

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Alena Holubová

Adherence v léčbě u pacientů s cévní mozkovou příhodou

Diplomová práce

Vedoucí práce: RNDr. Eva Reiterová, Ph.D.

Olomouc 2018

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

Olomouc, 7. května 2018

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce RNDr. Evě Reiterové, Ph.D. a odbornému konzultantovi prof. MUDr. Davidu Školoudíkovi, Ph.D. za jejich odborné vedení, metodickou pomoc a cenné rady, které mi poskytli při vypracování této práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: **Diplomová práce**

Téma práce: **Ošetrovatelská péče o pacienty s neurologickým onemocněním**

Název práce: **Adherence v léčbě u pacientů s cévní mozkovou příhodou**

Název práce v AJ: **Adherence in treatment in patients with stroke**

Datum zadání: **2017-01-25**

Datum odevzdání: **2018-05-07**

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Alena Holubová

Vedoucí práce: RNDr. Eva Reiterová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Cílem diplomové práce je zjištění míry adherence v léčbě u pacientů s cévní mozkovou příhodou. Kvantitativním výzkumem průřezové prospektivní studie pomocí dotazníkového šetření zjišťujeme, jakou míru adherence v léčbě mají pacienti s cévní mozkovou. Výzkumný soubor zahrnuje 110 respondentů z Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava. V dotazníku byly použity otázky demografického typu, standardizovaný Moriskyho 8- mi položkový dotazník a dotazník MINI COG. Práce je rozdělená do kapitol, které podrobně popisují rešeršní činnost, teoretická východiska pro výzkum a samotný výzkum. Jeho metodiku, výsledky a diskusi. V tomto výzkumu bylo prokázáno, že respondenti, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu měli nižší adherenci v léčbě. Vliv na adherenci v léčbě mělo také vzdělání a rodinný stav respondentů. Statistický rozdíl v pohlaví a věku respondentu nebyl signifikantně významný.

Abstrakt v AJ: The aim of the thesis is to determine the rate of adherence in the treatment of patients with stroke. Quantitative research cross-sectional prospective study using a questionnaire survey we find, what level of adherence in treatment of patients with stroke. The research sample constituted of 110 respondents from the Neurological clinic of the University hospital Ostrava. In the questionnaire were used questions of a demographic type, a standardized Moriskyho 8 - item questionnaire and a questionnaire to the MINI COG. The work is divided into chapters, which describe in details the search activity, the theoretical foundations for research and research alone. His methodology, results and discussion. In this research it has been proved that the respondents, who have had a stroke had a lower adherence in the treatment of. Effect on adherence in the treatment also has the education and the marital status of the respondents. The statistical difference in gender and age of the respondents was not significantly significant.

Klíčová slova v ČJ: adherence, cévní mozková příhoda, Moriskyho dotazník

Klíčová slova v AJ: adherence in treatment, stroke, Morisky questionnaire

Rozsah: 96 stran, 4 přílohy

Obsah

ÚVOD.....	8
REŠERŠNÍ ČINNOST:.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1.1 Definice adherence	13
1.2 Metody měření adherence.....	15
1.3 Adherence a její význam.....	16
1.4 Adherence v ošetrovatelské terminologii	23
1.5 Adherence a studie.....	27
1.6 Tvorba edukačních programů pro pacienty	30
1.7 Definice cévní mozkové příhody.....	32
1.8 Incidence, prevalence, mortalita cévních mozkových příhod.....	33
1.9 Dělení cévních mozkových příhod	36
1.10 Rizikové faktory, prevence cévní mozkové příhody	37
1.11 Management cévní mozkové příhody.....	41
1.12 Léčba cévní mozkové příhody.....	42
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	47
2.1 Cíle výzkumu.....	47
2.2 Metodika výzkumu	47
2.2.1 Charakteristika souboru.....	48
2.2.2 Metoda sběru dat	49
2.2.3 Realizace výzkumu.....	50
2.2.4 Metody zpracování dat	51
2.3 Výsledky výzkumu	51
2.3.1 Demografické charakteristiky respondentů.....	51
2.3.2 Frekvence jednotlivých odpovědí Moriskyho osmi-položkového dotazníku.....	56
2.3.3 Ověření platnosti hypotéz.....	60
2.4 Diskuze	73
ZÁVĚR:.....	76
REFERENČNÍ SEZNAM:.....	78

SEZNAM ZKRATEK	85
SEZNAM TABULEK	87
SEZNAM GRAFŮ	88
SEZNAM OBRÁZŮ	89
SEZNAM PŘÍLOH	90

ÚVOD

Problematika adherence v léčbě je stále častějším problémem na celosvětové úrovni. Je mnoho známých faktorů, které ji mohou ovlivňovat. Přitom non-adherence je vysoce zastoupena napříč všemi nozologickými jednotkami a převaha non-adherentního chování je hlavně pozorována u pacientů s chronickým onemocněním. Toto chování může mít vážné důsledky pro pacienta v podobě neúčinnosti léčby, nedosažení cílů léčby, nárůstu morbidit a mortality, možnosti nežádoucích účinků léčby a jejich komplikací, zvýšením nákladů na léčbu, nutnou hospitalizací, větším stupněm závislosti na jiných osobách nebo pobytu v následných zdravotnických či sociálních zařízeních. V roce 2003 se konal projekt pořádaný World Health Organization nazvaný Adherence to long-term therapies: evidence for action, do kterého bylo zapojeno celosvětově mnoho zemí a dospěl k názoru, že adherence je rozsah, v níž chování osoby – užívání léků, dodržování diety a / nebo uskutečnění změn životního stylu odpovídá dohodnutým doporučením od poskytovatele zdravotní péče (WHO, 2003). Dodnes se mnoho autorů jednoznačně neshodne na definici termínu adherence. Někteří jej berou jako dodržování léčby, jiní jako jednu z podmnožin pojmů compliance, perzistence. Nejednotná terminologie, nedostatek vhodných intervencí a v praxi málo užívané univerzální dotazníkové škály jsou základními chybějícími atributy v odhalení non-adherentního chování u pacientů. Adherence k léčbě je přitom první a základní předpoklad úspěšné léčby a k tomuto zásadním způsobem přispívá informovanost pacientů, jejich náhled na nemoc, jejich postoj k nemoci samotné. Velkou výhodou a bonusem v tomto ohledu je edukační sestra, která má na pacienta dostatek času a prostoru a možností, jak ovlivnit pacientův pohled na nemoc, jeho rodiny i nejbližších a tím výrazně ovlivnit pacientovu samotnou adherenci v léčbě (Ládová, 2015, s. 14-19).

Cévní mozkové příhody jsou skupinou onemocnění s vysokou mortalitou a morbiditou. Následky těchto onemocnění mají celospolečenský dopad. Obrovskou zátěž jak fyzickou, psychickou, tak i ekonomickou představuje toto onemocnění jak pro pacienty, jejich rodiny, zdravotní pojišťovny i celou společnost. Celosvětově je iktus druhou nejčastější příčinou úmrtí a v mnoha zemích představuje nejčastější příčinu invalidity dospělých (Kalvach, 2010, s.14). A právě adherentním chování pacienta jak v primární, tak v sekundární prevenci lze zabránit mnohým negativním dopadům. Adherence v léčbě by neměla být opomíjena u žádného pacienta a správnou identifikací a prevencí non-adherentního chování

lze předejít výskytu komplikací i selhání zavedené terapie. Pátráním po non-adherentním chování lze považovat za nástroj, jak odhalit pacientovy postoje k vlastní léčbě a posílit vzájemný vztah zdravotníka a pacienta.

REŠERŠNÍ ČINNOST:

Pro samotnou tvorbu diplomové práce a lepší orientaci v problematice souvislosti adherentního chování u pacientů s cévní mozkovou příhodou byla použita tato literatura:

V českém a slovenském jazyce:

FARKAŠOVÁ, D. a kol. Ošetrovatelstvo – teória. Martin: Osveta, 2006. 211 s. IBSN 80-8063-227-8.

GURKOVÁ, E., Nemocný a chronické onemocnění. Praha: Grada Publishing a.s., 2017. 191 s. IBSN 978-80-271-9917-4.

CHRASTINA, J., ŽIAKOVÁ, K., IVANOVÁ, K., SCHWETZOVÁ, D., VRÁNOVÁ, V., Chronická nemoc, její definování a chápání pohledem nemocného a rodinných příslušníků. In Žiaková, K., Čáp, J., (eds.). Teória výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve., Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Ústav ošetrovatelstva, 2011. 429 s. IBSN 978-80-89544-00-4.

KALITA, Z., a kol. Akutní cévní mozkové příhody: Diagnostika, patofyziologie, management. Praha: Maxdorf, 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.

KALVACH, P., a kol., Mozkové ischemie a hemoragie. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-65-3.

LÁDOVÁ, K., Význam hodnocení adherence k léčbě pomocí výpovědi pacienta v posouzení účinnosti farmakoterapie, Dizertační práce, Hradec Králové: Univerzita Karlova Praha, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Katedra sociální a klinické farmacie, 2015. 96 s.

KÁŇOVSKÝ, P., HERZIG, R. a kolektiv, Speciální neurologie. 1. vydání. Olomouc, 2007. 384 s. IBSN 978-80-247-5247-1.

MAREČKOVÁ, J., Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha: Grada, 2006. 262 s. ISBN 80-247-1399-3.

MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E., Pacientovo pojetí nemoci I. Brno: MDS spol. s.r.o., 2009. 143 s. ISBN 978-80-7392-120-0.

MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E., JEŽEK, S., VOTROUBKOVÁ, M. Pacientovo pojetí nemoci II. Brno: MDS spol. s.r.o., 2010. 171 s. ISBN 978-80-7392-150-7.

MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E., JEŽEK, S., SKORUNKA, D. Pacientovo pojetí nemoci III. Brno: MDS spol. s.r.o., 2011. 122 s. ISBN 978-80-7392-191-0.

NANDA INTERNATIONAL. Ošetrovatelské diagnózy: definice. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013. 584 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

NANDA International, Inc. Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017. 10. vydání. Praha: Grada Publishing,a.s. 2015. 464 s. ISBN 978-80-271-9009-6.

PIŤHA, J. a kol., Adherence v léčbě roztroušené sklerózy, Adherence k léčbě: hlavní prostředek k dosažení účinku terapie, VRABLÍK, M., Olomouc: Solen, 2015. 64 s. neurologie pro praxi, 16(4): Suppl E. ISBN 978-80-7471-114-5.

PIŤHA, J. a kol., Adherence v léčbě roztroušené sklerózy, Komunikace s pacientem nejen jako nástroj pro zvyšování adherence, BANÝROVÁ, P., Olomouc: Solen, 2015. 64 s. Neurologie pro praxi, 16(4): Suppl E. ISBN 978-80-7471-114-5.

ŘÍČAN, P. Psychologie osobnosti-obor v pohybu. Praha: Grada publishing a.s, 2007. 208 s. IBSN 978-80-247-1174-4.

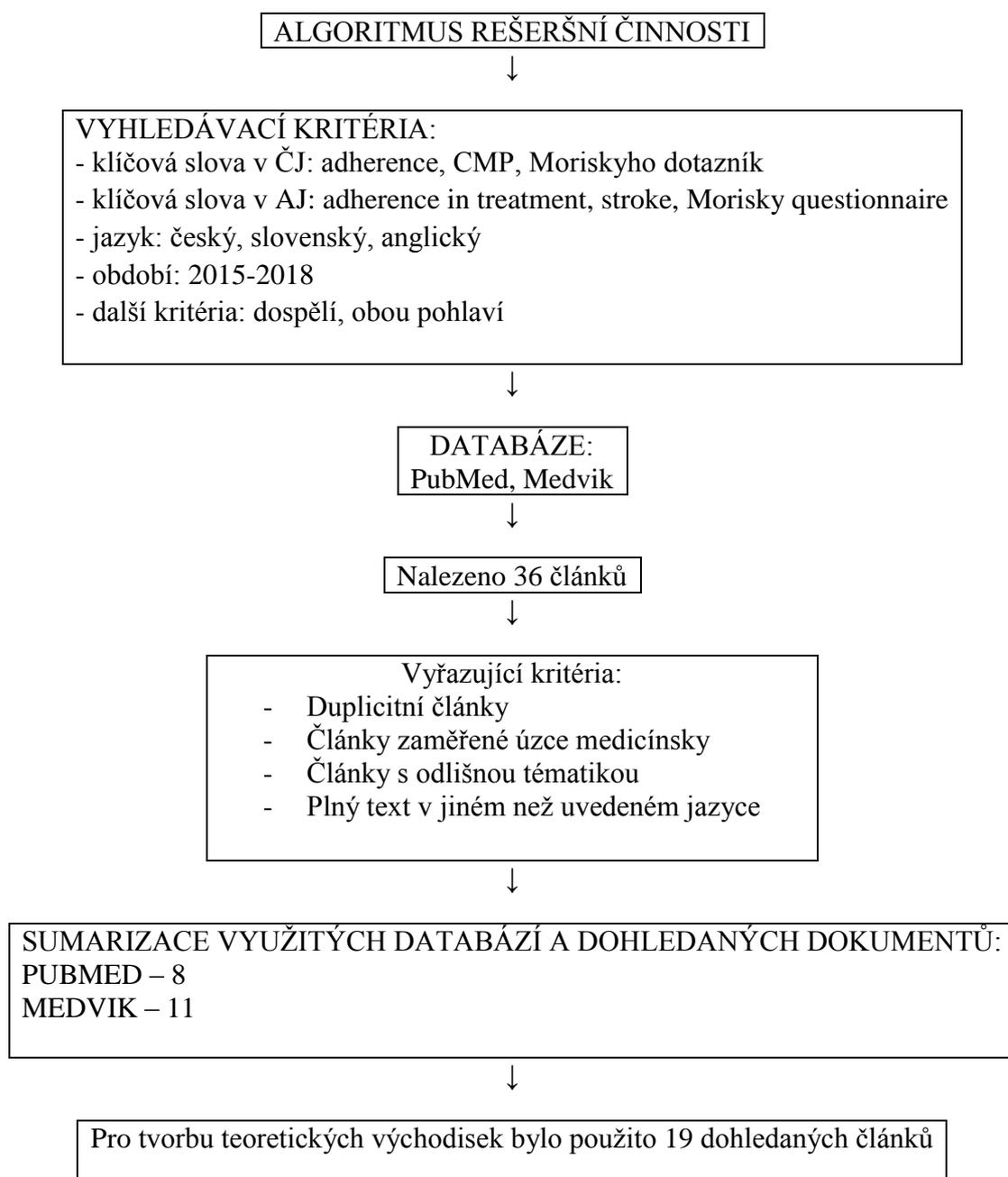
SEIDL, Z., Neurologie pro studium a praxi, Praha: Grada publishing.a.s, 2015. 384 s. IBSN 978-80-247-9657-4.

V anglickém jazyce:

BULECHEK G., M., BUTCHER H., DOCHTERMAN J., WAGNER CH. Nursing Interventions Classification (NIC).6th ed. St. Louis, Mo: Mosby, 2013. 608 s. ISBN 978-0-323-10011-3.

JOHNSON M., MOOREHEAD S., BLUECHEK G., BUTCHER H., MAAS M., SWANSON E. NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Supporting Critical Reasononig and Quality Care. Vyd. 3. Maryland Heights, MO: Elsevier Mosby, 2012, 422 s. ISBN 978-0-323-07703-3.

MOORHEAD S., JOHNSON M., MAAS L., SWANSON F., SWANSON E. Nursing Outcomes Classification (NOC): measurement of health outcomes. Vyd. 5. St.Louis: Elsevier, 2013, 751 s. ISBN 978-0-323-100010-6.



1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Definice adherence

Definice adherence podle WHO z roku 2003 je: adherence je rozsah, v níž chování osoby – užívání léků, dodržování diety a/nebo uskutečnění změn životního stylu odpovídající dohodnutým doporučením od poskytovatele zdravotní péče. Adherence je širší pojetí problému a zejména odráží nezbytnost aktivního zapojení nemocného, který není jen pasivním „vykonavatelem příkazů“, ale motivovaným spolupracovníkem, který chápe význam dodržování doporučení (Piřha, Vrablík, 2015, s. 6). Adherence je nutno brát za primární faktor úspěšnosti léčby. Non-adherence snižuje optimální klinické přínosy, proto je nutno se adherencí zabývat vždy. „Léky nebudou fungovat, pokud je neužíváte“ (WHO, 2003). Definice podle WHO je nejčastěji citovanou, avšak existuje i více definic adherence, se kterými se můžeme v literatuře setkat. Adherence znamená rozsah, ve kterém se pacient spolupodílí na léčebném režimu poté, co ho odsouhlasil nebo adherence je stupeň, ve kterém pacient následuje pokyny, zákazy a preskripci svého lékaře. Adherence znamená rozsah, ve kterém se pacientovo chování prolíná s odsouhlasenými doporučeními zdravotníka (Ládová, 2015, s.15-16).

V září 2009 se ve Velké Británii uskutečnila 13. výroční konference ESPACOMP (European Society of Patient Adherence, Compliance, and Persistence), která se zabývala novým konceptem taxonomie a terminologie adherence. Účastnili se odborníci 11 zemí Evropy, odborníci z Austrálie a USA. Výstup byl vytvořen na základě systematické rešerše publikovaných dat a diskuze s odborníky. V rámci této konference 60 % účastníků preferovalo užívání pojmu adherence v léčbě, oproti 25 %, kteří hlasovali pro užívání pojmu compliance k léčbě, avšak větší část odborníků připustila, že adherence může být zaměnitelná s compliance. Návrh nové taxonomie a terminologie byl publikován v časopise British Journal of Clinical Pharmacology ve třech hlavních pilířích.

- Adherence k léčivům (iniciace, implementace a přerušování léčby)
- Management adherence (proces podpory a sledování adherence v léčbě zdravotníky, zdravotnických systémů, jiných subjektů poskytujících zdravotnickou péči)

- Obory související s adherencí (medicína, farmacie, biostatistika, zdravotnické psychologie, farmakokinetika, farmakoekonomika, sociologie, ošetřovatelství)

Všechny tři složky prvního pilíře mohou být příčinou non-adherentního chování (pozdní zahájení léčby, nezahájení léčby, nedodržování nastaveného dávkování a předčasné přerušení léčby). Cílem managementu adherence je racionální terapie a je součástí strategií při dosahování poskytování zdravotnické a farmaceutické péče (Ládová, 2015, s. 17-19)

Řada prací posuzovala faktory, které ovlivňují adherenci k léčbě. Obecně je míra adherence 50-60 % u dlouhodobě léčených, 70-80 % u krátkodobě léčených, ale režimová opatření jsou obecně dodržována u pouhých 20-30 % (Pitřha, Banýrová, 2015, s.34). Mezi nejčastější faktory ovlivňující adherenci k léčbě řadíme faktory onemocnění, faktory na straně pacienta, faktory na straně léčby, faktory na straně poskytovatele péče a pacientův subjektivní pohled na zdraví a nemoc. (Mareš, 2009, s. 11-28, Vrablík, 2015, s.7), kdy subjektivní pohled na zdraví a nemoc není v České republice úplně pohledem obvyklým. Zdravotničtí profesionálové hodnotí pacienta se svým onemocněním ze čtyřech různých pohledů. A to pohled obecný, kdy se jedná o přirozenou historii nemoci, pohled druhý je klinický pohled na nemoc, pohled třetí je doložen vlastními zkušenostmi s odbornou praxí zdravotníka, pohled čtvrtý je individualita každého pacienta. Většinou ve vlastním posouzení zdravotního stavu chybí pátý, velmi důležitý pohled a tím je vlastní subjektivní pohled pacienta na zdraví a nemoc, který má mnohdy zásadní význam pro adherentní chování pacienta (Mareš, 2009, s.29-53). Ani u pacientů po cévních mozkových příhodách tomu není jinak. Mnohdy právě non-adherentní chování pacienta vede k těmto zdravotním problémům a je na každém z nás, jak se rozhodne doporučení lékařů dodržovat. Na zdravotnických profesionálech pak je v tomto pacienty umět správně podpořit, vysvětlit jim důvody správné medikace, upozornit na možné dopady při nedodržení léčby, na rizikové faktory, celkově pacienta umět správně edukovat a motivovat. Zásadní význam v tomto má správná komunikace s pacientem, motivace a navázání důvěryhodného vztahu.

1.2 Metody měření adherence

Metod pro měření adherence v léčbě máme mnoho, avšak žádná z nich není plošně aplikovaná. Důvodem je různá míra objektivnosti a spolehlivosti, nemožnost zhodnocení všech hledisek v non-adherentním chování, nepraktičnost, nereprodukovatelnost výsledků v čase, vysoké finanční náklady nebo absence korelace s jinými metodami. Proto k odhalení adherentního či non-adherentního chování u pacientů je doporučeno jednotlivé nástroje kombinovat, současně se zaměřit na jednoduché strategie, které nežádoucí chování pacienta detekují a analyzovat i zpětnou vazbu od pacienta, která vede k pochopení pacientova postoje k onemocnění.

Dělení metod měření adherence v léčbě:

- Přímé metody (prokazující, že pacient medikaci užil)
- Nepřímé metody (neposkytují důkaz o skutečném užití)

Přímé metody jsou často nepraktické a drahé. Zahrnují především stanovení koncentrací léčiva a jeho metabolitů v krvi a moči pacienta. Mohou být nepřesné, což je způsobeno samotným pacientem, který užije léčivo jen před plánovaným vyšetřením. A jsou zaměřeny zpravidla jen na krátkodobou adherenci. Využívají se hlavně u pacientů, kteří jsou na léčbu rezistentní. Mezi tyto metody můžeme zařadit i přímé pozorování pacienta, které je využitelné hlavně u hospitalizovaných pacientů.

Nepřímé metody měření adherence v léčbě zahrnují více možností. Jde o dotazníkové šetření, deníky pacienta, telefonické či osobní rozhovory, které jsou založeny na samotné výpovědi pacienta, elektronickém monitorování, analýze záznamu o výdeji léčiva, monitorování klinických výstupů nebo zhodnocení zdravotníkem či blízkým pacienta (Ládová, 2015, s. 20-30, Vráblík, 2014).

