stavu na to, jak se cítím, co prožívám, např. vliv na své emoce, na duševní pohodu, apod.:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
ne moc dobře docela dobře velmi dobře

11. Zvládám vliv svého zdravotního stavu na svůj společenský život, např. navazování kontaktů s dalšími lidmi, apod.:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
ne moc dobře docela dobře velmi dobře

12. Celkově zvládám dodržovat zdravý životní styl, např. nekuřáctví, příležitostné pití alkoholu, zdravé stravování, pravidelnou tělesnou aktivitu, zvládání stresu, apod.:

0 1 2 3 4 5 6 7 8
ne moc dobře docela dobře velmi dobře

Děkujeme za vyplnění dotazníku

Příloha 11: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu



Fakulta
zdravotnických věd

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: IGA

Psychometrická validizace PIH škály u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním

Období realizace: březen 2017 – únor 2018

Řešitelé projektu: RNDr. Eva Reiterová, Ph.D. – hlavní řešitel

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu zaměřeném na ověření dotazníku pro vyhodnocení péče o sebe sama u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním a na posouzení sebedpěče u těchto pacientů. Pro sběr údajů bude použit dotazník obsahující informace o 12 položkách týkajících se péče o sebe sama, které budete hodnotit na stupnici od 0 do 8. Součástí dotazníku jsou také demografické údaje o Vaší osobě (věk, pohlaví, stav apod.). Vyplněním dotazníků strávíte přibližně 15 minut. Prosíme vás o pravdivost vašich odpovědí. Dotazník je anonymní a nehrozí žádné riziko spojení dotazníku s vaší osobou. Výsledky výzkumného šetření budou využity pro účely grantového projektu. Z účasti na projektu pro Vás nevyplývají žádná rizika. V případě zájmu Vám výsledky šetření budou poskytnuty.

Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.