K měření adherence v léčbě je možno použít dotazník MMAS-4 (4-item Morisky Medication Adherence Scale). Jedná se o jeden z nejvíce citovaných a nejznámějších nástrojů k měření adherence. Tento dotazník byl v roce 1986 vytvořen týmem Donalda E. Moriskyho v USA. Původní verze byla určena k monitorování adherence pacientů s antihypertenzní léčbou, i když sami autoři předpokládali jeho širší využití. U dotazníku byla v rámci validizace stanovena dostatečná vnitřní spolehlivost (Cronbachovo α , $\alpha = 0,61$), 81 %

senzitivita dotazníku, specifita dotazníku byla 44 %, celková přesnost předpovědět non-adherenci v léčbě byla 69 %. V roce 2008 byl MMAS-4 rozšířen o další 4 otázky, které byly zaměřeny na chování pacienta. Vznikl dotazník MMAS-8 (8 -item Morisky Medication Adherence Scale). I u tohoto dotazníku autoři přepokládali jeho větší využití než jen pro měření adherence u pacientů s antihypertenzní léčbou, pro které byl i tento dotazník primárně určen. Dotazník byl rozšířen o otázku, která má za úkol minimalizovat riziko stále kladné odpovědi (tzv. yes-saying). Pokud byl pacient dostatečně pozorný při vyplňování dotazníku a vykazoval skutečně adherenci v léčbě, odpovědi na 6 položek byly kladné, na jednu otázku však byla odpověď záporná. Byla přidána také otázka osmá, kdy odpověď je hodnocena na Likertově škále (nikdy-vždy). Validita vykazovala vyšší senzitivitu než u předchozího dotazníku – 93 %, specifita byla 53 % a spolehlivost $\alpha = 0,83$. Oba dotazníky byly přeloženy a validovány v mnoha světových jazycích a jsou používány jako standardy v rámci validačních procesů jiných nástrojů pro měření adherence (Ládová, 2015, s. 20-30).

1.3 Adherence a její význam

Každý z nás má na základě vlastních zkušeností a výchovy dané určité přesvědčení, postoje, které tvoří základ našeho vnímání sebe sama, druhých lidí, vnější reality. Snažíme se na základě tohoto vyhodnocovat situace, porozumět sobě i vztahům k druhým lidem. Pokud pak máme hodnotit svůj postoj k onemocnění, snažíme se na základě těchto zkušeností a výchovy zaujmout mnohdy specifické přesvědčení o onemocnění, koncepci onemocnění, která pak dále ovlivňuje samotné zvládnutí nemoci. Tato specifická přesvědčení významným způsobem ovlivňují, jak pacient vnímá a interpretuje jednotlivé symptomy onemocnění, ovlivňuje i prožívání pacientů ve všech fázích onemocnění, změn terapie, změn denních aktivit případně návrat k předchozím denním aktivitám. V dnešní praxi se stále častěji setkáváme s nedodržením terapie, omítáním léčby případně přerušení léčby za strany pacienta. I když je pacient často opakovaně poučen, rozhodne se pro jiný alternativní postup. Vyplývá to z rozličného vnímání a pohledu na onemocnění. Pohledu patientského – laického a pohledu zdravotního pracovníka. Významný rozdíl také najdeme v adherenci u pacientů s akutním onemocněním a u pacientů s onemocněním chronickým, kdy do popředí vstupuje v oblasti ošetřovatelského výzkumu problematika konceptu života s důrazem na subjektivní

perspektivu jejího hodnocení, nalézání nových copingových strategií a individuálního managementu chronického onemocnění. (Chrastina et al., 2011, s. 112-127). Současné trendy se odklánějí od zaměření na nemoc, k přístupu zaměřenému na pacienta, od prodloužení života na jeho kvalitu, od somatizujícího zaměření na zaměření holistické a od paternalistického přístupu k přístupu širě chápanému rozdělení kompetencí a vymezení větší zodpovědnosti pacienta za self-management onemocnění a za svůj zdravotní stav (Hoffman, 2014). Významnými pojmy v souvislosti s adherencí, edukací, reedukací, s účinnou ošetrovatelskou léčbou i pro vzájemnou spolupráci pacientů a zdravotníků jsou mimo jiné i patientská přesvědčení (postoj člověka k nemoci), patientské mentální reprezentace, subjektivní teorie pacientů (soudržnost osobnosti: srozumitelnost, zvládnutelnost, smysluplnost), patientské pojetí nemoci (oblast kognitivní, konativní a afektivní) (Mareš, 2009, s. 6-11).

U chronických onemocnění, za které můžeme cévní mozkové příhody se svými důsledky pokládat, je velmi problematická samotná motivace pacienta a adherence v dlouhodobém dodržování terapeutického režimu. Mezi náročností terapeutických opatření a adherencí je nepřímá závislost. Se stoupající náročností a délkou terapie patientska a pokud je požadována změna zavedeného životního stylu, adherence klesá. Přitom adherence je jedním ze základních předpokladů úspěšnosti léčby a kontroly chronických onemocnění. Samotná adherence se týká jak správnosti dodržování terapeutických a režimových opatření, ale i perzistence – délky jejich dodržování. I přes neustálý rozvoj nových terapeutických možností, jejich benefitů a rozvoji léčiv je předpokládána nedostatečná adherence v léčbě asi 30-50 % pacientů (WHO, 2003).

První teoretická východiska adherence k léčbě jsou předmětem následujících proměnných. Kognitivní procesy vztahující se k vulnerabilitě na onemocnění, dostupnost činností kontrolovat ohrožení zdraví a reakce na dané ohrožení a záměr jednotlivce konat určitým způsobem na základě vnímaných bariér a benefitů činností zaměřených na vyhnutí se ohrožení zdraví a sebeúčinnost (Leventhal, 2001) Teoriemi vysvětlujícími jedincovo chování ve zdraví a nemoci se zabývají výzkumníci od 40.let minulého století. Postupně se jednotlivé modely přehodnocovaly a zdokonalovaly. Mezi nejznámější modely související se zdravím a nemocí byly: teorie odůvodněného chování v roce 2005, model přesvědčení o zdraví a nemoci (Health Belief Model) – 2010, teorie plánovaného chování (TPB – Theory Planned Behavior) – 1991, Leventhalův seberegulační model (1984) a Bandurova sociálně-kognitivní teorie sebeúčinnosti – 1991. Model přesvědčení o zdraví popisuje, jak hrozba onemocnění ovlivňuje

behaviorální reakci na dané ohrožení. Dle tohoto modelu je chování predikované vnímanou citlivostí jedince na dané onemocnění (závažnost onemocnění, vnímanými benefity a bariérami chování). Teorie odůvodněného chování vychází z toho, že primární složkou je úmysl jednat právě tímto způsobem, který je rozdělen do dvou paralelních kognitivních procesů, a to postoj chování a normativní přesvědčení. Postoje jsou dány hodnocením, které je určeno individuálním přesvědčením o důsledcích a hodnocením těchto důsledků. Subjektivní normy jsou dány přesvědčením jiných o daném chování, jejich hodnocení a podporou jedince. Zohledňují sociální rozhodování, jak se na jedince a jeho chování dívá okolí. Teorie sebeúčinnosti vychází ze vzájemné interakce osobnosti člověka, prostředí a následného vnějšího chování. Centrem v této teorii je „já“(self) a na základě sebezpozorování, sebezpozorování a sebereakce dokáže pacient ovlivnit vlastní chování. Sebeúčinnost formují čtyři zdroje: konkrétní zážitky úspěchu, zástupná zkušenost, emocionální stav a sociální přesvědčování. Leventhalův seberegulační model (v literatuře se objevuje pod názvy Model percepce onemocnění, Model reprezentací onemocnění, Seberegulační model nebo Model seberegulace procesů péče o sebe) vychází z kognitivní a emocionální reprezentace onemocnění, kdy kognitivní reprezentace znamenají to, co pro jedince nemoc znamená a co s ní může sám udělat a emocionální reprezentace pak emocionální odpovědi na onemocnění jako jsou například úzkost, strach, hněv. Leventhalův model byl časem rozšířen o chování pacienta k léčbě onemocnění. K nejpoužívanějším nástrojům na identifikaci pacientova pojetí onemocnění a léčby patří také The Illness Perception Questionnaire-Revised – IPQ-R, kdy původní dotazník vznikl v roce 1996 a jeho revidovaná verze v roce 2002 a vychází z Leventhalova modelu autoregulace pacientova chování při onemocnění. Je to 70 položkový nástroj, dělený do tří skupin A, B, C. V první části pacient hodnotí, zda dané symptomy během své nemoci pociťoval a zda dané symptomy souvisí s jeho onemocněním - 14 položek. Druhá část B hodnotí kognitivní a emocionální reprezentace onemocnění – 38 položek, které jsou rozděleny do sedmi subškál a třetí část identifikuje pacientovo přesvědčení o příčinách onemocnění. Zde jsou čtyři subškály – psychologické faktory, rizikové chování, imunita a náhoda/nehoda. Dalším hodnotícím nástrojem je The Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ), který vznikl roku 2006 a jeho zkrácená verze obsahuje osm položek, kdy prvních pět položek se týká kognitivních reprezentací onemocnění a zbývající tři pak emocionální hodnocení onemocnění. Pacient hodnotí na bodové škále 0-10, kdy nižší skóre znamená nižší úroveň porozumění vlastnímu onemocnění. Dalším příkladem hodnotícího nástroje je The Illness Cognition Questionnaire-ICQ. Obsahuje 18 položek rozdělených do tří subškál a to

bezmocnost (zaměření se na negativní důsledky), akceptace (uvědomění si onemocnění) a vnímané benefity (pozitivní důsledky onemocnění). Mnoho hodnotících nástrojů se zabývá měřením sebeúčinnosti. Jako příklad uveďme Škálu obecné účinnosti, Sebeúčinnost při chronických onemocněních a jiné. Konstrukt specifické sebeúčinnosti při chronických onemocněních se dlouhodobě věnuje Centrum výzkumu edukace pacientů ve Stanfordu. (Gurková, 2017, s. 36-43, Mareš, 2009, s. 95-110).

Podrobněji se pacientovým pojetím nemoci zabývají ve svých knihách Pacientovo pojetí nemoci I., II. a III. prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. a Mgr. Eva Vachková, kteří ke zjištění smyslu zdraví a nemoci a jejich pojetím z pohledu pacienta použili českou verzi dotazníku IPQ-R i jeho zkrácenou verzi IPQ-R-Z. Originální verze Revised-Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) je kvantitativní nástroj, který vychází z Leventhalova modelu autoregulace pacientova chování při nemoci. Autoři dotazníku – R. Moss-Morrisová, J. Weinman, K.J.Petrie, R. Horna, L.D. Camaronová a D. Buicková v roce 2002 modifikovali a rozšířili původní dotazník IPQ. Tento dotazník je generický, obecně koncipovaný a zjišťuje pacientovo pojetí jakékoliv nemoci. Časem byly z tohoto dotazníku odvozeny dotazníky speciální, které se zaměřují na konkrétní onemocnění. Česká verze vznikla překladem anglického originálu. Původně byl přeložen originální dotazník IPQ a za přispění tří nezávislých překladatelů J. Mareše, K. Šmejkal a M. Štanglové a po lingvistických konzultacích vznikla výsledná podoba dotazníku IPQ-CZ. Tento dotazník byl pilotně ověřen E. Vachkovou (2009) u 79 pacientů s různými diagnózami. Později vznikla revidovaná česká verze dotazníku IPQ-R-CZ, který měl ve své pilotní verzi stejnou podobu jako originál. Složen byl ze tří částí. Část A – zdravotní obtíže, které má pacient (14 položek), část B – pacientovo pojetí nemoci (38 položek) a část C (18 položek) – pacientovy názory na příčinu nemoci. Dotazník byl ověřen na souboru 345 pacientů ve věku od 16 do 88 let z 12 typů klinických pracovišť. Počet pacientů z jednotlivých pracovišť kolísá, jsou rozděleni do 14 kategorií diagnóz, kdy pacienti s chronickými diagnózami tvoří 67,8 % a s akutními diagnózami pak 21,4 %. Dotazník se těmto autorům podařilo ověřit i pro českou verzi a odborná veřejnost má k dispozici ověřenou českou verzi uznávaného a v zahraničí velmi využívaného dotazníku IPQ-R. Stali jsme se tímto součástí zemí, které mají své národní verze dotazníku pro zjišťování pacientova pojetí nemoci. Nevýhodou tohoto dotazníku však byla jeho relativní délka, a proto se autoři rozhodli zpracovat ještě jeho zkrácenou verzi. Zkrácená verze má 20 položek, byla ověřena v reálném provozu ve zdravotnických zařízeních, kdy

zkoumaný soubor měl 100 respondentů (62 mužů a 38 žen), průměrný věk byl 65 let. Pacienti měli kardiovaskulární onemocnění. Detailní analýza dat však ukázala, že tato verze nemá jasnou strukturu a pacienti nevyužívají celou nabízenou pětistupňovou škálu odpovědí. V dané podobě proto zkrácená verze není využitelná v běžné praxi. Autoři navrhují ověření téhož dotazníku u jiné skupiny pacientů s jiným onemocněním a přeformulují jeho znění, kdy nahradí položky, které se neosvědčily jinými položkami (Mareš, 2011, s. 87-96).

Z ošetřovatelského pohledu je nemoc chápána jako subjektivní zážitek tělesného diskomfortu (fyzického, emočního nebo obojího), který je doprovázen určitým stupněm zhoršení funkce pod osobní úroveň vnímání této schopnosti. Je to kontinuální proces s různými stupni vlivem jak samotného onemocnění, tak rizikovými faktory, které můžeme ovlivnit ošetřovatelskými intervencemi. Průběh nemoci si každý pacient uvědomuje jinak. Je potom jedinečným a nezastupitelným místem ošetřovatelství diagnostika a léčba rizikových faktorů a faktorů k onemocnění přispívajících v podobě individuálního ošetřovatelského procesu. Samotné onemocnění můžeme obecně rozdělit do 4 fází. První fáze nastupuje v době, kdy se objeví první příznaky a člověk si začíná uvědomovat, že se něco s jeho zdravím děje. V této fázi ještě nemusí vyhledat odbornou pomoc, ale zaujímá k těmto obtížím již své stanovisko (neuvědomované jednání, účelové jednání, bagatelizace, hypochondrické chování). Druhá fáze obvykle souvisí s vyhledáním odborné pomoci. Pacient ztrácí pocit jistoty, bezpečí a nastupují obavy z neznáma. Z vyšetřování, z diagnózy, z prognózy. Třetí fáze je fáze přijetí nemoci. Kdy člověk přijme sociální roli pacienta a dochází k jakési úlevě (zmenšení obav, strachu z bolesti, soupeření se zdravými) a pacient má svoji představu o nemoci, která se může časem měnit. A poslední fáze je rekonvalescence, kdy se nemocný vrací k předešlému zdravotnímu stavu, někdy je stav horší (dočasně nebo trvale) a navrácí se do původních sociálních rolí. Ve všech těchto fázích má sestra nezastupitelnou roli, kdy na základě autonomního rozhodování formou ošetřovatelského procesu poskytuje ošetřovatelskou péči a nese za ní plnou zodpovědnost (Mareš, 2009, s. 53-80). Ošetřovatelský proces je vlastně uspokojování potřeb pacienta. Lidské chování není náhodné. Vychází z konkrétních a aktualizovaných potřeb každého jedince. Charakteristickými znaky potřeb je předmětná, dynamická a cyklická povaha a jsou tedy neustále se měnícím a obnovujícím předmětem motivace (Farkašová, 2006, s.66-69). Teorií potřeb se zabýval i Maslow, který vytvořil známou Maslowovu pyramidu hierarchie potřeb, kterou později modifikoval Řičan. Jedná se o potřeby biologické, potřeby jistoty a bezpečí, potřeba lásky a sounáležitosti,

potřeba uznání, sebeúcty a respektu, potřeba poznání, potřeba estetické krásy a harmonie, potřeba seberealizace a konečně potřeba transcendence – spirituální potřeby (Říčan, 2007, s. 91-110).

1.4 Faktory ovlivňující adherenci v léčbě

Faktorů, které ovlivňují samotnou adherenci v léčbě je mnoho. I když v souvislosti s adherencí bylo studováno více než 200 faktorů, žádný z nich se zatím neukázal jako zásadní. Mezi nejčastější faktory, které adherentní chování pacientů ovlivňují v pozitivním slova smyslu je důvěra v lékaře a strach z komplikací onemocnění. Faktory, které naopak adherenci ovlivňují negativně jsou nejčastěji zapomenutí, obava z nežádoucích účinků léků či samotné nežádoucí účinky, dále nedostatek motivace k léčbě, složitý léčebný režim, užívání velkého množství léků, cena léků (doplatků) a momentální nedostupnost medikace. K méně častým pak řadíme problémy s manipulací či aplikací s léčivem, problémy s polykáním, obava ze závislosti nebo obava z interakce s alkoholem či jinými léky. U dlouhodobé léčby pacienti často experimentují s dávkováním léků, hodnotí doporučení zdravotníků, vnímají rady a názory okolí i informace z médií, aby neztratili smysl pro sebekontrolu. Samotný lékařský předpis vnímají více než jako léčebný standard jako doporučení (Vytřísalová, 2009).

Neexistuje zlatý standard v metodách měření adherence. Důvodem je jednak nejednotná terminologie i to, že dopad jednotlivých faktorů hraje u každého pacienta či nozologické jednotky jinou roli, navzájem se mohou ovlivňovat a mohou se v průběhu života každého pacienta měnit. WHO představila model dimenzí, které zahrnují možné příčiny non-adherentního chování.

- Faktory spojené s terapií
- Faktory spojené se zdravotním systémem
- Faktory spojené se zdravotním stavem
- Socioekonomické faktory
- Faktory spojené s pacientem

K faktorům, které jsou spojeny s terapií řadíme polyfarmakoterapie, složitost léčebného režimu, kdy je potřeba léčbu přizpůsobit přáním a potřebám pacienta, aby bylo dosaženo co

nejlepších výsledků a cílů v léčbě samotné. Je zde také zásadní eliminovat výskyt nežádoucích účinků, případně upozornit na pozdní nástup účinků a vysvětlit pacientovi podstatu léčby. Tímto můžeme eliminovat non-adherentní chování na minimum. K faktorům spojeným se zdravotním systémem patří nedostupnost nebo špatná dostupnost zdravotní péče, nedostatečná následná péče, špatná komunikace mezi pacientem a zdravotníkem. Ohledně zdravotního stavu není zcela zřejmé, zda k adherenci v léčbě je podstatný samotný typ onemocnění či jeho závažnost. Obecně se ale přikláníme k názoru, že u chronických onemocněních je adherence v léčbě nižší. Z hlediska socioekonomického snižuje non-adherentní chování starostlivost rodiny či jiná sociální podpora, naopak nedostatek podpory rodiny či nedostatečné sociální zázemí, nezaměstnanost, stigma pacienta či doplatky za léky toto nežádoucí chování zvyšují. Některým sociodemografickým faktorů není přikládán vliv na adherenci, Příkladem mohou být věk a pohlaví pacientů, které nelze modifikovat. S pacientem spojené faktory jsou v posledních letech tématem současných přístupů v odhalování příčin non-adherence. Jsou často spojovány s postoji a vnímáním léčby ze strany samotných pacientů. Zde lze zařadit i model úmyslné a neúmyslné non-adherence, kdy pod pojmem neúmyslné non-adherence myslíme, že pacient chtěl léčivo užívat, jak bylo předepsáno, ale něco mu v tom brání (zdravotní stav, zapomínání, socioekonomická situace, neschopnost manipulace s léčivem) a musí překonat praktické bariéry. Cílem intervencí v takových případech je zaměření na způsoby usnadnění užívání léčiv. Úmyslná non-adherence je to, že se pacient sám rozhodne léčivo neužívat. Zde se v intervencích můžeme zaměřit na odhalení příčin a důvodů, co k takovému jednání pacienta vedlo (Ládová, 2015, s.31-36).

V souvislosti s adherencí v léčbě je třeba zmínit i termín Healthy Adherer Effect, který byl poprvé pojmenován v roce 1980. Tento termín nemá český ekvivalent. Je jedním z fenoménů, které pramení z postojů k prevenci zdraví a dlouhodobé preventivní léčbě. Byl zjištěn u pacientů, kteří vykazovali vyšší adherenci v léčbě, vysokou adherenci k terapii nebo chování s příznivým efektem na zdraví (dodržovali zdravý životní styl, podstupovali pravidelné preventivní prohlídky u lékaře, pravidelná očkování, doporučená vyšetření). Adherence k terapii je zřejmě asociována se zdravotním uvědoměním, což pravděpodobně vede k ovlivnění důsledků terapie. Na toto téma bylo v posledních letech napsáno několik prací, které se zaměřily na odhalení tohoto fenoménu, avšak nedospěly k jednoznačným závěrům. Vliv Healthy Adherer Effect můžeme očekávat hlavně u výstupů, které budou hodnotit chování pacienta (Ládová, 2015, s.34-36).

1.5 Adherence v ošetrovatelské terminologii

NANDA International, Klasifikace ošetrovatelských zásahů (NIC – Nursing Intervention Classification) a Klasifikace ošetrovatelských výsledků (NOC – Nursing Outcomes Classification) neboli NNN jsou výzkumné, kompletní, standardizované klasifikace ošetrovatelských diagnóz, očekávaných výsledků a ošetrovatelských intervencí. Je to terminologie vyvinutá a užitá na mezinárodní úrovni, která se praktikuje v nemocnicích s akutní péčí, v ambulancích, v rehabilitačních zařízeních, v dlouhodobé péči i v péči domácí (Marečková, 2006, str. 60-76).

V ošetrovatelské terminologii se v této souvislosti setkáváme s ošetrovatelskou diagnózou v NANDA systému nejprve jako „neznalost pojmů“, později jako diagnóza „Deficit znalostí“ – 00126, kdy mezi určující znaky této diagnózy patří – klient hovoří o nedostatečné znalosti a mezi související faktory patří nedostatek orientace v nové problematické záležitosti a nedostatek zkušeností, nedostatečná vybavnost získaných informací, zapomínání, mylný výklad informací nebo instrukcí, kognitivní omezení, nezáměr se učit nové nebo neobeznámení se se zdroji informací. K dalším ošetrovatelským edukačním diagnózám souvisejícími s pacientovým přijetím nemoci můžeme zařadit z domény 1 – Podpora zdraví – třída 2 – Management zdraví – Dg: Neefektivní management vlastního zdraví - 00078, Neefektivní management léčebného režimu v rodině - 00080, Oslabené zdraví v komunitě - 00215, Chování náchylné ke zdravotním rizikům – 00188. Z domény 2 – Výživa, třída – Příjem potravy jsou to diagnózy Nedostatečná výživa: méně, než je potřeba organismu – 00002, Nevyvážená výživa: více, než je potřeby organismu – 00001 a z třídy Hydratace potom diagnózy – Snížený objem tekutin v organismu (Dehydratace) – 00027, Zvýšený objem tekutin v organismu (Hyperhydratace) – 00026. Z domény 5 – Percepce/kognice, třída Kognice, pak zde můžeme zařadit ošetrovatelské diagnózy již zmiňovanou Nedostatečné znalosti - 00126 a Snaha zlepšit znalosti – 00161. Doména 7 – Vztahy mezi rolmi – třída Rodinné vztahy – diagnóza Narušené procesy v rodině – 00060, Snaha zlepšit procesy v rodině – 00159. Doména 9 – Zvládání/tolerance zátěže – třída – Reakce na zvládání zátěže – diagnóza Strach – 00148, Úzkost – 00146, Neefektivní zvládání zátěže – 00069, Snaha zlepšit zvládání zátěže – 00158. A v doméně 10 – Životní principy – třída 3 - Soulad hodnot/přesvědčení/jednání pak diagnózu Noncompliance – 00079. V doméně 12 – Komfort, třída 3 Sociální komfort – diagnóza Sociální izolace – 00053

(Marečková, 2006, s.60-76, Mareš, 2010, s. 95-110, Mareš, 2011, s. 111-140, NANDA International, 2013). V poslední revizi NANDA diagnóz - Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017 jsou upraveny některé diagnózy. Například Dg Noncompliance – 00079 byla přesunuta do Domény 1 Podpora zdraví, třídy 2 Management zdraví (identifikační, kontrolní, prováděcí a integrační aktivity k udržení zdraví a well-being), přibyla zde také dg. Syndrom křehkosti ve stáří – 00231, Neefektivní udržování zdraví – 00099. A ani v těchto ošetřovatelských diagnózách se nepočítá s tím, že by pacient měl již svůj názor na onemocnění, svůj subjektivní postoj k nemoci. Pouze jde o doplnění znalostí, či vyplnění mezer z nevědomosti, zapomínání nebo mylného výkladu (Mareš, 2009, s. 11-29, NANDA International, 2015).

V NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions definuje Noncompliance jako chování člověka a/nebo pečovatele, který nesouhlasí se zdravím podporujícím léčebným plánem schváleným osobou (a/nebo rodinou, a/nebo komunitou) a zdravotními profesionály. Společně se dohodli na zdraví podporujícím nebo terapeutickém plánu, ale chování osoby nebo pečovatele je plně nebo částečně nonadherentní a může vést ke klinicky neúčinným nebo částečně neúčinným výsledkům. Mezi hlavní očekávané výsledky je zde zařazeno pečovatelský výkon – přímá péče – Caregiver Performance: Direct Care (definováno jako poskytování rodinné péče vhodnými osobami a zdravotní péče pro člena rodiny). Očekávanými výsledky jsou znalosti o nemoci (Knowledge of Disease Process), znalosti léčebného režimu (Knowledge of Treatment Regimen), adherenci k léčebnému režimu (Adherence of Treatment Regimen) a provádění postupů (Performance of Procedure). Hodnotíme na stupnici 1–5, kdy 1– je zcela neadekvátní a 5– je úplně adekvátní. s intervencemi na podporu pečovatele (Caregiver Support) a usnadnění učení (Learning Facilitation), u pečovatelského výkonu – nepřímá péče – Caregiver Performance: Indirect Care (definováno jako uspořádání a dohled rodinné péče za předpokladu náležité péče pro člena rodiny) jsou zařazeny intervence podpora pečovatele (Caregiver Support), systém zdravotního vedení (Health System Guidance). Dalšími očekávanými výsledky jsou soulad chování – Compliance Behavior (definováno jako osobní opatření na podporu wellness, regenerace, rehabilitace, které doporučil zdravotní profesionál) s intervencemi vedení zdravotního systému (Health System Guidance) a vzájemného nastavení cíle (Mutual Goal Setting). Dále pak soulad chování – dodržení diety (Compliance Behavior: Prescribed Diet), definováno jako osobní počiny ve sledování příjmu potravy a tekutin doporučované

zdravotními profesionály pro konkrétní zdravotní stav s intervencemi nutriční poradenství (Nutritional Counseling) a učení: dodržování diety (Teaching: Prescribed Diet). Dále pak spolupráce v dodržování předepsaných léků (Compliance: Prescribed Medication) definováno jako osobní počiny pro bezpečné podávání léků pro splnění terapeutických cílů, jak doporučuje zdravotní profesionál, s intervencemi management léků (Medication Management) a učení: dodržování užívání léků (Teaching: Prescribed Medication). Dalšími očekávanými výsledky u diagnózy Noncompliance jsou motivace (Motivation), definováno jako vnitřní touha jedince k pozitivní akci s hlavními intervencemi sebeúčinnost (Self-Efficacy Enhancement) a usnadnění zodpovědnosti vůči sobě (Self-Responsibility Facilitation). Posledními očekávanými výsledky v této diagnóze je léčba, chování v nemoci nebo úrazu (Treatment Behavior: Illness or Injury), definováno jako osobní opatření ke zmírnění nebo odstranění patologie s intervencemi usnadnění zodpovědnosti vůči sobě (Self-Responsibility Facilitation) a výuka: postup/léčba (Teaching: Procedure/Treatment). Zde nacházíme velký potenciál možností pro všeobecné sestry a praktické sestry v rámci ošetrovatelského procesu, které cíleně zlepšují adherenci pacientů (Bulechek, 2013, Johnson, 2012, str. 157,158, Moorhead, 2013).

Výše uvedené teorie se snaží o vysvětlení chování pacientů ve vztahu ke zdraví a nemoci. V klinické praxi můžeme těchto teorií využít pro tvorbu edukačních programů pro pacienty s různým onemocněním a zaměřit se zejména na pacienty s onemocněním chronickým, kdy tito jsou nonadherencí ohroženi nejvíce. Vhodné je k ověření pacientova pojetí nemoci využít právě českou verzi dotazníku IPQ-R-CZ, který je určen zdravotnickým pracovníkům právě na zaměření a určení konkrétní oblasti edukace pacienta (Mareš, 2011). Programy potom zaměřovat na poskytnutí důležitých informací o nemoci, jeho léčebných možnostech jako poradenství při úpravě životního stylu, zvládnání samotného onemocnění a změnu chování. Tyto edukační programy potom představují komplexní soubor intervencí zaměřených na ovlivnění kvality života, úpravu chování ve vztahu ke zdraví a zdravotního stavu. Edukační programy zaměřené na self-managemet definují vztah zdravotník-pacient. Kdy zdravotník zde nabízí příležitosti pro učení se dovednostem v self-managementu. Důraz je kladem na vnitřní motivaci pacienta a jeho proaktivní přístup ke svému zdraví, kdy si pacient sám stanoví realistické cíle, identifikuje bariéry. Self-managememnt je vlastně schopnost pacienta uplatnit všechny poznatky a vědomosti o onemocnění, optimálně se rozhodovat a zvládat s tímto onemocněním běžný život (Dingová, Osacká, 2011). Self-

management chronických onemocnění, se skládá ze tří komponentů, a to z medicínského, rolového a emocionálního. Medicínský komponent obsahuje adherenci k léčbě, zvládnutí medicínských aspektů, dodržování léčby a dietních opatření. Rolový komponent pak schopnost si vytvářet nové vzorce chování, které se přizpůsobují omezením způsobeným změnou zdravotního stavu (pohybové vzorce, spánkové vzorce). A třetí komponent popisuje emocionální dopady spojené s negativními afektivními stavy jako jsou hněv, úzkost nebo smutek. Edukační programy se potom zaměřují na učení se, jak onemocnění zvládat, jak si řídit medikaci – medicínský self-management, jak zvládnout zátěž a stres s tímto spojené (emocionální self-management) a na komunikaci s rodinou a okolím pacienta – rolový self-management (Loring, Holman, 2003).

Teorii self-managementu se zabývá i Hoffmanová (2014), kdy zdůrazňuje významnost self-managementu symptomů pro ošetrovatelskou praxi a její široké možnosti pro praktické implikace. Sestry mohou posuzovat faktory, které u konkrétního pacienta vedou k ovlivnění percepce symptomů a své intervence pak zaměřit na podporu sebeúčinnosti, nejučinnější oblasti sebeúčinnosti a na jejich zdroje. To vše pak může vést u pacienta s daným chronickým onemocněním k lepší kontrole symptomů. Self-management obtěžujících symptomů je zásadní oblastí i v edukaci pacientů a jejich rodin, kde ošetrovatelský proces nachází také široké možnosti nejrůznějších intervencí.

Mezi zajímavé poznatky patří i zjištění vztahu mezi adherencí a přesvědčením pacientů. Motivace se pojila s kontrolou nad onemocněním. Čím vyšší byla motivace, tím pacienti vnímali vyšší kontrolu nad svým onemocněním. Naopak negativní vztah byl zjištěn mezi percepcí a úrovní znalostí pacientů. Kdy vyšší míra znalostí o farmakologické adherenci se pojila s nižší mírou percepce symptomů a obav z nich vyplývajících. Pacienti uvádějící vyšší sebeúčinnost v kontrole a zvládnutí onemocnění, uváděli lepší porozumění svému onemocnění a lepší kontrolu nad svým onemocněním. Lepší kontrolu nad onemocněním také uváděli pacienti, kteří dokázali udržovat rodinné vztahy a sexuální život. V tomto výzkumu byly použity dotazníky IPQ – R, CSEQI (Cardiac Self-Efficacy Questionnaire Items) a Moriskyho dotazník. Nejvyšší míru sebeúčinnosti uváděli pacienti s ICHS ve vztahu s lékařem a užívání léků, podstatně nižší míru pak v self-managementu zvládnutí symptomů onemocnění, v udržování sexuálního života a v aerobním cvičení. Jako nejdůležitější faktory vzniku ICHS pacienti uváděli stres, životosprávu, práci a kouření (Gurková, 2017, s 100-102).

1.6 Adherence a studie

Adherenci v léčbě se zabývají různé studie. Protože k největším rizikovým faktorům cévních mozkových příhod patří hypertenze, diabetes mellitus a hypercholesterolemie zmíníme v této práci právě studie, které se zabývají adherencí v léčbě u těchto konkrétních chronických onemocnění.

Příkladem studie zabývající se adherencí v léčbě u hypertenze může být observační studie z USA, která sledovala od září 1998 do prosince 1999 míru adherence pacientů k léčbě antihypertenzivy a faktory, které ji ovlivňují. Zároveň sledovala, zda byla léčba v souladu s vydanými doporučeními. Prováděli ji studenti farmacie ve 102 lékárnách v oblasti New Yorku. Byla sledována adherence k terapii společně s doporučením amerického Společného výboru pro prevenci, odhalování, vyhodnocování a léčbu vysokého krevního tlaku (The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure). Byli zde zařazeni pacienti starší 18 let, kteří si v daných lékárnách vyzvedli svá antihypertenziva. Vyplnili dotazník a byl jim vstupně změřen krevní tlak. Studie se účastnilo 821 pacientů (362 mužů a 459 žen), kdy průměrný věk byl 62 ± 14 let. V době vstupního měření mělo 61 % procent dostatečně kontrolovaný krevní tlak. Nejvíce předepisovanými léky proti vysokému krevnímu tlaku byly inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu, dále beta-blokátory a blokátory vápníkových kanálů. Během průzkumu klesla preskripce diuretik a zvyšovala se preskripce antagonistů receptoru pro angiotenzin II. 6 % pacientů uvedlo, že ví, proč bylo předepsáno konkrétní antihypertenzivum, 37 % pacientů uvádělo výbornou adherenci k léčbě. Jako nejčastější důvod nízké adherence byla zapomětivost, obava ze závislosti na medikaci a přesvědčení pacientů, že není nutné užívat antihypertenziva pravidelně. Adherence nebyla ovlivněna typem předepsaného antihypertenziva. Na základě informací pacientů o diagnóze byla hodnocena i compliance zvolené medikace. Faktorem, který významně koreloval s hodnou medikací bylo dosažené vzdělání, kdy osoby s vyšším vzděláním mohou mít větší zájem diskutovat s lékaři o svém onemocnění a podílet se na výběru medikace a zároveň je možné, že tyto osoby vzhledem ke svému vzdělání vyplnili dotazníky přesněji. Ze závěrů této studie vyplynulo, že hypertenze je chronické onemocnění a dostatečná a dlouhodobá adherence pacientů s tímto onemocněním je velmi důležitá. Jednou z možností zlepšení je edukace

pacientů se zaměřením na zdůraznění závažných důsledků neléčené hypertenze. Kdy zpočátku probíhá asymptomaticky, pravidelné kontroly jsou důležité a je třeba nalézt vhodný léčebný režim pro pacienta (Cheng et al., 2001).

Další studie zabývající se adharenci u pacientů s diabetem mellitem je například studie s využitím kognitivně-behaviorálních přístupů, kdy léčba mnoha chronických onemocnění je spojována s komplikacemi a ty jsou pak zdrojem obav pacientů. Tyto obavy jsou tak intenzivní, že významně ovlivňují adharenci k léčbě (kontraproduktivní chování, vynechání léčby nebo její odmítání) a self-management symptomů onemocnění. Tato konkrétní studie se zabývá faktory, které ovlivňují rozvoj strachu z komplikací a analyzovala jejich relativní význam, kdy mohou být zdrojem adaptivního a kdy maladaptivního chování. Jedná se o specifické obavy pacientů s diagnózou diabetes mellitus na inzulinové terapii a strachu z hypoglykémie, kdy hypoglykémie představuje závažnou, často opakující se komplikaci tohoto onemocnění a je významným limitujícím faktorem k dosažení optimální glykemické kontroly. Opakované závažné hypoglykemické stavy pak mohou vést k rozvoji strachu pacientů a významně tak ovlivnit adharenci k léčbě. Až polovina hypoglykemických příhod se objevuje převážně v noci a tímto se riziko a důsledky z tohoto plynoucí násobí. Samotnou celkovou morbiditu a mortalitu samotná hypoglykémie významně zvyšuje (kardiovaskulární komplikace – infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, náhlá smrt) (Martinka, 2014). Výzkumný soubor tvořilo 87 pacientů s diagnostikovaným diabetem mellitem prvního nebo druhého typu, kteří byli hospitalizováni v Národním endokrinologickém a diabetologickém ústavu (NEDU) v Lubochni na Slovensku, průměrný věk pacientů byl 40,85 ($\pm 16,1$) let, Diabetes mellitus prvního typu mělo 70 % pacientů, diabetes mellitus druhého typu mělo 30 % pacientů. Průměrná délka tohoto onemocnění byla 10,61 ($\pm 9,8$) let. Pouze 21 % pacientů si dělalo denní glykemický profil, 16 % uvádělo, že si dělá self-monitoring glykémie nepravidelně. Velká část pacientů nevynechávala jídla a udržovala stabilitu denního režimu – 44,8 %. 52 % pacientů si terapeutické dávky neupravovali, ani sami nijak nezasahovali do farmakoterapie. Byla použita třífaktorová struktura HFS – II (Hypoglycemia Fear Survey II). Většina pacientů v tomto souboru měla zkušenosti s jednotlivými typy hypoglykemií (28,7 % nemělo zkušenost s těžkou hypoglykemií, kdy průměrný výskyt těžkých hypoglykemií za posledních 12 měsíců byl nízký 2,05 $\pm 1,9$). Výskyt středních a mírných hypoglykemií byl častější. Pacienti ale neudávali větší míru obav z těžké hypoglykémie, než se středních nebo mírných hypoglykemií. Uváděli obavy přibližně stejnou měrou.

Respondenti byli rozdělení do dvou podskupin. A to do podskupiny s vysokou mírou strachu z hypoglykémie a s nízkou mírou strachu z hypoglykémie dle výsledků hrubého skóre. U skupiny s vysokou mírou strachu z hypoglykémie by se edukační programy měly orientovat na redukci rizik hypoglykémie, prevenci hypoglykémie, případně programy zaměřující se na zvýšení uvědomování si hypoglykémie. Ve skupině s nízkou mírou strachu z hypoglykémie se edukační programy mají zaměřovat na maladaptivní chování – popření rizika. Další výsledky přinesla tato studie v oblasti self-monitoringu glykemií a strachu z hypoglykémie. Vyšší míra zabezpečovacího chování byla zjištěna u pacientů, kteří provádějí pravidelný self-monitoring glykemií a mají tendenci udržovat si vyšší hladinu glykémie než pacienti s nepravidelnými kontrolami glykemií. Tito však prožívají větší obavy v souvislosti s rizikem hypoglykémie. Pravidelný self-monitoring tak pozitivně ovlivňuje redukci strach z hypoglykémie. Až 48,3 % pacientů, ze 72,3 % pacientů, kteří měli zkušenosti s těžkou hypoglykemií, provádělo pravidelná měření hladiny glykémie. Nižší míru obav také prožívají pacienti se stabilním stravovacím režimem a pacienti, kteří si flexibilně upravovali dávku inzulínu. Výsledky této studie potvrdily předpoklad, že lepší self-monitoring glykémie (pravidelný self-monitoring glykémie, pravidelný stravovací režim a stabilita dávek inzulínu) vede k redukci obav z hypoglykémie (Gurková, 2017, s.140-150).

Příkladem studií zaměřených na rizikové faktory cévních mozkových příhod jsou studie, která se zabývají užíváním atorvastatinů v primární prevenci, užívání pak snižuje hladiny celkového cholesterolu i LDL cholesterolu, a to vede k redukci kardiovaskulární rizika. K nejčastějším indikovaným lékům patří statiny. Studie ASCOT-LLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm) se zabývala přínosem podávání atorvastatinu pacientům s hypertenzí a normální či lehce zvýšenou koncentrací celkového cholesterolu do dobu 5 let. Byla zde zařazeno 10 305 pacientů, 81 % mužů ve věku od 40 do 79 let s hypertenzí, minimálně třemi kardiovaskulárními riziky a hodnotami celkového cholesterolu nad 6,5 mmol/l. Pacienti jedné skupiny užívali atorvastatin v dávce 10 mg /den, pacienti druhé skupiny pak placebo, kdy primárním cílem bylo sledovat výskyt nefatálního infarktu myokardu a fatálních koronárních příhod. Celá studie byla předčasně ukončena pro statisticky významné rozdíly ve sledování. Podávání atorvastatinů významně snížilo výskyt nefatálního infarktu myokardu a fatálních koronárních příhod o 36 %. Došlo k redukci i sekundárních cílů jako je celkový počet kardiovaskulárních příhod o 29 %, celkový počet kardiovaskulárních příhod včetně revaskulizací o 21 %, fatálních i nefatálních cévních

mozkových příhod o 27 %. Ve skupině pacientů, kteří užívali atorvastatin byl zaznamenán významný úbytek celkového cholesterolu o 1,3 mmol/l-24 %, LDL cholesterolu o 1,2 mmol/l-35 % a triglyceridů o 0,3 mmol/l-17 % ve srovnání se skupinou pacientů, kteří užívali placebo již po roce studie. Po dokončení studie byly výsledky pacientů v porovnání s pacienty užívajícími placebo nižší. Celkový cholesterol o 19 %, LDL cholesterolu o 29 % a triglyceridů o 14 %. Podobné výsledky přinesla i druhá studie – CARDS (Collaborative Atorvastatin Diabetes Study). Byla ukončena také o 2 roky dříve, protože výsledky dokázaly, že při podávání atorvastatinů bylo významně sníženo riziko kardiovaskulárních onemocnění. Do studie bylo zařazeno 2838 pacientů s diabetem mellitem 2. typu ve věku od 40–75 let, bez kardiovaskulárních onemocnění v anamnéze, kdy vstupní hodnoty LDL cholesterolu byly rovny a více než 4,14 mmol/l a triglycerolů rovny a více než 6,78 mmol/l. Jedna skupina užívala placebo a druhá atorvastatin 10 mg/den. Hlavním sledovaným faktorem byly cévní mozkové příhody, akutní koronární příhody nebo koronární revaskulizace. Výskyt těchto onemocnění byl nižší o 37 % u pacientů užívajících atorvastatin, kdy výskyt cévních mozkových příhod byl až o 48 % nižší, akutních koronárních příhod o 36 % a koronárních revaskulizací o 31 %. Incidence mortality byla snížena o 27 %. Užívání atorvastatinu vedlo k poklesu průměrných hodnot LDL cholesterolu na 2,0 mmol/l a nebyl zaznamenán zvýšený výskyt nežádoucích příhod. Ze závěrů této studie vyplynulo, že podávání atorvastatinu představuje účinnou a bezpečnou primární prevenci kardiovaskulární morbidity a mortality, a to i u rizikových pacientů při normální nebo jen lehce zvýšené hladině celkového cholesterolu nebo LDL cholesterolu (Colhoun, 2004).

1.7 Tvorba edukačních programů pro pacienty

V Centru edukace pacientů ve Stadfordu (Stadford School of Medicine) vytvořili obecný program pro self-management konkrétních chronických onemocnění. Název tohoto edukačního programu je Lepší volby, lepší zdraví (Better Choices, Better Health). Probíhá formou šesti týdenních workshopů pro pacienty. Každý týden jsou aplikovány 2,5 hodinová setkání, která jsou organizována v komunitních centrech a vedena dvěma vyškolenými pracovníky, kdy jeden ze školitelů je pacient s konkrétním chronickým onemocněním. Workshopy jsou zaměřeny na techniky zvládnání únavy, frustrace, sociální izolace a bolesti

jako součást sociálního self-managementu, dále cvičení pro udržení a zlepšení fyzické kondice, síly a pružnosti nových způsobů léčby a adekvátní užívání léků také jako součást medicínského self-managementu a efektivní komunikace s rodinou, přáteli a zdravotníky jako rolový self-management. Sebeúčinnost je v programu podporována technikou postupného plánování činností, kterými jsou týdenní plány se zpětnou kontrolou do edukátorů, učení dle vzorů (vzorem je konkrétní osoba se stejným chronickým onemocněním v podobě dobrovolníka, který ostatním pacientům pomáhá zvládat emoce a řešit problémy). Reinterpretace symptomů jako přejmenování některých problémů, negativních myšlenek a přesvědčení a sociální persuaze, kdy účastníci těchto edukačních programů společně systematicky ve skupině sdílejí problémy, emoce, selhávání a samozřejmě i úspěchy. Kdy společné sdílení zkušeností je pro pacienty velmi motivující. Pro účastníky těchto edukačních workshopů jsou pak připraveny edukační materiály ve formě knihy Zdravý život s chronickým onemocněním a CD s relaxačními technikami (Gurková, 2017, s 73-86).

Tvorbou edukačních programů a jejími teoretickými východisky se ve své knize Nemocný a chronické onemocnění podrobně zabývá Elena Gurková (2017). Oblast tvorby edukačních programů je rozdělena na tři oblasti. Plánování a tvorba programů, krátkodobé iniciální a edukační programy a dlouhodobé komplexní programy jako součást pokračující edukace.

Plánování, design edukačních programů je tvořena analýzou problémů pacienta (nejvýznamnější a nejčastější problémy pacienta s daným chronickým onemocněním vycházející z vlastních zkušeností pacienta, dostupných výzkumných zjištění, na základě ohniskových skupin a diskusí odborníků), získání přehledu o přesvědčeních o nemoci, potřebách a léčbě, dále pak implementace vybraného teoretického modelu při tvorbě programu, zjištění míry kongruence mezi cílem programu, obsahem a jeho očekávanými výsledky, naplánování konkrétních edukačních intervencí, ze kterých je očekáván největší edukační a klinický benefit pro pacienta, modifikování změn životního stylu ve spolupráci strukturovaných skupin a rodin nemocných, průběžné zjišťování přesvědčení pacientů o onemocnění a léčbě, využívání pomocných příležitostí, kdy se pacient i mohou naučit rozvíjet a podporovat své schopnosti, které potřebují k překonávání nežádoucích návyků a chování, podporování stanovení si konkrétních reálných cílů a předefinování nereálných očekávání a hodnotit efektivnost a výsledky edukačních programů.

V krátkodobém, iniciálním edukačním programu zaměřeném na vytvoření akčního plánu a změny chování je doporučováno zahrnutí diferenciací symptomů, atribuce příčin (vysvětlení mylných přesvědčení a názorů o projevech a důvodech onemocnění), reakce na informace o onemocnění a identifikace strategií, kterými je ovlivněno hlavně vyhýbání se léčbě jako pasivní strategie pacienta a zlepšení adherence, identifikace významných rizik spojených s chronickým onemocněním a jejich ovlivnění a plánování změny, stanovení cílů a tvorba individuálního akčního plánu pacienta. Cílem těchto krátkodobých programů je hlavně podpora kognitivního zpracování onemocnění, podpora aktivních kopingových strategií, podpora kontroly nad onemocněním, kontrola nad sebeúčinností a ovlivnění mylných přesvědčení o onemocnění samotném a léčbě. Tyto krátkodobé programy se realizují formou individuálních setkání, skupinových setkání nebo telefonických konzultací.

Další možností je tvorba komplexních programů self-managementu chronických onemocnění, které mohou být využity v rámci pokračující edukace. Jsou dlouhodobé. Zaměřují se na emocionální management, medicínský a rolový. Do skupinových a individuálních setkání v rámci této edukace je doporučeno zařadit management stresu (řešení problémů, plánování cílů, zvládání onemocnění v běžném životě, relaxační techniky, autogenní trénink), kopingové strategie, přehodnocování stresorů, zvládání problémových symptomů (restrukturalizace, nácvik ovládání a zvládání zlosti, frustrace a řešení problémů), udržování a zlepšování fyzické kondice (fyzické cvičení, připravenost ke změně životního stylu, self-monitoring, motivační pohovor), adherence k léčbě, realizace přiměřených rozhodnutí v léčbě a nové způsoby léčby (skupinové sdílení zkušeností, peer-led setkání) a také komunikace se zdravotníky, v rámci rodiny a s přáteli (nácvik komunikačních technik a dovedností) (Gurková, 2017, s. 83-140).

1.8 Definice cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda neboli mozkový infarkt je podle WHO (Světové zdravotnické organizace) definována jako rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového poškození mozku, trvající déle než 24 hodin nebo které vedou ke smrti, pokud se neprokáže klinickým, laboratorním či základním zobrazovacím vyšetřením jiná příčina neurologického deficitu. Z této dané definice plyne, že do 24 hodin od prvních příznaků není možno tuto diagnózu

potvrdit, i když každý pacient s příznaky ložiskového mozkového postižení je pokládán za pacienta s diagnózou mozkového infarktu. Po 24 hodinách je tato diagnóza buďto potvrzena, nebo vyvrácena a jedná se o tranzitorní ischemickou ataku, kdy příznaky kompletně odezní. Cévní mozková příhoda je nejčastěji způsobena uzávěrem mozkové tepny embolem nebo trombem (Mikulík, 2011). Avšak tato definice byla revidována a aktualizována vzhledem k novým diagnostickým možnostem v roce 2013 podle etiologie.

Infarkt centrálního nervového systému je definován jako smrt buněk mozku, míchy nebo sítnice z důvodu ischemie, podložené neuropatologickým nálezem, zobrazovacím nálezem, a/nebo klinickým nálezem symptomů permanentního poškození, přičemž tzv. tichý infarkt mozku probíhá bez klinické symptomatologie (Sacco et al., 2013, s. 2064-2089).

Ischemická cévní mozková příhoda je definována jako epizoda neurologické dysfunkce způsobená mozkovým, míšním či retinálním infarktem (Sacco et al., 2013, s. 2064-2089).

Cévní mozková příhoda rezultující z intracerebrálního krvácení je definována rychle se rozvíjející symptomatologií neurologického deficitu způsobeného fokální kolekcí krve uvnitř mozkového parenchymu nebo komorového systému, které nebylo způsobeno traumatem (Sacco et al., 2013, s. 2064-2089).

Cévní mozková příhoda vzniklá na podkladě subarachnoidálního krvácení je definována rychle se rozvíjejícími příznaky neurologické dysfunkce a/nebo bolestmi hlavy z důvodu krvácení do subarachnoidálních prostor, které nebylo způsobeno traumatem (Sacco et al., 2013, s. 2064-2089).

1.9 Incidence, prevalence, mortalita cévních mozkových příhod

Incidence všech cévních mozkových příhod v současné době v České republice je 300/100000 osob. Celkem v roce 2007 bylo pro cévní mozkové příhody hospitalizováno 41 646 pacientů, v roce 2017 bylo v Severomoravském kraji hospitalizováno 3568 pacientů. V roce 2017 bylo pro hlavní propouštěcí diagnózu ischemické cévní mozkové příhody hospitalizováno v celé Fakultní nemocnici Ostrava 533 pacientů, kdy 516 pacientů bylo hospitalizováno na neurologické klinice. S hlavní propouštěcí diagnózou hemoragické

mozkové příhody bylo v roce 2017 hospitalizováno ve FNO 99 pacientů, na Neurologické klinice potom 56 pacientů (Kosková, 2018). Incidence významně roste s věkem. Po 55. roce se zdvojnásobuje s každým desetiletím. Incidence je vyšší u žen hlavně proto, že se dožívají vyššího věku. Až ke třem čtvrtinám dochází k cévní mozkové příhodě u osob ve věku 65 let. Opakované příhody tvoří až jednu čtvrtinu celkového počtu, kdy v prvním roce je rekurence 10-15 %, v letech následujících až 4 %. Rekurence tranzitorní ischemické ataky je také významná. První rok představuje až 7 % cévních mozkových příhod, v letech následujících až 4 %. Společně se stárnutím populace se očekává až 30 % nárůst incidence v Evropě do roku 2020 ve srovnání s koncem minulého století. Zvýšený výskyt cévních mozkových příhod byl v posledních letech zaznamenán i u osob v produktivním věku jako důsledek nezdravého životního stylu – stres, nedostatek pohybu, nezáměr o vlastní zdraví, nedodržování vhodné životosprávy (Bruthans, 2009, Kalita, 2006, s. 16-19).

Prevalence pro Českou republiku se pohybuje okolo 190 000 osob, to je 19/100 000 osob. Tyto data byly získány z dat o dispenzarizaci. Prevalence roste s věkem. Podrobnější věkově strukturované údaje nesou k dispozici. Pro Evropu byla tato data získána Evropskou studií, která zdokumentovala prevalenci CMP ve věku 65-74 let (5 %) a ve věku nad 75 let (7 %) (Bruthans, 2009, Di Carlo, 2000).

Mortalita v Československu v osmdesátých letech byla obdobná jako u řady chudých a nerozvinutých zemí. Avšak počátkem devadesátých let se začal projevovat pokles mortality, trvá dosud a je velmi výrazný. Standardizovaná mortalita na cévní mozkové příhody poklesla mezi roky 1989 a 2007 u mužů o 66,2 %, u žen o 65,5 %. Mortalita stoupá s věkem, 90 % zemřelých umírá ve věku 65 let a více. Pokles celkové mortality na cévní mozkové příhody v České republice je zdůvodněn třemi příčinami. Za první příčinu můžeme považovat úspěšná primární a sekundární prevence. Toto dokládá pokles výše krevního tlaku, zvýšený podíl účinně léčené hypertenze a poklesu celkového cholesterolu. Druhou příčinou je pak účinnější léčba CMP – výrazné zlepšení diagnostiky, výrazným posunem managementu péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou, pokroky v intenzivní péči i novými možnostmi léčby CMP. Třetím vysvětlením snížení mortality je zmírnění přirozeného průběhu tohoto onemocnění. (Bruthans, 2009, Cífková, 2008, Kalvach, 2010, s.16-19).

Následující obrázky ilustrují epidemiologická data týkající se ČR (Feigin, Lancet, 2014).

Obrázek 1. Věkově standardizovaná incidence CMP na 100 000 obyvatel pro rok 2010.
ČR: incidence CMP 251,9-336,3/100 000

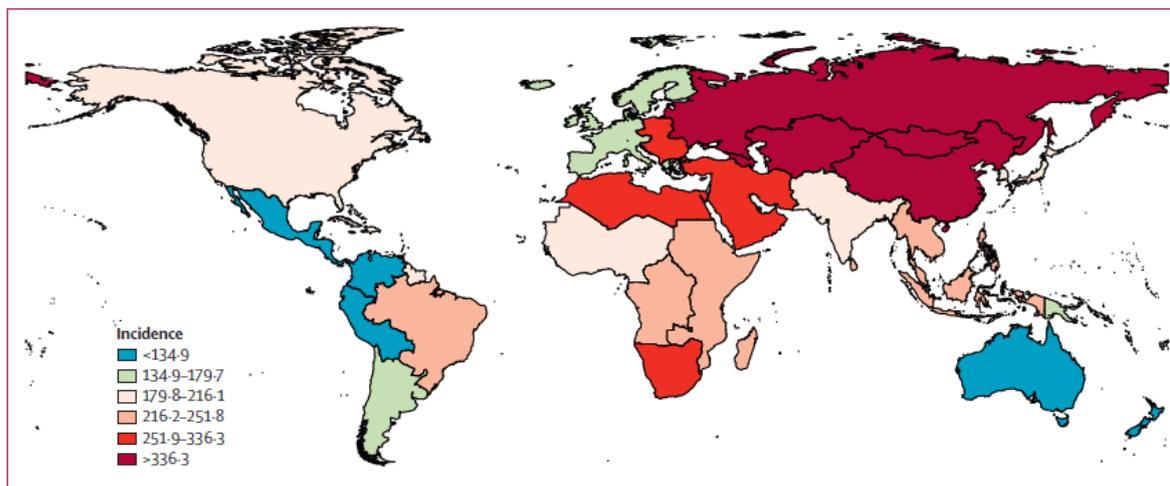


Figure 1: Age-standardised stroke incidence per 100 000 person-years for 2010

Obrázek 2. Věkově standardizovaná mortalita CMP na 100 000 obyvatel pro rok 2010
ČR: 103,1-136,7/100 000

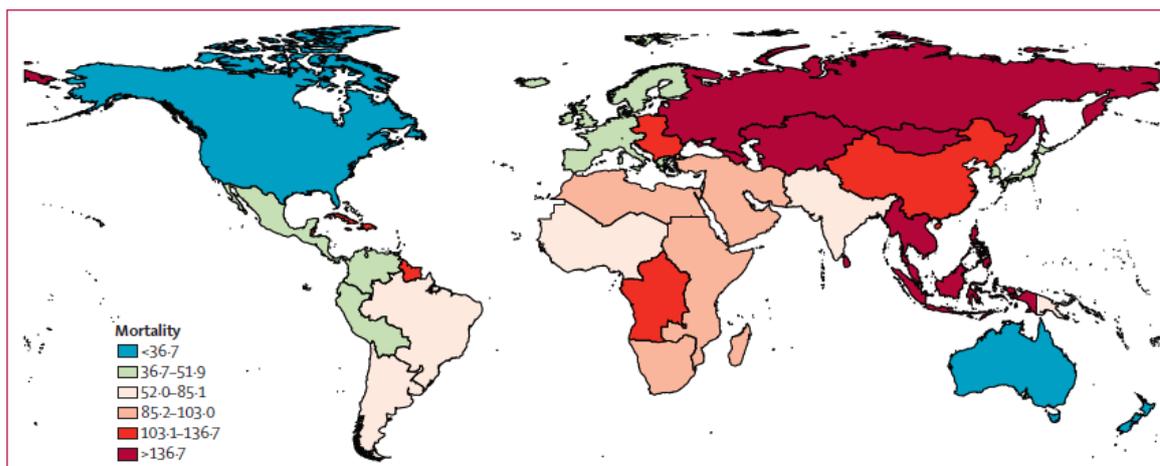


Figure 2: Age-standardised stroke mortality per 100 000 people for 2010

Po roce 1994 vznikl Národní registr cévních mozkových příhod IKTA, který je kompatibilní s European Stroke Database (ESDB) na doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR a Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČSLJEP. Tento registr je odborně garantován Cerebrovaskulární sekcí České neurologické společnosti a od roku 2009 spravován Institutem biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity. IKTA přináší informace o cévních mozkových příhodách, východiska, cíle a výsledky Národního registru cévních mozkových příhod, který je součástí Národního cerebrovaskulárního programu, kdy cílem

tohoto projektu je zvyšování informovanosti jak odborníků, tak laické veřejnosti. (IKTA, 2018).

1.10 Dělení cévních mozkových příhod

Cévní mozkové příhody dělíme na 2 typy: cévní mozkové příhody ischemické a cévní mozkové příhody hemoragické.

Ischemická cévní mozková příhoda

Asi 80–85 % cévních mozkových příhod tvoří cévní mozkové příhody ischemické, dle registru IKTA je to až 89 %. Jsou způsobené dočasným omezením zásobování mozku krví z důvodu sníženého průtoku krve cévou, ischemií. Tvoří ale značné heterogenní skupinu, která se liší jak svou prevalencí, svými rizikovými faktory, léčbou, tak prognózou či mírou dědičnosti. Správná klasifikace ischemické cévní mozkové příhody je důležitá pro zvolení adekvátního léčebného postupu. Nejvíce využívaným klasifikačním systémem cévních mozkových příhod ischemických je klasifikace TOAST (Adams, 1993).

Dle této klasifikace rozlišujeme 5 hlavních podtypů ischemické cévní mozkové příhody:

1. Ateroskleróza velkých tepen
2. Embolizace z kardiálního zdroje
3. Okluze malých tepen, lakunární ischemická cévní mozková příhoda
4. Ischemické cévní mozková příhoda jiné etiologie (vaskulopatie, hematologická onemocnění)
5. Ischemická cévní mozková příhoda neurčené etiologie

Hemoragická cévní mozková příhoda

Zbýlých 15-20 % cévních mozkových příhod tvoří příhody hemoragické, dle registru IKTA 11 %. I když jsou tyto příhody méně časté, jsou svým dopadem na mortalitu a morbiditu mnohem závažnější. Vznikají jako následek prasknutí cévy a krvácení do mozkové tkáně. Pokud je toto krvácení netraumatického původu, má vaskulární původ a působí poranění centrálního nervového systému, klasifikujeme je jako hemoragickou cévní mozkovou příhodu.

Dělíme je na:

1. Intracerebrální krvácení (asi 15 % případů, dle IKTA 9 %)
2. Subarachnoideální krvácení (asi 5 % případů, dle IKTA 2%)

Intracerebrální krvácení má mortalitu až 40 % během prvních 30 dní. Je definováno jako krvácení do mozkového parenchymu nebo komorového systému s rychle se rozvíjejícími klinickými známkami neurologické dysfunkce.

Subarachnoidální krvácení je krvácení do subarachnoideálního prostoru (prostor mezi arachnoideou a pia mater mozku nebo míchy), kde se rychle rozvíjí klinické známky neurologické dysfunkce a/nebo bolesti hlavy způsobené tímto krvácením (Meschia, 2014, IKTA, 2018).

1.11 Rizikové faktory, prevence cévní mozkové příhody

Rizikové faktory cévní mozkové příhody dělíme na faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné. Ovlivnitelné rizikové faktory představují mnohem vyšší riziko a jsou lépe léčebně ovlivnitelné nebo potlačitelné. Mezi tyto faktory patří poruchy krevního tlaku, srdeční choroby, diabetes mellitus, hyperlipidemie, kouření, nedostatek tělesného pohybu, alkoholismus, hyperhomocysteinemie, některé krevní poruchy, migréna, perorální antikoncepce, substituční hormonální terapie, zneužívání drog, hypotyreóza, karotická stenóza jako riziko pro ischemickou cévní mozkovou příhodu, cévní malformace jako riziko pro hemoragickou cévní mozkovou příhodu, vaskulitidy, TIA, která je však varovným signálem, nikoliv příčinou. K doloženým neovlivnitelným rizikovým faktorům patří vyšší věk, pohlaví a genetická dispozice (vyšší dispozice v populaci hispánské a černošské).

K poruchám krevního tlaku se řadí arteriální hypertenze (za arteriální hypertenzi považujeme TK vyšší nebo roven 140/90 mm Hg, který naměříme při dvou návštěvách v ambulanci, kdy u české populace se ve věku od 25–64 let pohybuje kolem 35 %), emergentní hypertenzní stavy a arteriální hypotenze s nízkou perfuzí mozku. Srdeční selhání zahrnuje embolizaci ze srdce, fibrilaci a flutter síní, paradoxní embolizaci, embolizaci nástěnných trombů z levé komory, onemocnění chlopní nebo nitrosrdeční nádory. Diabetes

mellitus jako příčina diabetické angiopatie, poruchy lipidového metabolismu nebo metabolického syndromu. Dyslipidémie patří mezi nejvýznamnější riziko iktu, kdy nejrizikovějším faktorem je zvýšený cholesterol a snížená koncentrace HDL (high density lipoprotein) (Kalvach, 2010, str. 63-81).

Prevenci považujeme jako efektivní prostředek k předcházení cévních mozkových příhod nebo jako prostředek ke snížení závažných důsledků i samotné úmrtnosti tohoto onemocnění. Rozlišujeme prevenci primární a sekundární. Je nutná pravidelná kontrola jak v rámci preventivní péče, tak kontroly u specialistů (diabetolog, kardiolog, internista, neurolog, lipidolog) a léčba obecných rizikových faktorů vaskulárních, a to v prevenci jak primární, tak sekundární.

Primární prevence cévních mozkových příhod.

Základem primární prevence je snížení incidence cévních mozkových příhod. Touto cestou můžeme působit na ovlivnitelné rizikové faktory. V první řadě zde řadíme léčbu hypertenze, která má nesporný vliv na incidenci cévních mozkových příhod a považujeme ji za nejvýznamnější ovlivnitelný rizikový faktor. Prevalence arteriální hypertenze je vysoká, v průmyslových zemích 20-50 %, v České republice se pohybuje kolem 35 % v populaci od 25-64 let. I když hypertenzi v anamnéze uvádí pouze jedna čtvrtina až jedna třetina, většina pacientů u své hypertenzi neví. 27 % pacientů s ischemickou CMP a 57 % s hemoragickou CMP není dostatečně léčená pro hypertenzi. Cílem léčby hypertenze jsou pak hodnoty TK pod 140/90 mmHg, u pacientů po CMP se doporučuje snížit TK na hodnoty 130/85 mmHg. Pokud je hypertenze spojená i s diabetem, je cílová hodnota TK 120/80 mmHg. Léčba je individuální, řada hypertoniků, hlavně starších pacientů, rychlé snížení TK netoleruje. Vždy při hypertenzi by měla přijít nefarmakologická opatření, která zahrnují léčbu obezity, hlavně abdominální. Doporučeno je snížení BMI pod 25 kg/m³, snížení obvodu pasu u mužů pod 102 cm, u žen pak pod 88 cm. Dalšími možnostmi, jak snížit nefarmakologicky hodnoty TK je zvýšení fyzické aktivity, omezení alkoholu a omezení příjmu sodíků. Mezi významný a ovlivnitelný rizikový faktor, který přispívá ke zvýšené incidenci a horším následkům CMP můžeme zařadit diabetes mellitus především 2. typu. Tento je často doprovázen poruchami lipidového metabolismu, kdy dlouhodobá hyperglykémie vede k poškození a snížení funkce mnoha životně důležitých orgánů. CNS nevyjímaje. Proto vyhledávání rizikových faktorů u diabetiků 2. typu je mnohem naléhavější než u běžné

populace. Kombinace těchto rizik je umocněna, a to hlavně pro cerebrovaskulární onemocnění. Obezita diabetika 2. typu zvyšuje riziko CMP až 2x, hypertenze 2 - 4x, kouření 1,5x. Léčbu je potřeba zaměřit na omezení příjmu tuků a cholesterolu, obsah proteinů ve stravě by měl být omezen na 10-20 % celkového kalorického příjmu (Kalvach, 2010, s. 63-82). Léčba dyslipidémie, hlavně zvýšené hodnoty LDL, LDL cholesterolu a snížená koncentrace HDL patří mezi primární preventivní opatření ischemických CMP, kdy cholesterol je vždy součástí aterosklerotického plátu. Léčba zahrnuje především dietní režimová opatření a léčbu atorvastatiny. Cílové hodnoty lipidů jsou u mužů HDL více než 1,0 mmol/l a triglyceridy pod 1,7 mmol/l, u žen HDL nad 1,2 mmol/l a triglyceridy pod 1,7 mmol/l. Antikoagulační léčba warfarinem s INR 2-3 nebo přímými inhibitory trombinu či faktoru X je indikována u pacientů s fibrilací síní a jinými poruchami srdečního rytmu. K primární prevenci je počítána endarektomie u osob se stenotickým postižením karotických tepen nad 70 % a s operačním rizikem nižším než 3 %. Součástí primárních preventivních opatření jsou i režimová opatření jako je zanechání kouření. Pro hemoragické CMP není kuřácká zátěž přesvědčivá, avšak pro ischemické CMP je relativní riziko 2,0 a u subarachnoidálního krvácení dokonce 3,0. Na denní dávce cigaret závisí míra poškození. Denně 40 cigaret a více nese dvojnásobné riziko proti denní dávce pod 10 cigaret. Asi o 20 % je kuřáctví vyšším rizikovým faktorem u žen. Proto v preventivní i sekundární prevenci apelujeme na pacienty. Zanechání kouření je ovšem problematickým pro některé subjektivní prožitky z kouření. Odvykání kouření proto pomáhá, když se pacient obrátí na odborníky, kteří jsou s abstinenčními příznaky odvykání kouření obeznámeni a pomohou rozdělit abstinenční příkoří. Psychoterapie, zachování a postupné snižování nikotinových hladin pomocí nikotinových žvýkaček, náplastí, inhalátorů propojené s dalšími metodami zvyšuje vyhlídky na trvalý úspěch. I nadměrné pití alkoholu má svůj negativní vliv na cévní mozkové příhody, kdy samotnou příčinou je zvýšení krevního tlaku. Například denní pití alkoholu nad 60 g/l zvyšuje riziko ischemických příhod až 1,69krát, hemoragických příhod až 2,18krát. S nejnižším rizikem konzumace alkoholu je spojena konzumace červeného vína. I pravidelná fyzická aktivita přispívá k boji proti vzniku CMP a zmírnění jejich důsledků. Tělesná aktivita (2-5 hodin za týden) snižuje riziko cévních mozkových příhod o 20–30 %. Spojitost mezi nedostatkem tělesného pohybu a ostatními rizikovými faktory jako je hypertenze, obezita a kardiovaskulární onemocnění, může jednoznačně potvrdit. Proto pravidelné fyzické cvičení je jednoznačně podporováno a ve svém důsledku slouží ke snížení rizika CMP, zdatnosti a kráse života. V primární prevenci má také zásadní místo vzdělávání a

informování obyvatel ve školách formou zdravotní výchovy, v médiích, v místech kontaktů pacientů s lékařem, formou letáků a informačních materiálů o prevenci, příčinách a příznacích cévních mozkových příhod. 29. října si připomínáme Světový den mrtvice. Příkladem edukace je i kampaň ČAS JE MOZEK, kdy prostřednictvím edukačních plakátů a internetových stránek učí pacienty rozpoznat příznaky cévních mozkových příhod. (Kalvach, 2010, s. 63-81).

Mezi faktory neovlivnitelné s vlivem na riziko CMP řadíme potom ty, které vyplívají z naší individuální existence a mají pouze rozlišovací přínos. Věk je jedním z nich. Je to životní okolnost a s jeho postupem se vlivy rizik sčítají, případně umocňují. Pohlaví také nemůžeme ovlivnit. Ve středním a časném starším věku je incidence CMP u mužů vyšší, avšak ve věkových pásmech do 40 let a po 80. roce se rozdíl v pohlaví stírají. Genetické dispozice ukázaly například zvýšenou zátěž v hispánské a černošské populaci oproti populaci kavkazské (Kalvach, 2010, s.80).

Sekundární prevence cévních mozkových příhod.

Cílem sekundární prevence je snaha o co nejvyšší snížení rizika recidivy CMP. Je zásadní rozlišení iktů na ikty kardioembolické, kdy pacienti jsou indikováni k užívání warfarinu a ikty nekardiogenní příčiny, kdy je pacientům doporučena antiagregační léčba. Pacienti se stenózou krkavice symptomatickou nad 70 % a operačním rizikem pod 6 % jsou indikováni ke karotické endarterektomii, případně ke stentu krkavice. Vedení této prevence by mělo být pod dohledem neurologa, který se na toto specializuje a současně spolupracuje s praktickým lékařem pacienta a jinými specialisty především z oblasti kardiologie, diabetologie, lipidologie, rehabilitace, logopedie, psychologie a psychiatrie. V rámci účinné dispenzarice jsou nutné kontroly klinického stavu pacienta, kontrola, sledování a terapie rizikových faktorů pro CMP jako je hypertenze, diabetes mellitus, hypercholesterolemie, hyperlipoproteinemie, dodržování dietních opatření, odvykání nebo zanechání kouření, kontroly hmotnosti pacienta. U neinvazivního monitorování postižených přívodních mozkových tepen můžeme doporučit sono karotid, CT nebo MR či angiografické vyšetření. Dále v rámci sekundární prevence recidiv CMP indikujeme a sledujeme užívání antiagregační či antikoagulační terapie, případně chirurgickou či intervenční terapii.

U pacientů s hypertenzí by mělo být měření krevního tlaku součástí pravidelných kontrol u praktického lékaře. Doporučený krevní tlak by se měl pohybovat pod hodnotou 140/85 mmHg, u diabetiků to jsou hodnoty pod 130/80 mmHg. Snížení krevního tlaku

můžeme docílit úpravou životního stylu, případně pravidelným užíváním antihypertenziv. Snížení krevního tlaku významně redukuje riziko jak opakovaných koronárních příhod, tak riziko samotných mozkových příhod cévních.

Také snížení hladin celkového cholesterolu významně snižuje riziko opakovaných cévních mozkových příhod. K redukci hypercholesterolemie indikujeme pacienty s ischemickou chorobou srdeční a vysokou nebo střední hladinou cholesterolu. Předepisovány jsou statiny i v prevenci sekundární.

Jako sekundární prevenci v režimových opatřeních pak můžeme uvést zanechání kouření, protože toto zdvojnásobuje riziko CMP, snížení konzumace alkoholu, pravidelné cvičení. Ze stravovacích a dietních opatření můžeme v rámci prevence doporučit zvýšené množství konzumace zeleniny a ovoce (5ks/den) a zařazení ryb do jídelníčku, kdy byl v observačních studiích pozorován pokles rizika CMP. Zvýšení množství celozrnných potravin snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění. S příjmem potravy je úzce propojena otázka tělesné váhy, kdy body mass index nad 25 zvyšuje riziko cévních mozkových příhod, a to pro podíl hypertenze a diabetu mellitu s tímto spojené (IKTA, 2018, Kalvach, 2010, s. 63-80, Václavík, 2013).

1.12 Management cévní mozkové příhody

Organizaci péče o pacienty s CMP upravuje Věstník č. 2/2010 Ministerstva zdravotnictví České republiky. Cévní mozkové příhody znamenají významné dopady jak pro pacienta samotného, kdy hodnotíme jeho přežití/smrt (survival/death), projevy a nálezy příčinné patologie (impairment), omezení funkčních aktivit (disability), znevýhodnění (handicap) a fyzickou, psychologickou a sociální kvalitu života (quality of life), tak má toto onemocnění dopad i pro společnost (Kala, 2010, s. 592–594). Při současné incidenci 300 CMP /100 000 obyvatel, kdy je ročně hospitalizováno 51 000 pacientů s cévní mozkovou příhodou je pochopitelný zájem o zlepšení managementu a léčby tohoto onemocnění. Velkým úspěchem je snížení mortality z 12 000 osob v roce 2011, na 9 8000 v roce 2015. Opodstatněný význam na tomto úspěchu mají bezesporu iktová centra, které vznikají v České republice od roku 2011.

Iktová centra jsou rozdělena do dvou stupňů. Prvním a vyšším stupněm jsou vysoce specializovaná centra cerebrovaskulární péče, druhým pak vysoce specializovaná centra o pacienty s iktem. Celkem je 45 center v celé ČR. Například ve Fakultní nemocnici Ostrava, bylo pro CMP hospitalizováno v Cerebrovaskulárním centru 77 % pacientů, kdy medián hospitalizace je 7 dnů (Kosková, 2018). Největší pokrok by dosažen u ischemických cévních mozkových příhod, a to novými léčebnými postupy, zejména systémovou trombolýzou a mechanickou rekanalizací. V roce 2016 bylo v České republice provedeno 4 356 trombolýz (nejvíce ve FN v Plzni – 310) a 1 053 trombektomií (nejvíce ve FN Ostrava – 136). Průměr na jedno centrum byl 97 trombolýz a 68 trombektomií. V roce 2017 bylo provedeno ve Fakultní nemocnici Ostrava 177 trombolýz a 122 mechanických rekanalizací. U hemoragických CMP se stav zlepšuje jen mírně, zde není zásadní nová léčebná metoda (Tomek, 2017).

Celý management péče o cévní mozkové příhody zahrnuje jak preventivní péči primární a sekundární, tak péči o pacienty s ischemickou a hemoragickou mozkovou příhodou, dále zajištění rehabilitační péče případně i následnou institucionální péči. Toto onemocnění představuje vysoké náklady ve zdravotnictví a vysoké náklady v oblasti socioekonomické. Jsou dány následky a ztrátou produktivity. V USA byly náklady spojené s cévními mozkovými příhodami vyčísleny kolem 43 miliard dolarů, kdy 28 miliard připadne na samotnou léčbu a zbylé 43 miliardy na ztrátu produktivity osob, jež toto onemocnění prodělaly (Dufek, 2006).

1.13 Léčba cévní mozkové příhody

Cévní mozkovou příhodu je nutno vždy posuzovat jako urgentní stav, proto je nutné v co nejkratším čase zahájení adekvátní terapie. Podstatným aspektem je rozpoznání samotného iktu ať už samotným pacientem, příbuznými nebo i zdravotníky. Proto je velmi podstatná edukace obyvatel. Formy edukace mohou být rozličné. Můžeme zde zařadit jak hromadné sdělovací prostředky, vědomosti od praktického lékaře, z knih, z informačních letáků. Většina studií, které byla zaměřeny na edukaci o projevech cévních mozkových příhod prokazuje, že jen 33-50 % osob rozpozná své vlastní příznaky jako iktus. Ale ani osoby s většími znalostmi o cévních mozkových příhodách nedorazily do nemocnice dříve. Lidé mají často tendenci příznaky bagatelizovat. Z tohoto důvodu vyhledají odbornou lékařskou

pomoc příliš pozdě a jsou ohroženi trvalými následky případně i smrtí. V České republice přitom máme výborný systém péče o pacienty s iktem a pokud se dostanou do nemocnice v první hodině, možnost uzdravení je pro ně vysoká – až 70 %.

Pokud tedy pacient má příznaky CMP, je třeba co nejdříve volat Rychlou záchrannou službu a uskutečnit transport do nejbližšího Iktového centra v co nejkratším čase. K tomu dnes posádce RZP slouží konzultace s neurologem v rámci iktového programu, který rozhodne, kam je třeba pacienta transportovat. Postup je přitom legislativně ukotven ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 10/2012, v aktuálním znění. Nyní máme v celé ČR akreditováno 45 vysoce specializovaných center. 13 center je cerebrovaskulárních a 32 je center iktových. (Škoda, 2016, Herzig, 2008). Po příjezdu pacienta do určeného nemocničního zařízení s personálními a technickými předpoklady, je předán na urgentní příjem, kde je provedeno základní doporučené vyšetření. Důležitým kritériem samotné organizace pracoviště je tzv. door to needle, tedy čas, od kdy je pacient přiveden na urgentní příjem do doby, kdy je zahájena léčba. Průměrný door to needle Fakultní nemocnice Ostrava je 25 minut (Kosková, 2018). Základní vyšetření pacienta s cévní mozkovou příhodou se skládá z laboratorních testů (krevní obraz, základní biochemické vyšetření – ionty v séru, glykemie, analýza jaterních a ledvinných funkcí, INR), zobrazení CT mozku, případně MR, EKG, v indikovaných případech pak CT angiografie, MR angiografie, případně perfuzní CT nebo MR, neurosonologické vyšetření, echokardiografie (jícnová nebo transtorakální), rentgen hrudníku, pulsní oxymetrie, vyšetření arteriálního Astrupa, lumbální punkce, elektroencefalografie, toxikologický screening. Pacient s cévní mozkovou příhodou by měl být umístěn na iktových jednotkách k multidisciplinární a kvalifikované péči, kde léčba zahrnuje celkovou intenzivní péči, trombolytickou léčbu, postupy intervenční radiologie v podobě mechanické rekanalizace, cílenou medikamentózní terapii, včasnou rehabilitaci, logopedickou reedukaci, nutriční podporu, psychoterapii, v některých případech neurochirurgický zákrok, endovaskulární nebo angioneurochirurgickou irtenvenci. Je nutno zajistit i konziliární vyšetření dle aktuálního zdravotního stavu pacienta. Při vstupu pacienta je provedeno i hodnocení NIHSS (The National Institute of Health Stroke Scale). Obsahuje 15 položek, kterými kvantifikujeme aktuální neurologický stav pacienta. Tato měřicí numerická škála obsahuje oblasti vědomí, řeči, motoriky, senzitivity, vizu, neglect syndromu a funkce cerebrální. Měření je rozloženo na škále 0–42 bodů. 0 znamená žádné neurologické postižení, od skóre 21 bodů je neurologické postižení považováno za závažné.

Přehodnocování této škály po 6 hodinách je potom významným prediktorem výsledného stavu pacienta. Další přehodnocování je doporučováno po 7 dnech a 3 měsících. Tato škála slouží k snadnější komunikaci mezi zdravotními profesionály (Cerebrovaskulární sekce ČLS JEP; Harrison, 2013, s. 201-211; Reif, 2011, s. 12-15).

Mezi další škály, které můžeme zařadit pro pacienty s neurologickým onemocněním jsou například modifikovaná Raikin scale (mRS) a index Barthelové (BI). Modifikovaná Raikin škála je zaměřená na hodnocení funkční nezávislosti pacienta se zaměřením na mobilitu. Míra postižení se hodnotí na stupnici 0-6 bodů, kdy 0 bodů je určeno pro pacienta bez neurotického deficitu a 6 je numerickým ekvivalentem smrti. I přes relativní bodovou omezenost a nižší úroveň senzitivity je tato škála globálně zdravotníky akceptovaná. Vyšší úroveň senzitivity a lepšího rozlišení prokazuje index Barthelové. Bodové rozmezí je od 0–100 bodů, přičemž 100 bodů je určeno pro zcela nezávislého a soběstačného pacienta. Hodnocení probíhá v oblastech uspokojení v oblastech běžných aktivit denního života pacienta (ADL – Activities of Daily Living) a hodnocení funkčních deficitů (osobní hygiena, jídlo, pití, oblékání, kontinence stolice, moči, použití toalety, přesun z lůžka na židli, pohyb po rovině, pohyb po schodech), zda je toto provést samostatně, s dopomocí nebo vůbec. Avšak index Barthelové není doporučován pro počáteční stádia po proběhlé cévní mozkové příhodě, kdy je vysoká pravděpodobnost ovlivnění výsledné hodnoty funkční evaluací. Nevýhodou BI je také nedostatečné hodnocení ošetrovatelsky a diagnosticky významných aspektů v oblasti kognice, komunikace, senzitivity, vizu, hodnocení bolesti či hodnocení emočních deficitů. Rozšířením BI je potom IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Kromě těchto poměrně rozšířených skórovacích škál známe také mnoho dalších, které můžeme pro pacienty s iktem použít. Příkladem může být SIS – Stroke Impact Scale, GOS – Glasgow Outcome Scale, SS – QOL – Stroke Specific Quality of Living Scale nebo PDS – Post Stroke depression Scale a jiné (Harrison, 2013, s. 201-211, Reif, 2011, s. 12-15).

Diametrálně odlišná je potom léčba ischemických cévních mozkových příhod a hemoragických cévních mozkových příhod (Seidl, 2015, s. 188–211, Škoda, 2016).

Rozhodujícím kritériem je čas a příčina. V péči přednemocniční zajišťuje zdravotnická záchranná služba vitální funkce, volné dýchací cesty, při hypoxii podává kyslík a zajišťuje žilní přístup. Při hypertenzi nad 180/110 mmHg podává antihypertenziva. Dále následuje symptomatická léčba dle stavu pacienta (antiemetika, antikonvulziva, anxiolytika a jiné.) V nemocniční fázi ošetření pacienta se pokračuje se v monitorování základních funkcí,

neurologických funkcí, zajištění dostatečné saturace kyslíkem, ve sledování kardiovaskulárních funkcí, zejména pak sledování a léčba arytmií a srdečního selhání, v regulaci krevního tlaku u pacientů s extrémně vysokým tlakem nebo při hypertenzní krizi (vyšší než 220/120 mmHg). Hypotenzi saturuje potom objemovými expandéry. Nutný je monitoring metabolismu glukózy. Sledujeme u pacientů i tělesnou teplotu. Pokud je nad 37,5 stupňů Celsia jsou vhodná antipyretika nebo fyzikální chlazení a současně je nutné pátrat po příčině, obvykle po zdroji infekce a toto je třeba léčit. Nutné je i zajištění nutrice a korekci elektrolytů a tekutin, kdy v prvních 24 hodinách je doporučen fyziologický roztok. Pokud je vyloučena hemoragická mozková příhoda a od počátku klinických příznaků je časový interval kratší než 4,5 hodiny, jsou vyloučena další kontraindikující kritéria, může být přistoupeno k podání rekombinantního tkáňového aktivátoru plazminogenu – rtPA intravenózně. Doporučená dávka je 0,9 mg/kg, kdy 1/10 se podává bolusově, zbytek množství je podáno do 1 hodiny. Maximální dávka je však 90 mg. Je doporučeno snížit hypertenzi, při hodnotách nad 185/110 mmHg. Pokud bylo toto časové okno překročeno, lze do 8 hodin od začátku příznaků provést mechanickou rekanalizaci. Procento komplikací narůstá s časem. Do 48 hodin od počátků příznaků u pacientů do 60 let s maligním infarktem je na zvážení provedení neurochirurgického výkonu, a to dekompresní kraniektomie, při expanzivním infarktu mozečku, jež utlačuje mozkový kmen pak ventrikulostomie nebo chirurgická dekomprese. A to do 72 hodin. V případě, že není indikována antikoagulační nebo trombolytická terapie, podáváme všem pacientům s ischemickou cévní mozkovou příhodou nebo tranzitorní ischemickou atakou během 48 hodin časnou antiagregační léčbu v podobě kyseliny acetylsalicylové v dávce 100–325 mg nebo klopidoogrelu v dávce 75 mg. Součástí léčby cévních mozkových příhod je i včasná rehabilitace – již v prvních dnech pobytu na JIP a měla by pokračovat, pokud se bude pacient objektivně zlepšovat, nebo bude úplně bez neurologického deficitu. Hlavním úkolem rehabilitační léčby je nácvik denní sebeobslužných činností, aktivního pohybu s využitím lokomočních pomůcek, prevence kloubních afekcí a spastického držení těla, návrat mozkových funkcí a motivace pacienta k aktivnímu přístupu. Pracovní rehabilitace a ergoterapie je zaměřena na návrat pacienta do pracovního prostředí a resocializaci. Rehabilitace se zaměřuje i na edukaci rodinných příslušníků pacienta s cílem je maximálně zapojit do rehabilitace v domácím prostředí. I logopedická péče je součástí léčby pacienta s iktem. Je potřeba reedukace řeči u pacientů s různými formami a tíží fatických poruch, nácvik polykání při různých stupních poruch polykání. Trénink a snižování následků kognitivních poruch také patří do léčby pacienta

s cévní mozkovou příhodou. Výhodou pro pacienty po CMP je možnost následné ošetrovatelské péče v domácím prostředí, avšak ne vždy je toto možné. Záleží na stupni funkčního poškození, míře soběstačnosti a rodinném zázemí. Cílem pro všechny je plné uzdravení pacienta, případně minimální dopad na soběstačnost, tak aby byla možná jeho resocializace. Toto není možné až u 30 % pacientů, kteří zůstávají trvale nesoběstační, odkázání na péči jiných, obvykle na péči institucionální. V závislosti na lokalizaci a velikosti mozkového infarktu, věku, přidružených onemocněních, včasnosti diagnózy, zahájení léčby, zajištění vitálních funkcí, poskytování intenzivní péče v akutním období a na kvalitě rehabilitace, následné péče a resocializace se potom odvíjí prognóza pacienta. Až 40 % pacientů má pravděpodobně možnost úplného nebo částečného uzdravení. Vysoké je však riziko recidivy CMP, kdy v prvních 30 dnech je riziko 10 % a v následujících pěti letech až 25-30 %. Pacienti s chronickou fibrilací síní a symptomatickou stenózou vnitřní karotidy jsou pak ohroženi až 70 % rizikem recidivy. Klademe zde vysoký důraz na sekundární prevenci dle zjištěné etiologie (Seidl, 2015, s.188-211, Škoda, 2016).

Hlavní diagnostikou pro hemoragické cévní mozkové příhody je CT, které určí lokalitu a rozsah krvácení. Mortalita je vysoká, 30 ti denní je 40 %, roční je až 50 % a časté jsou těžké deficity u přeživších pacientů. Důvodem těchto hemoragických mozkových příhod mohou být krvácení při arteriální hypertenzi, cévní malformace, krvácení do preexistujících lézí, koagulopatie a to krvácení při antikoagulační terapii, při trombocytopenii, trombocytopatii, krvácení jako komplikace po trombolýze (až 6%), abnormální tepny při cerebrální amyloidní angiopatii nebo při arterididách, či jako následek užívání drog (kokain, pseudoefedrin, amfetamin). Léčba spočívá v klidovém režimu na lůžku s elevací 30 stupňů horní poloviny těla nad podložkou, sledování klinických příznaků pacienta, kontrolním CT. Léčíme hypertenzi v monoterapii, později kombinací antihypertenziv v tabletách. Cílem je udržení krevního tlaku na hodnotách pod 160/90 mmHg. Dále úprava koagulačních parametrů Kanavitem, prothromplexem případně podáním mražené plazmy. Eventuálně ošetření ložiska krvácení. U případné nitrolební hypertenze podáváme antiedematózní léčbu manitolem. Pokud se klinický stav zhoršuje, nebo nelepší je vhodné zvážit chirurgickou léčbu – evakuaci hematomu nebo zevní komorovou drenáž u akutního obstrukčního hydrocefalu (Káňovský, 2007, s. 25-57).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda cévní mozková příhoda závisí na adherenci v léčbě na pracovišti Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava. Zároveň bylo cílem zjistit, zda vybrané demografické faktory ovlivňují míru adherence v léčbě. Od vymezení hlavního cíle se odvíjí i stanovení dalších čtyř dílčích cílů.

Cíl 1: Zjistit, zda CMP závisí na adherenci v léčbě.

Statistická hypotéza k cíli 1: H1: Pacienti, kteří CMP prodělali měli nižší adherenci v léčbě než pacienti, kteří CMP neprodělali.

Cíl 2: Zjistit, zda adherence v léčbě závisí na pohlaví pacienta.

Statistická hypotéza k cíli 2: H2: Adherence v léčbě je vyšší u žen než u mužů.

Cíl 3: Zjistit, zda adherence v léčbě závisí na dosaženém vzdělání.

Statistická hypotéza k cíli 3: H3: Adherence v léčbě je vyšší u pacientů s vyšším vzděláním.

Cíl 4: Zjistit, zda adherence v léčbě závisí na věku.

Statistická hypotéza k cíli 4: H4: Adherence v léčbě je vyšší u pacientů vyššího věku.

Cíl 5: Zjistit, zda adherence v léčbě závisí na rodinném stavu.

Statistická hypotéza k cíli 5: H5: Adherence v léčbě je vyšší u ženatých a vdaných osob.

2.2 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření k diplomové práci s názvem „Adherence v léčbě u pacientů s cévní mozkovou příhodou“ bylo vedeno formou kvantitativního typu výzkumu, dotazníkového šetření, průřezové prospektivní studie. Výzkum probíhal v období od února do dubna 2018. Ve výzkumném šetření byla srovnávána v adherenci k léčbě skupina pacientů s cévní

mozkovou příhodou a pacientů bez cévní mozkové příhody. Byl použit standardizovaný Moriskyho osmi-položkový dotazník (Morisky et al., 1986, Morisky, 2008), který je standardně využíván na měření adherence v léčbě ve více zahraničních výzkumech a je doporučován pro měření adherence pacientů. Byl doplněn o demografické údaje a dotazník MINI-COG. Dotazníky společně s Informovaným souhlasem byly předány ke schválení Etické komisi Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Schválené dotazníky byly dále předloženy náměstkyni ředitele pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Ostrava PhDr. Andrei Vilímkové a vrchní sestře Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava Mgr. Martině Prusenovské. Po schválení byly použity pro výzkumné šetření této diplomové práce.

2.2.1 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili hospitalizovaní pacienti na Neurologické klinice Fakultní nemocnice Ostrava. Do studie byli zahrnuti pacienti s diagnózou cévní mozkové příhody a s jinými neurologickými diagnózami.

Dotazníky byly distribuovány na standardní oddělení - Neurologii A a B, na jednotce intenzivní péče - Iktové jednotce Cerebrovaskulárního centra Fakultní nemocnice Ostrava. Do výzkumu bylo zařazeno 110 respondentů nad 18 let. Toto množství bylo statisticky vypočítáno, kdy odhad rozsahu výběru pro dotazník Medical Adherence scale's přesností 95 % ($\Delta = 0,3$; $\sigma = 1,6$) (Vrablík, 2014) je podle vzorce

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 \quad n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sigma}{\Delta} \right)^2 = \left(\frac{1,96 \cdot 1,6}{0,3} \right)^2 = 109,27$$

Minimální počet respondentů pro práci s dotazníkem je tedy 110 (Hendl, 2004, s.173). Všichni respondenti byli z lůžkové části Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava.

Vstupními kritéria:

- Věk \geq 18 let
- Diagnóza cévní mozkové příhody nebo jiné neurologické onemocnění
- Schopnost rozumět a komunikovat v českém jazyce
- Neporušené kognitivní schopnosti
- Souhlas s výzkumem
- Vyplnění celého dotazníku

Před vstupem do studie byli pacienti seznámeni s metodikou studie, obdrželi jednu kopii informovaného souhlasu a kontakt na řešitele.

Vyřazovací kritéria:

- Věk pod 18 let
- Již známá demence
- MINI COG dotazník pod 2 body
- Neschopnost rozumět a komunikovat v českém jazyce
- Nesouhlas s výzkumem
- Nevyplněný celý dotazník

Etická stránka studie byla posouzena a schválena Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci dne 6.12.2017.

V druhé části šetření byli respondenti rozděleni do dvou skupin, kdy skupina 1 byli respondenti, kteří CMP prodělali a skupina 2 byli respondenti, kteří byli na Neurologické klinice hospitalizováni s jiným neurologickým onemocněním, bez CMP.

2.2.2 Metoda sběru dat

Metodou pro sběr dat a realizaci výzkumného šetření byl zvolen dotazník, který se skládá z demografických údajů, ze standardizovaného Moriskyho osmi-položkového

dotazníku (MMAS-8), který je od roku 2008 ve světě a později i u nás využíván k měření adherence v léčbě u pacientů. 7 otázek je koncipováno tak, aby odpovědi byly buďto ano nebo ne. Poslední osmá otázka má možnosti odpovědi jako pětistupňová Likertova škála (nikdy-vždy). Dotazník byl doplněn o standardizovaný dotazník MINI COG, který vyřadil pacienty s kognitivními poruchami. Validita a reliabilita tohoto výzkumného šetření byla zajištěna standardizovanými dotazníky. Moriskyho osmi-položkový dotazník má senzitivitu 93 %, specifita dotazníku je 53 % a spolehlivost je $\alpha = 0,83$. Index reliability byl $\leq 0,80$. Bodové hodnocení MMAS-8 bylo upraveno pro možnosti statistického zpracování vytvoření celkového skóru Moriskyho dotazníku. Každá odpověď ano byla ohodnocena 1 bodem, odpověď ne potom 2 body, kromě otázky č. 12 v dotazníku. Zde bylo bodování otočeno. Odpověď ano za 2 body a odpověď ne za 1 bod. V poslední, 15 otázce v dotazníku bylo bodové ohodnocení uzpůsobeno následovně. Za odpověď nikdy – 5 bodů, za odpověď jenom občas – 4 body, za odpověď někdy – 3 body, za odpověď obvykle 2 body a za odpověď vždy – 1 bod. Čím vyšší skór, tím vyšší adherence k léčbě. Rozsah celkového skóru Moriskyho dotazníku pak byl možný od 8 bodů do 19 bodů (Ládová, 2015, s. 21-26, Mazalová, 2016, s.40-65, Vévodová, 2015, s. 49,50).

2.2.3 Realizace výzkumu

Samotné výzkumné šetření probíhalo v prostorách Neurologické kliniky FNO na lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče-Iktové jednotce Cerebrovaskulárního centra. Ve sledovaném období byli respondenti požádáni o rozhovor s řešitelem studie. Rozhovor pobíhal standardizovaným způsobem, na odděleném místě, případně na pokoji pacienta, kdy byl pacient osloven, zda je ochoten se účastnit výzkumného dotazníkového šetření. Pacient byl opakovaně ujištěn o anonymitě dotazníkového šetření. Rozhovor byl rozdělen do tří částí, kdy v první části byl pacient podrobněji seznámen s výzkumným šetřením, s informovaným souhlasem, ve druhé části byly respondentovi kladeny otázky z MINI COG dotazníku a ve třetí části byl respondentovi předán samotný dotazník s prázdnou obálkou. Respondent byl požádán, aby po ukončení vyplňování dal dotazník do obálky, zalepil a vhodil do předem připravené schránky. Distribuce a sběr vyplněných dotazníků byl realizován osobně. Vlastní výzkumné šetření potom probíhalo od února 2018 do dubna 2018. Distribuováno bylo 191

dotazníků společně s informovanými souhlasy na jednotlivé oddělení. Návratnost dotazníků byla 57,59 %, kdy se vrátilo úplně vyplněných a použitelných pro výzkum 110 dotazníků.

2.2.4 Metody zpracování dat

Ke zpracování dat byly použity číselné údaje, které byly zpracovány metodou kvantitativní statistiky. Data, která byla získána dotazníkovým šetřením byla umístěna do tabulky v programu Microsoft Office – Excel 2016 do datové matice. Ke statistickému zpracování dat byl použit statistický program Microsoft Office – Excel 2016 a Statistica.cz. Byl použit náhodný stratifikovaný výběr (Reiterová, 2016, s.9,10). Všechny testy byly provedeny na hladině signifikace 0,05. Všech 110 respondentů odpovídalo na 15 otázek dotazníku, kdy 7 otázek bylo demografických a 8 otázek Moriskyho dotazníku, které řeší samotnou adherenci v léčbě. Demografické údaje byly zpracovány v procentech zastoupení jednotlivých možností. Z Moriskyho dotazníku byl vypočítán absolutní skór, kdy čím vyšší skór, tím vyšší adherence pacienta. Byl proveden test normality proměnné Morisky pomocí Chí-kvadrát testu, kdy proměnná Morisky nevykazovala normální rozložení četností, proto se v následujících statistických testech používala neparametrická statistika. Jednotlivé hypotézy byly zpracovány Mann-Whitneovým U testem (používá se pro neparametrické testy dvou nezávislých výběrů a patří mezi nejsilnější testy), popisnými statistikami, Tukeyovým HSD testem, analýzou rozptylu a Spearmanovou kolerací. Ve druhé části pak byli respondenti rozděleni do dvou skupin. Skupina 1 – pacienti, kteří CMP prodělali a skupina 2 – pacienti s jiným neurologickým onemocněním. Navzájem byly tyto skupiny porovnávány metodou Crosstabulation, četností % v obou skupinách a popisnými statistikami. (Reiterová, 2016, s.70-80).

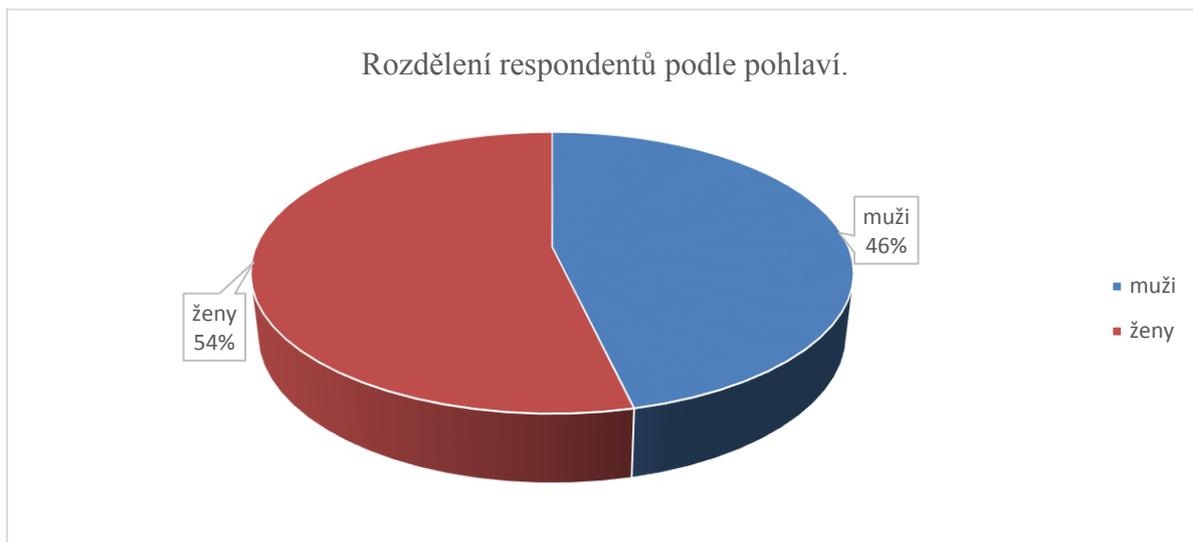
2.3 Výsledky výzkumu

2.3.1 Demografické charakteristiky respondentů

V rámci dotazníkového výzkumného šetření bylo osloveno celkem 191 pacientů, konečného výzkumného šetření se zúčastnilo 110 respondentů z Neurologické kliniky fakultní

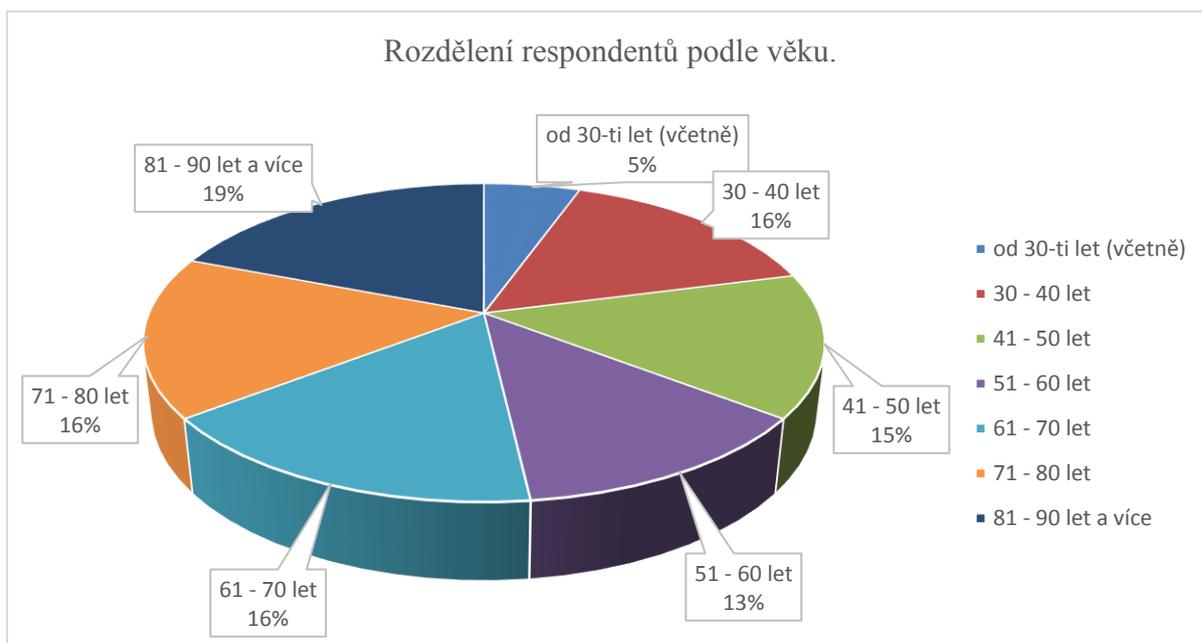
nemocnice Ostrava v období od února 2018 do dubna 2018. Celková návratnost dotazníků byla 57,59 %. Celkově platných a použitelných dotazníků pro tento výzkum bylo 110 dotazníků, což bylo dle statistického výpočtu dostačující. Tohoto výzkumu se zúčastnilo 59 žen a 51 mužů. To znamená 54 % žen a 46 % mužů.

Graf č. 1. Rozdělení respondentů podle pohlaví.



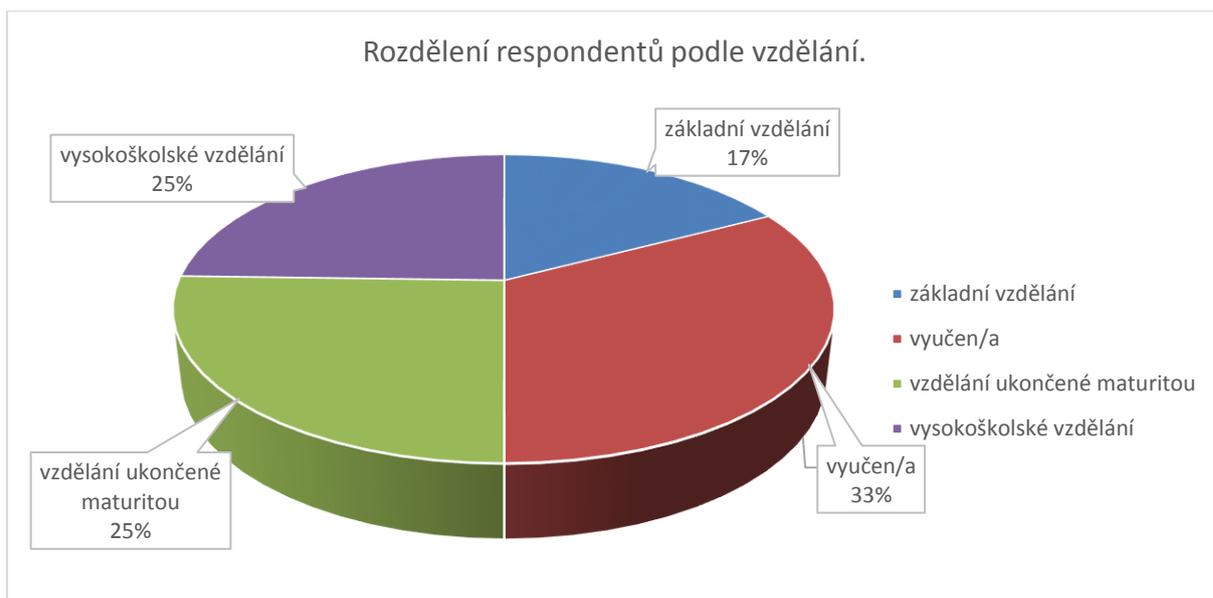
Největší zastoupení měla věková skupina od 81 do 90 let a více, nejmenší potom věková skupina 18-30 let včetně.

Graf č. 2. Rozdělení respondentů podle věku.



Ze všech 110 respondentů bylo nejvíce zastoupeno osob se vzděláním – vyučen/a–33 % a nejméně se vzděláním základním – 17 %. Přitom osob se základním vzděláním bylo 19 a vyučených bylo 36.

Graf č. 3. Rozdělení respondentů podle vzdělání.



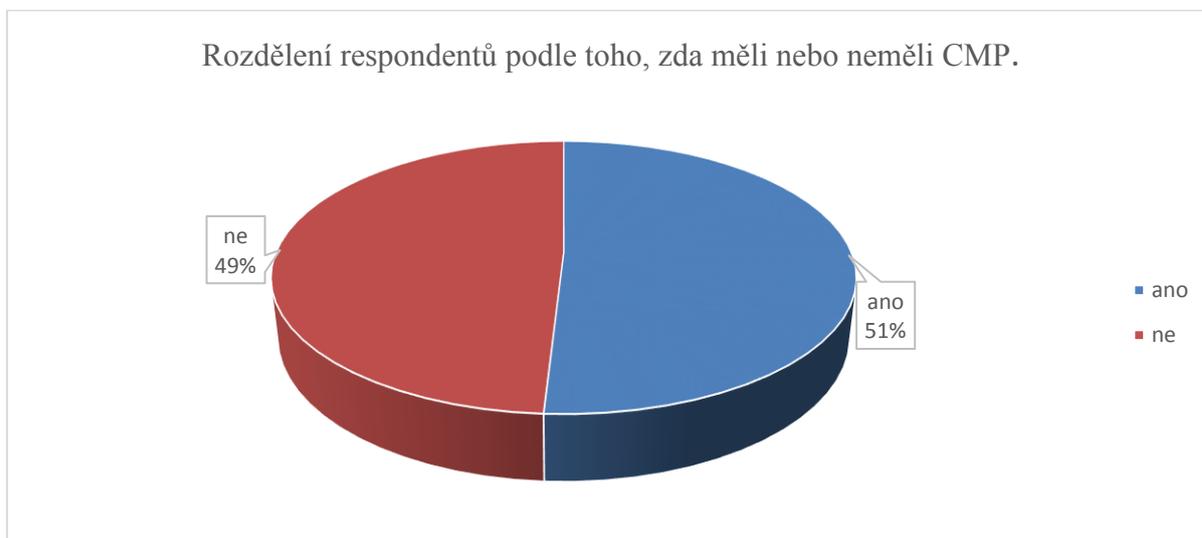
Dále jsme srovnávali rodinný stav respondentů. Svobodných respondentů bylo 14., ženatých nebo vdaných respondentů bylo 37, rozvedených respondentů bylo 18, vdov nebo vdovců bylo 18, a respondentů žijících s partnerem nebo partnerkou bylo 23.

Graf č. 4. Rozdělení respondentů podle rodinného stavu.



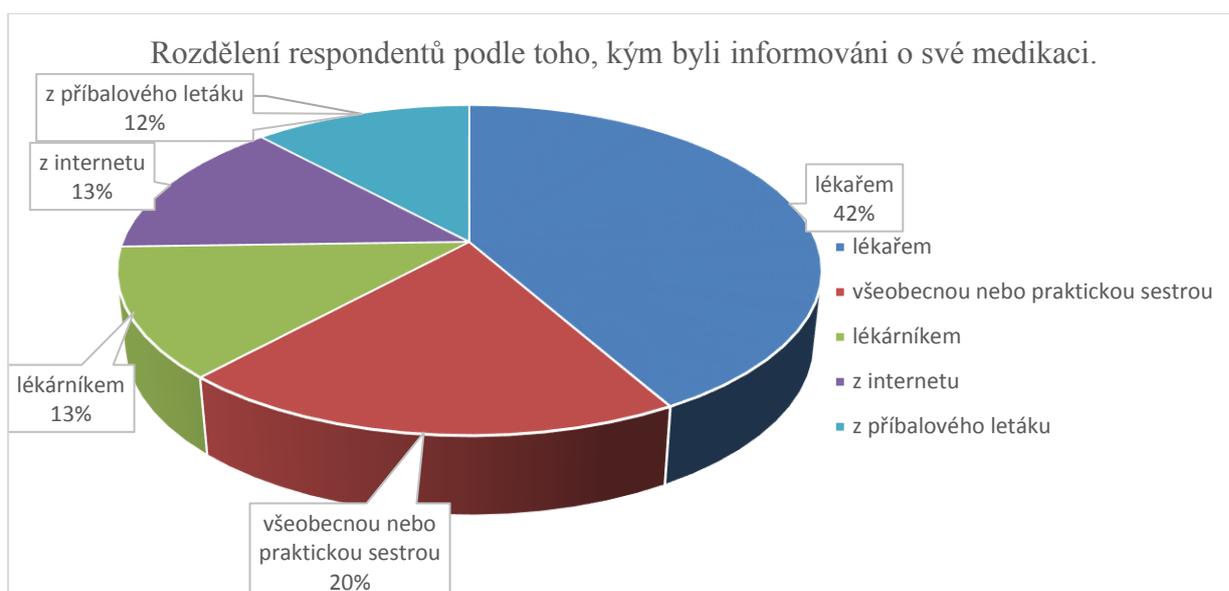
Další údaj se týká rozdělení respondentů podle toho, jestli měli nebo neměli cévní mozkovou neměli. 56 respondentů bylo těch, kteří cévní mozkovou příhodu měli a 54 bylo těch, kteří cévní mozkovou příhodu neměli. To znamená 51 % s CMP a 49 % bez CMP.

Graf č. 5. Rozdělení respondentů podle toho, zda měli nebo neměli CMP.



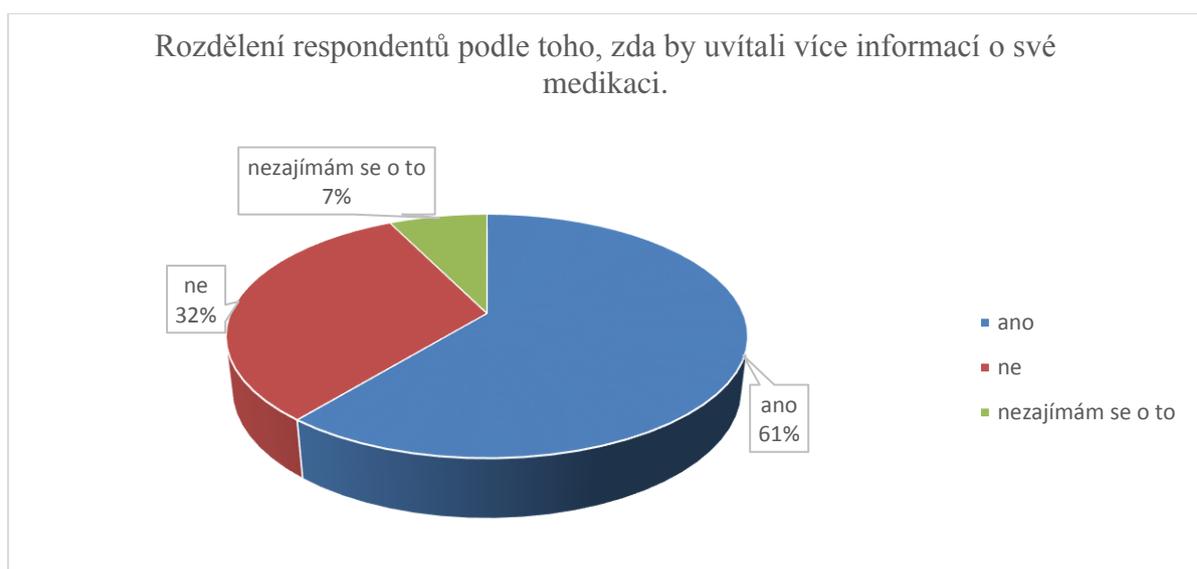
Další statistické zpracování se týká informovanosti respondentů ohledně medikace. První rozdělení je podle toho, kým byli o své medikaci informováni. K čemu se jejich medikace užívá, čemu mají věnovat pozornost při užívání medikace, jak se medikace užívá a jaké má možné nežádoucí účinky. Možností bylo 5. Buďto byli informováni lékařem, všeobecnou nebo praktickou sestrou, lékárníkem, nebo si informace vyhledali na internetu nebo v příbalovém letáku. Respondentů informovaných lékařem bylo 46, všeobecnou sestrou nebo praktickou sestrou 22, lékárníkem 14 a sami na internetu si vyhledalo informace 15. Z příbalového letáku se informace o své medikaci dozvědělo 13. Z hlediska procentuálního zastoupení potom největší skupinou byli respondenti, kteří byli informováni o své medikaci lékařem a poslední, nejméně početnou skupinou jsou respondenti s informacemi o své medikaci z příbalového letáku, s 12 %.

Graf č. 6. Rozdělení respondentů podle toho, kým byli informováni o své medikaci.



Další otázkou na respondenty tohoto výzkumu bylo, zda by uvítali více informací o své medikaci. Možností byly: ano, ne a nezajímám se o to. Více informací o své medikaci by uvítalo 67 respondentů, což je 61 %, více informování o své medikaci nechce být 35 respondentů a to je 32 % a nezajímají se z různých důvodů o více informací o své medikaci 8 respondentů, což je 7 %. Největší skupinou respondentů je tedy těch, kteří by více informací o své medikaci uvítali.

Graf č. 7. Rozdělení respondentů podle toho, zda by uvítali více informací o své medikaci.

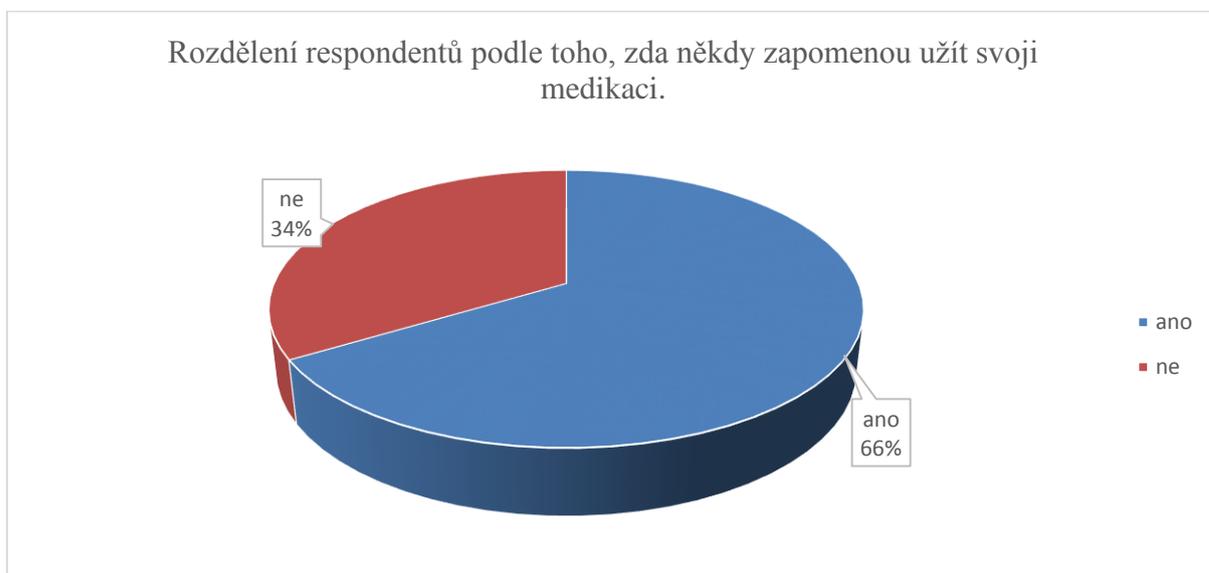


2.3.2 Frekvence jednotlivých odpovědí Moriskyho osmi-položkového dotazníku

V dotazníkovém šetření následují otázky standardizovaného Moriskyho dotazníku, který je využíván pro měření adherentního případně nonadherentního chování.

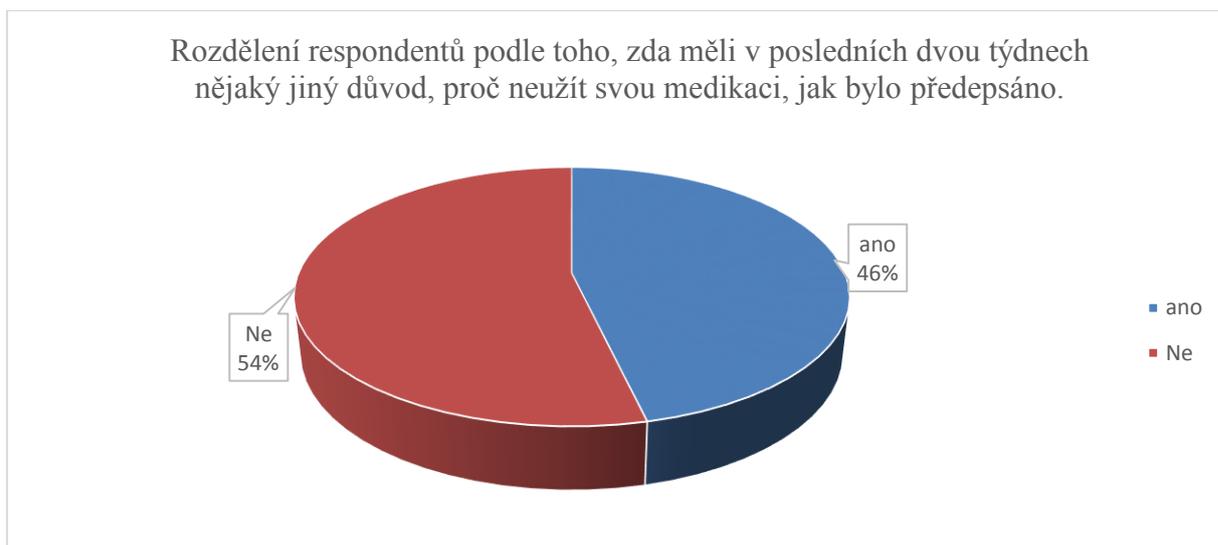
Otázka č.8 v dotazníku. Zapomenete někdy užít svoji medikaci? Možnosti odpovědí ano, ne. Ano odpovědělo 73 respondentů, to je 66 % a možnosti odpovědi ne využilo 37 respondentů, což je 34 %.

Graf č. 8. Rozdělení respondentů podle toho, zda někdy zapomenou užít svoji medikaci.



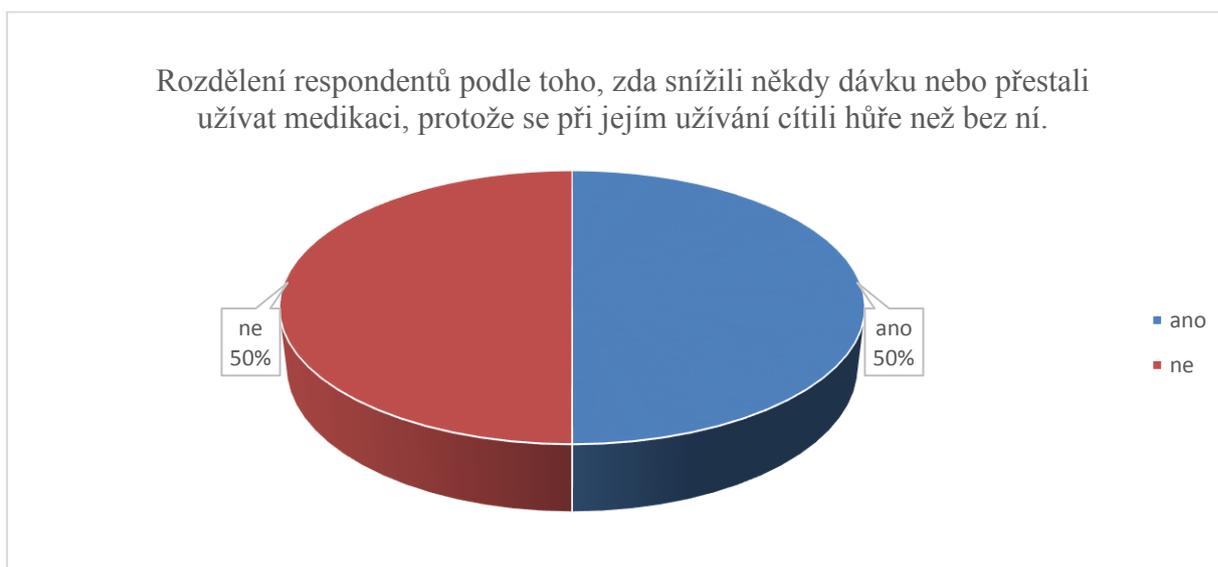
Otázka č. 9 v dotazníku. Kromě zapomínání, měl/a jste někdy v posledních dvou týdnech nějaký jiný důvod, proč neužít svou medikaci, jak bylo předepsáno? Možnosti odpovědí ano, ne. Jiný důvod, proč respondenti v posledních dvou týdnech neužili svou medikaci, jak bylo předepsáno, mělo 51 respondentů, to tvoří 46 % a možnosti ne, že neměli v posledních dvou týdnech jiný důvod, proč neužili svou medikaci, jak bylo předepsáno, využilo 59 respondentů. 54 %.

Graf č. 9. Rozdělení respondentů podle toho, zda měli v posledních dvou týdnech nějaký jiný důvod, proč neužít svou medikaci, jak bylo předepsáno.



Otázka č. 10 v dotazníku. Snížil/a jste někdy dávku nebo přestal/a užívat medikaci, protože jste se při jejím užívání cítil/a hůře než bez ní? Možnosti odpovědi ano, ne. 55 respondentů snížilo dávku nebo přestalo užívat medikaci, protože se při jejím užívání cítilo hůře než bez ní a stejný počet 55 respondentů dávku nesnížilo a nepřestalo užívat medikaci, protože se při jejím užívání cítilo hůře než bez ní. Kladné odpovědi využilo 50 %, záporné odpovědi pak také 50 %.

Graf č. 10. Rozdělení respondentů podle toho, zda snížili někdy dávku nebo přestali užívat medikaci, protože se při jejím užívání cítili hůře než bez ní.



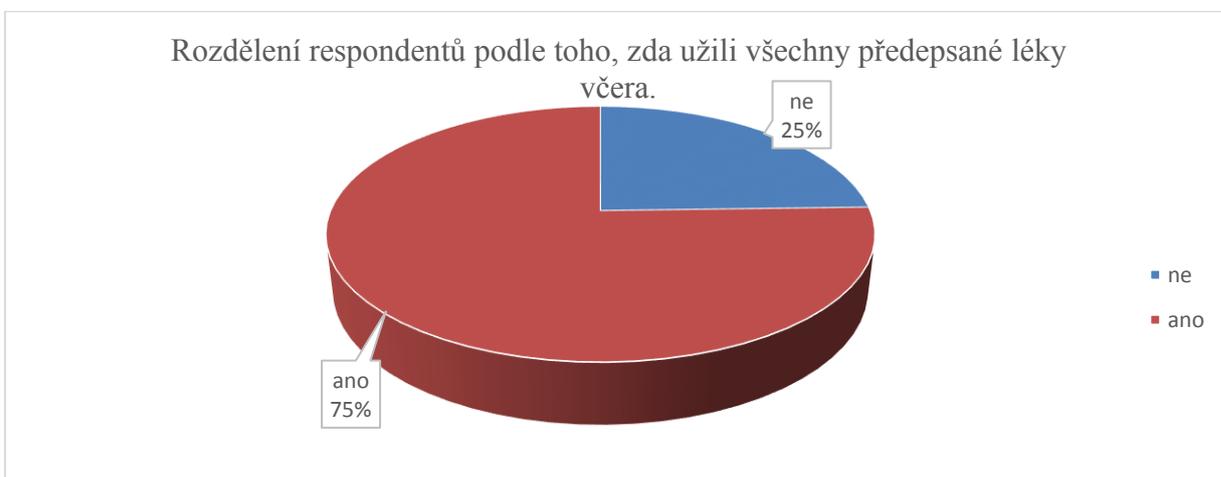
Otázka č. 11 v dotazníku. Když cestujete mimo domov, stane se Vám někdy, že zapomenete vzít své léky s sebou? Možností odpovědí ano, ne. Možnosti ano využilo 29 respondentů, 26 %, možnosti ne potom 81 respondentů, 74 %.

Graf č. 11. Rozdělení respondentů podle toho, zda když cestují mimo domov, stane se jim někdy, že zapomenou vzít své léky s sebou.



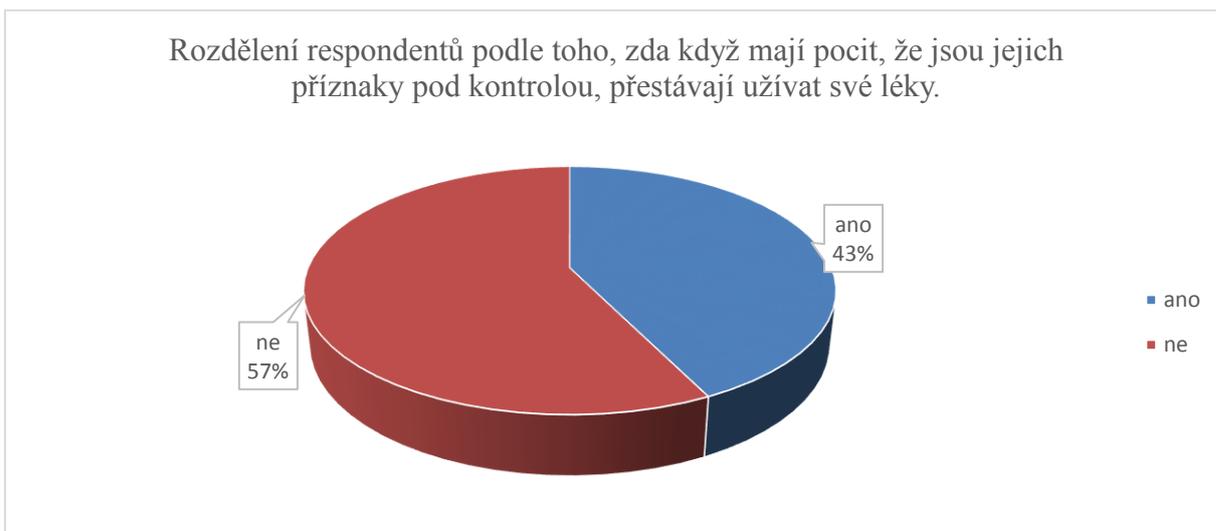
Otázka č. 12 v dotazníku. Užil/a jste všechny předepsané léky včera? Možnosti odpovědí ano a ne. 83 respondentů odpovědělo, že všechny předepsané léky užili včera. 27 respondentů odpovědělo ne, že včera neužili všechny předepsané léky. Vyjádřeno v procentech. 75 % kladná odpověď, 25 % záporná odpověď.

Graf č. 12. Rozdělení respondentů podle toho, zda užili všechny předepsané léky včera.



Otázka č. 13. Když máte pocit, že vaše příznaky jsou pod kontrolou, přestáváte občas užívat své léky? Odpovědi mohou být ano nebo ne. 43 % respondentů uvedlo ano, což je 47 respondentů a 57 % uvedlo, že pokud mají pocit, že jsou jejich příznaky pod kontrolou, nepřestávají občas užívat své léky a to je 63 respondentů.

Graf č. 13. Rozdělení respondentů podle toho, zda když mají pocit, že jsou jejich příznaky pod kontrolou, přestávají užívat své léky.



Otázka č. 14. Pro někoho je pravidelné užívání léků obtížné. Obtěžovalo Vás někdy dodržování lékového režimu? Možnosti odpovědí jsou ano nebo ne. Možnosti odpovědi ano využilo 45 respondentů a možnosti odpovědi ne – neobtěžovalo využilo 65 respondentů.

Graf č. 14. Rozdělení respondentů podle toho, zda je pro ně někdy obtěžující dodržování lékového režimu.



Otázka č. 15. Jak často míváte obtíže s užíváním veškerých předepsaných léků? Možnosti odpovědí jsou nikdy, jenom občas, někdy, obvykle nebo vždy. 35 respondentů uvedlo, že s užíváním veškerých předepsaných léků nemá nikdy obtíže (32 %), 39 respondentů jenom občas (35 %), 34 respondentů někdy (31%), 1 respondent uvedl, že má potíže obvykle (1%) a 1 respondent vždy (1%).

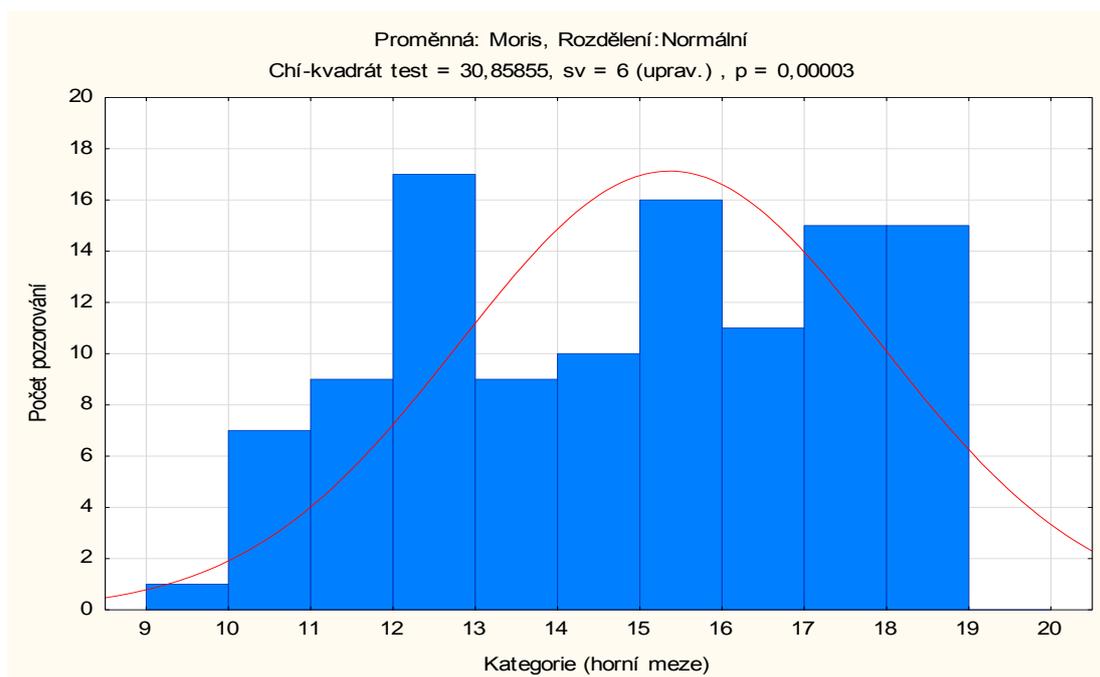
Graf č. 15. Rozdělení respondentů podle toho, jak často mívají obtíže s užíváním veškerých předepsaných léků.



2.3.3 Ověření platnosti hypotéz

V této práci byl stanoven hlavní cíl zjistit, zda cévní mozková příhoda závisí na adherenci v léčbě na pracovišti Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava. Od hlavního cíle se pak dále odvíjí stanovení dalších pěti dílčích cílů. Pro ověření hypotéz byly údaje získané od respondentů uloženy do tabulky v programu Microsoft Office – Excel 2016, byl vypočítán celkový skóre pro Moriskyho dotazník a proveden test normality. Proměnná Morisky nevykazovala normální rozložení, proto k ověření hypotéz byla použita neparametrická statistika.

Graf. č. 16. Graf normality pro celkový skór Moriskyho dotazníku.



Cíl 1: Zjistit, zda CMP závisí na adherenci v léčbě.

Statistická hypotéza k cíli 1:

H1: Pacienti, kteří CMP prodělali měli nižší adherenci v léčbě než pacienti, kteří CMP neprodělali.

Jednou z otázek v dotazníkovém šetření byla i otázka, která rozdělila respondenty na ty, kteří CMP prodělali a na ty, kteří CMP neprodělali. Obě skupiny potom byly porovnány podle celkového skóru podle Moriskyho dotazníku. Mezi oběma skupinami byl signifikantní rozdíl v celkovém skóru, kdy ve skupině respondentů, kteří cévní mozkovou příhodu prodělali, byl celkový skór Moriskyho dotazníku nižší a u pacientů, kteří cévní mozkovou příhodu neprodělali, byl celkový skór vyšší. Z tohoto vyplývá, že adherence k léčbě je u pacientů s CMP signifikantně nižší. Hypotéza byla ověřena Mann-Whitneovým U Testem, kdy jsme srovnávali celkový skór odpovědí na Moriskyho dotazník u pacientů s cévní mozkovou příhodou a bez cévní mozkové příhody. Mann-Whitneův U Test a průměrné hodnoty ukazují následující tabulky.

Tabulka č. 1. Srovnání adherence v léčbě u pacientů s CMP a bez CMP.

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (List1 v Kopie - Data_Excel Hol.)										
Dle proměn. 5. CMP										
Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$										
Proměnná	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1 str. přesné p
Moris	2697,00	3298,00	1157,00	-1,9848	0,04716	-1,9996	0,04553	55	54	0,04686

grupováno:5. CMP (Lis		
Skup. 1: 1		
Skup. 2: 2		
Proměnná	Průměr 1	Průměr 2
Moris	14,8545	15,8148

Skupina 1 - pacienti, kteří CMP prodělali, skupina 2 – pacienti, kteří CMP neprodělali

Závěr hypotézy H1:

Cílem bylo zjistit, zda cévní mozková příhoda závisí na adherenci v léčbě. Náš předpoklad, že pacienti s cévní mozkovou příhodou mají nižší adherenci k léčbě byl správný. Hypotéza H1 byla potvrzena a byl prokázán signifikantní rozdíl v adherenci mezi pacienty po CMP a pacienty, kteří CMP neprodělali ($p < 0,05$).

Cíl 2: Zjistit, zda adherence v léčbě závisí na pohlaví pacienta.

Statistická hypotéza k cíli 2:

H2: Adherence v léčbě je vyšší u žen.

Podle demografických otázek jsme pacienty rozdělili na muže a ženy. Mužů v této výzkumné skupině bylo 51 a žen 59 z celkového počtu 110 respondentů. Předpokládali jsme, že adherence k léčbě je vyšší u žen. Avšak podle statistických výpočtů podle Mann-Whitneova U Testu se tento předpoklad nepotvrdil. Srovnávali jsme celkový skóre Moriskyho dotazníku u mužů a u žen.

Tabulka č. 2. Srovnání adherence v léčbě u mužů a žen.

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (List1 v Kopie - Data_Excel Hol.)																														
Dle proměn. 1. pohlaví																														
Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$																														
Proměnná	Sčt poč. skup. 1	Sčt poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1str. přesné p																				
Moris	2664,00	3441,00	1338,00	-0,99500	0,31973	-1,0024	0,31611	51	59	0,32108																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">grupováno:1. pohlaví (Li)</th> </tr> <tr> <td colspan="4">Skup. 1: 1</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Skup. 2: 2</td> </tr> <tr> <th>Proměnná</th> <th>Průměr 1</th> <th>Průměr 2</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Moris</td> <td>15,1176</td> <td>15,5762</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>											grupováno:1. pohlaví (Li)				Skup. 1: 1				Skup. 2: 2				Proměnná	Průměr 1	Průměr 2		Moris	15,1176	15,5762	
grupováno:1. pohlaví (Li)																														
Skup. 1: 1																														
Skup. 2: 2																														
Proměnná	Průměr 1	Průměr 2																												
Moris	15,1176	15,5762																												

Skupina 1 – muži, skupina 2 - ženy

Závěr hypotézy H2:

Předpokládali jsme, že adherence v léčbě je signifikantně vyšší u žen než u mužů. Avšak tento předpoklad potvrzený nebyl. Mezi muži a ženami nebyl prokázán signifikantní rozdíl v adherenci ($p > 0,05$).

Cíl 3: Zjistit, zda adherence v léčbě závisí na dosaženém vzdělání.

Statistická hypotéza k cíli 3:

H3: Adherence v léčbě je vyšší u pacientů s vyšším vzděláním.

Dalším rozdělením v demografické části dotazníku byla otázka zaměřená na vzdělání respondentů. Přesné dělení podle vzdělání uvádí graf č. 3, kdy nejvíce respondentů bylo se vzděláním – vyučen/a–33 %. Srovnávali jsme celkový skóre Moriskyho dotazníku u respondentů s různým stupněm vzdělání. Nejvýznamnějšího rozdílu bylo dosaženo u respondentů se základním vzděláním a u respondentů se vzděláním vysokoškolským. Signifikantní rozdíl byl také naměřen u respondentů se vzděláním vyučen/a a s vysokoškolským vzděláním. Vše bylo zpracováno v rozkladové tabulce popisných statistik, byl proveden Tukeyův HSD test a byla provedena analýza rozptylu.

Tabulka č. 3. Srovnání adherence v léčbě u pacientů s různým vzděláním.

Rozkladová tabulka popisných statistik (List1 v Kopie - Data_Excel Ho N=110 (V seznamu záv. prom. nejsou ChD)			
3. vzdělání	Moris průměr	Moris N	Moris Sm.odch.
1	14,1052	19	2,57972
2	14,5555	36	2,51219
3	15,6071	28	2,14888
4	17,0740	27	2,11088
Vš.skup.	15,3636	110	2,56199

Tukeyův HSD test; proměn.:Moris (List1 v Kopie - Data_Excel Ho Označ. rozdíly jsou významné na hlad. p < ,05000				
3. vzdělání	{1}	{2}	{3}	{4}
	M=14,105	M=14,556	M=15,607	M=17,074
1 {1}		0,90525	0,14199	0,00040
2 {2}	0,90525		0,28764	0,00041
3 {3}	0,14199	0,28764		0,09943
4 {4}	0,00040	0,00041	0,09943	

1 – základní vzdělání, 2 – vyučen/a, 3 – vzdělání ukončené maturitou, 4 – vysokoškolské vzdělání

Tady je vidět, že je signifikantní rozdíl mezi 1. a 4. ($p < 0,05$) a mezi 2. a 4. skupinou ($p < 0,05$).

Analýza rozptylu (List1 v Kopie - Data_Excel Ho.) Označ. efekty jsou význ. na hlad. p < ,05000								
Proměnná	SČ efekt	SV efekt	PČ efekt	SČ chyba	SV chyba	PČ chyba	F	p
Moris	134,245	3	44,7485	581,208	106	5,48310	8,16118	0,00006

Závěr hypotézy H3:

V hypotéze jsme předpokládali, že je rozdíl v adherenci v léčbě u respondentů podle vzdělání. Vyšší adherenci jsme předpokládali u respondentů s vyšším vzděláním. Naše hypotéza se potvrdila. Vzdělání respondentů má vliv na adherenci v léčbě. Mezi skupinami pacientů rozdělených podle vzdělání byl prokázán signifikantní rozdíl ($p < 0,05$). Adherence v léčbě závisí na stupni vzdělání.

Cíl 4: Zjistit, zda adherence v léčbě závisí na věku.

Statistická hypotéza k cíli 4:

H4: Adherence v léčbě je vyšší u pacientů vyššího věku.

Respondenti výzkumné skupiny byli rozděleni podle věku, po desetiletích, kdy nejmladší skupinou byli respondenti od 18 do 30 let, nejstarší potom respondenti od 80 let a výše. Předpokládali jsme, že pacienti s vyšším věkem budou mít i vyšší adhezenci k léčbě. Rozdělení respondentů dle věku pak zobrazuje graf č.2. Všechny údaje byly zpracovány Spearmanovou korelací. Nebyl nalezen signifikantní rozdíl v adhezenci v léčbě u respondentů různého věku.

Tabulka č. 4. Srovnání adherence v léčbě u pacientů podle věku.

Proměnná	Spearmanovy korelace (List1 v Kopie - Data_Exp ChD vynechány párově Označ. korelace jsou významné na hl. p <,0500	
	Moris	2. věk
Moris	1,00000	-0,00078
2. věk	-0,00078	1,00000

Závěr hypotézy H4:

Předpokládali jsme, že respondenti vyššího věku budou mít vyšší adhezenci v léčbě než pacienti mladší. Tato hypotéza se však nepotvrdila. Nebyl prokázán vliv adherence na věk ($p > 0,05$).

Cíl 5: Zjistit, zda adherence v léčbě závisí na rodinném stavu.

Statistická hypotéza k cíli 5:

H5: Adherence v léčbě je vyšší u ženatých a vdaných osob.

Respondenty jsme dle dotazníku rozdělili podle rodinného stavu. Podrobné rozdělení podle rodinného stavu u respondentů je v grafu č. 4. Signifikantně významný rozdíl byl ve skupinách ženatý/vdaná a svobodný/á ($p=0,027111$) a ve skupině ženatý/vdaná a žije s partnerkou/partnerem ($p=0,019235$). Vše bylo zpracováno v rozkladové tabulce popisných statistik a v Turkeyově HSD testu.

Tabulka č. 5. Srovnání adherence v léčbě podle rodinného stavu.

Rozkladová tabulka popisných statistik (List1 v Kopie - Data_Excel Hol.) N=110 (V seznamu záv. prom. nejsou ChD)			
4. stav	Moris průměr	Moris N	Moris Sm.odch.
1	14,0714	14	2,86797
2	16,3783	37	2,09962
3	15,6111	18	2,63771
4	15,3333	18	2,47338
5	14,3478	23	2,53356
Vš.skup.	15,3636	110	2,56199

Tukeyův HSD test; proměn.:Moris (List1 v Kopie - Data_Excel Hol.) Označ. rozdíly jsou významné na hlad. p < ,05000					
4. stav	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
	M=14,071	M=16,378	M=15,611	M=15,333	M=14,348
1 {1}		0,02711	0,39942	0,59918	0,99736
2 {2}	0,02711		0,81099	0,57411	0,01923
3 {3}	0,39942	0,81099		0,99713	0,47563
4 {4}	0,59918	0,57411	0,99713		0,70446
5 {5}	0,99736	0,01923	0,47563	0,70446	

1 – svobodný/á, 2 – ženatý/vdaná, 3 – rozvedený/á, 4 – vdovec/vdova, 5 – žiju s partnerkou/partnerem

Tady je vidět, že je signifikantní rozdíl mezi 1. a 2. ($p < 0,05$) a mezi 2. a 5. skupinou ($p < 0,05$).

Analýza rozptylu (List1 v Kopie - Data_Excel Hol.) Označ. efekty jsou význ. na hlad. p < ,05000								
Proměnná	SČ efekt	SV efekt	PČ efekt	SČ chyba	SV chyba	PČ chyba	F	p
Moris	86,3281	4	21,5820	629,126	105	5,99168	3,60199	0,00858

Závěr hypotézy H5:

Náš předpoklad, že rodinný stav má vliv na adherenci v léčbě u respondentů Neurologické kliniky Fakultní nemocnice v Ostravě se potvrdil. Nejvyšší adherenci v léčbě měli respondenti ženatí/vdané. Mezi skupinami pacientů rozdělených podle stavu byl prokázán signifikantní rozdíl ($p < 0,05$). Adherence v léčbě závisí na rodinném stavu pacientů.

Popisné statistiky HS Morisky.

V této části statistických výpočtů jsme obě skupiny respondentů rozdělili na skupinu 1 – pacienti s CMP a skupinu 2 - pacienti bez CMP, s jiným neurologickým onemocněním. Spočítali jsme hrubý skór Moriskyho dotazníku pro jednotlivé skupiny, kdy bylo bodové hodnocení upraveno. Každá kladná odpověď byla hodnocena 1 bodem, záporná 2 body. Výjimku tvořila otázka č. 12 v dotazníku a č. 15. V otázce č.12 bylo bodové hodnocení otočeno. Za kladnou odpověď byly 2 body, za zápornou pak 1 bod. Otázka č. 15 byla hodnocena dle Likertovy škály a bodově bylo hodnocení upraveno následovně. Odpověď nikdy – 5 bodů, odpověď občas – 4 body, odpověď někdy – 3 body, odpověď obvykle – 2 body a za odpověď vždy – 1 bod. Čím vyšší celkový neboli hrubý skór, tím vyšší byla pak adherence v léčbě.

V první skupině pacientů s CMP byla střední hodnota hrubého skóru 14,854, medián byl 15, modus pak 13. Maximální hrubý skór byl 19 bodů, minimální hrubý skór 10 bodů. Variační rozpětí hrubého skóru Moriskyho dotazníku bylo 9. Rozptyl výběru 5,904. Počet respondentů s CMP byl 56.

Tabulka č. 6. Popisné statistiky. Skupina 1 - respondenti s CMP.

<i>Morisky</i>	
Stř. hodnota	14,85455
Chyba stř. hodnoty	0,327647
Medián	15
Modus	13
Směr. Odchylka	2,429892
Rozptyl výběru	5,904377
Špičatost	-1,04556
Šikmost	-0,04112
Variační rozpětí	9
Minimum	10
Maximum	19
Součet	817
Počet	56

Ve druhé skupině respondentů bez CMP byla střední hodnota hrubého skóru 15,873. Medián hrubého skóru byl 16, modus byl 19. Maximální hrubý skór byl 19 bodů, minimální

pak 11 bodů. Variační rozpětí v této skupině bylo 8. Rozptyl výběru byl 6,817. Ve druhé skupině bylo pak 54 respondentů.

Tabulka č. 7. Popisné statistiky. Skupina 2 – respondenti bez CMP.

<i>Morisky</i>	
Stř. hodnota	15,87273
Chyba stř. hodnoty	0,352055
Medián	16
Modus	19
Směr. Odchylka	2,610907
Rozptyl výběru	6,816835
Špičatost	-1,19627
Šikmost	-0,34804
Variační rozpětí	8
Minimum	11
Maximum	19
Součet	873
Počet	54

Obě skupiny jsme dále porovnali podle pohlaví. Nejvíce v tomto výzkumném šetření bylo zastoupeno respondentů ženského pohlaví bez CMP – 59,3 %, nejméně pak mužů bez CMP – 40,7 %.

Tabulka č. 8. CMP a pohlaví Crosstabulation.

			1*	2*
CMP	1	Count	29	27
		% within 5. CMP	51,8%	48,2%
	2	Count	22	32
		% within 5. CMP	40,7%	59,3%
Total		Count	51	59
		% within 5. CMP	46,4%	53,6%

1* - muži, 2* ženy

Dále jsme tyto dvě skupiny porovnávali věkově. Největší zastoupení měli respondenti, kteří CMP prodělali a byli ve věku 71-80 let. Nejnižší zastoupení potom měli respondenti ve věku 18-30 let, kteří CMP prodělali.

Tabulka č. 9. CMP a věk Crosstabulation.

			1*	2*	3*	4*	5*
CMP	1	Count	1	2	4	10	9
		% within 5. CMP	1,8%	3,6%	7,1%	17,9%	16,1%
	2	Count	5	15	12	4	9
		% within 5. CMP	9,3%	27,8%	22,2%	7,4%	16,7%
Total	Count	6	17	16	14	18	
	% within 5. CMP	5,5%	15,5%	14,5%	12,7%	16,4%	

			6*	7*	
5. CMP	1	Count	16	14	
		% within 5. CMP	28,6%	25,0%	
	2	Count	2	7	
		% within 5. CMP	3,7%	13,0%	
Total	Count	18	21		
	% within 5. CMP	16,4%	19,1%		

1* - věk od 18-30 let včetně, 2* - 31-40 let. 3* - 41-50 let, 4* - 51-60 let, 5* - 61-70 let, 6* - 71-80 let, 7* - 81-90 a více let

Při rozdělení obou skupin podle vzdělání potom můžeme konstatovat, že největší skupinu respondentů tvořili pacienti s CMP a nejvyšším dosaženým vzděláním vyučen/a, nejmenší skupinu tvoří pacienti bez CMP se základním vzděláním.

Tabulka č. 10. CMP a vzdělání Crosstabulation.

			1*	2*	3*	4*
CMP	1	Count	11	20	15	10
		% within 5. CMP	19,6%	35,7%	26,8%	17,9%
	2	Count	8	16	13	17
		% within 5. CMP	14,8%	29,6%	24,1%	31,5%
Total	Count	19	36	28	27	
	% within 5. CMP	17,3%	32,7%	25,5%	24,5%	

1* - základní vzdělání, 2* - vyučen/a, 3* - vzdělání ukončené maturitou, 4* - vysokoškolské vzdělání

Další rozdělení je podle rodinného stavu respondentů. Nejvíce bylo ženatých/vdaných respondentů, kteří CMP neprodělali, naopak nejméně potom vdovců a vdov, kteří CMP také neprodělali.

Tabulka č. 11. CMP a rodinný stav Crosstabulation.

			1*	2*	3*	4*	5*
CMP	1	Count	7	17	6	14	12
		% within 5. CMP	12,5%	30,4%	10,7%	25,0%	21,4%
	2	Count	7	20	12	4	11
		% within 5. CMP	13,0%	37,0%	22,2%	7,4%	20,4%
Total	Count	14	37	18	18	23	
	% within 5. CMP	12,7%	33,6%	16,4%	16,4%	20,9%	

1* - svobodný/á, 2* - ženatý/vdaná, 3* - rozvedený/á, 4* - vdovec, vdova, 5* - žiju s partnerkou/partnerem

Další rozdělení skupin je podle toho, kým byli informováni o své medikaci. Nejvíce respondentů bylo bez CMP informováno lékařem, nejméně pak s CMP, kteří informace o své medikaci zjistili z internetu.

Tabulka č. 12. CMP a informace o medikaci Crosstabulation.

			1*	2*	3*	4*	5*
CMP	1	Count	22	15	8	2	9
		% within 5. CMP	39,3%	26,8%	14,3%	3,6%	16,1%
	2	Count	24	7	6	13	4
		% within 5. CMP	44,4%	13,0%	11,1%	24,1%	7,4%
Total		Count	46	22	14	15	13
		% within 5. CMP	41,8%	20,0%	12,7%	13,6%	11,8%

1* - lékařem, 2* - všeobecnou nebo praktickou sestrou, 3* - lékárníkem, 4* - z internetu, 5* - z příbalového letáku

Poslední rozdělení respondentů je pak podle toho, zda by uvítali více informací o své medikaci. Nejméně respondentů je bez CMP, kteří se nezajímají o více informací o medikaci – 5,6 % a nejvíce je respondentů bez CMP, kteří by uvítali více informací o své medikaci – 70,4 %.

Tabulka č. 13. CMP a více informací o své medikaci. Crosstabulation.

			1*	2*	3*
CMP	1	Count	29	22	5
		% within 5. CMP	51,8%	39,3%	8,9%
	2	Count	38	13	3
		% within 5. CMP	70,4%	24,1%	5,6%
Total	Count	67	35	8	
	% within 5. CMP	60,9%	31,8%	7,3%	

1* - ano, 2* - ne, 3* - nezajímám se o to

2.4 Diskuze

Téma spolupráce pacienta se v posledních letech dostává do popředí zájmů zdravotníků. Jejich správná edukace, motivace k udržení správného adherentního chování představuje teoretickou možnost, jak zlepšit výsledky léčby zejména u chronických onemocnění, kdy se většinou jedná o léčbu dlouhodobou, která přináší pacientovi nejednu komplikaci a diskomfort v oblasti fyzické, psychické i socioekonomické. Proto je pro pacienta obtížnější její dodržení.

I když je ošetrovatelství poměrně nový vědní obor, má ošetrovatelský výzkum své nezastupitelné místo. Hlavní cíle ošetrovatelského výzkumu byly popsány na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR v dokumentu Koncepce zdravotnického výzkumu do roku 2022. Cílem tohoto dokumentu je vymezení a zajištění mezinárodně srovnatelné úrovně zdravotnického výzkumu a využití jeho výsledků pro zlepšení zdraví obyvatel a zabezpečení aktuálních potřeb zdravotnictví České republiky. Tento dokument je rozdělen do třech hlavních oblastí. Vznik a rozvoj chorob, nové diagnostické a terapeutické metody a epidemiologie a prevence nejzávažnějších chorob (Mazalová, 2016, s.13,14). V kapitole epidemiologie a prevence nejzávažnějších chorob je i podkapitola nemoci oběhové soustavy, ke kterým se řadí i cévní mozkové příhody. Proto se v této práci zabývá adherencí k léčbě u pacientů s cévní mozkovou příhodou.

Neexistuje zatím žádný zlatý standard v měření adherence v léčbě, protože je nám známo mnoho ovlivnitelných hledisek spojených právě s adherentním chováním (Ládová, 2015, s. 20). Ani v této práci nejsme schopni tato hlediska ovlivnit. Diplomová práce se věnuje zkoumání adherence v léčbě u pacientů s cévní mozkovou příhodou, kteří mohou být ovlivněni samotným onemocněním, hospitalizací, současnou životní situací i mnoha dalšími skutečnostmi. Porovnává různé skupiny respondentů z hlediska adherence. Teoretická část se zabývá samotnou adherencí, její definicí, jejím významem, metodami měření, zařazením od ošetrovatelské terminologie, využitím ve studiích a využitím pro tvorbu edukačních programů. Druhá část je zaměřená na doposud známé poznatky týkající se cévních mozkových příhod. Definuje cévní mozkovou příhodu, zabývá se incidencí, prevalencí a mortalitou cévních mozkových příhod, cévní mozkové příhody dělí dle nejnovějších poznatků, zabývá se rizikovými faktory a prevencí CMP, dále managementem a léčbou cévních mozkových příhod. V praktické části bylo pro posouzení adherentního nebo

nonadherentního chování respondentů této výzkumné skupiny využito kvantitativního typu výzkumu, dotazníkového šetření, průřezové prospektivní studie. Použity byly demografické otázky, dotazníky MINI COG, který z tohoto výzkumu vyřadil respondenty s omezenými kognitivními schopnostmi, a dotazník Moriskyho, který obsahoval 8 položek a je standardně využíván pro zjištění adherence u pacientů. Podle demografického členění respondentů se výzkumu zúčastnilo 110 respondentů. 51 respondentů bylo mužského a 59 ženského pohlaví. Největší zastoupení pak měli respondenti s dosaženým vzděláním vyučen/a. Ohledně rodinného stavu bylo nejvíce respondentů ženatých nebo vdaných – 34 %. 56 respondentů bylo po prodělané cévní mozkové příhodě, 54 potom s jiným neurologickým onemocněním. Zajímavým zjištěním bylo, že nejvíce o své medikaci byli respondenti tohoto výzkumného šetření informováni lékařem (42%), nebo zdravotníky (lékař, všeobecná nebo praktická sestra, lékárník) 75 %, avšak 25 % si informace o své medikaci muselo získat buďto z příbalového letáku nebo z internetových stránek. Až 61 % respondentů by uvítalo více informací o své medikaci. Dále se tato diplomová práce zabývá mírou adherence u respondentů výzkumného šetření, kterou měří standardizovaným Moriskyho osmi položkovým dotazníkem. Jeho součástí jsou otázky zaměřené na adherenci v léčbě. Byly stanoveny dílčí cíle výzkumného šetření. Je mnoho možností, jak zjišťovat adherenci v léčbě u pacientů. Lze například využít údaje o vyzvednutých baleních léčiv v lékárnách, informace od zdravotních pojišťoven, záznamy o užívání tablet samotnými pacienty, dotazníkovými metodami. Nejpřesnější metodou v této oblasti se jeví hodnocení adherence založené na stanovení množství účinné látky v séru pacienta. Jde o poměrně časově, technicky i finančně náročnou metodu. (Ládová, 2015, s. 20-30. Vrablík, 2014). Pro tuto práci bylo využito nepřímé metody – výpovědi pacienta neboli sebeposouzení. A zde právě hraje podstatnou roli subjektivita, která neumožňuje získat přesná data, která odpovídají skutečnosti. Vzniká riziko zkreslení základních údajů a jiných faktorů, které mohou ovlivnit konečné výsledky. Důležitou roli zde hraje také nejistota, zda respondenti odpovídají pravdivě na kladené otázky (Ládová, 2015, s. 22-26). Jak v práci Vrablík popisuje, nejvýznamnějšími prediktory pro nonadherentní chování je věk pacienta. Dalšími prediktory potom jsou pohlaví pacientů, kdy muži měli nižší míru adherentního chování než ženy a nižší vzdělání a socioekonomický status. V diplomové práci se tato tvrzení nepotvrdila. Bylo použito dotazníkové šetření. Výsledkem bylo potvrzení 3 z 5 hypotéz. Potvrdila se hypotéza, že adherence v léčbě závisí na vzdělání respondenta, jeho rodinném stavu a na tom, zda cévní mozkovou příhodu prodělal nebo ne. Vyšší adherenci prokazovali respondenti s vysokoškolským vzděláním, ženatí nebo vdané a

respondenti, kteří neprodělali cévní mozkovou příhodu. Naopak hypotéza, že adherence v léčbě závisí na pohlaví respondenta, kdy jsme předpokládali, že vyšší adherence v léčbě bude u žen, se nepotvrdila. Ani hypotéza, že adherence v léčbě závisí na věku respondenta nebyla potvrzena. Předpokládali jsme, že respondenti vyššího věku budou mít vyšší adherenci než mladší. Zde můžeme vidět možný vliv ovlivnitelných faktorů na adherenci v léčbě a význam prevence a edukace pacienta. Věk ani pohlaví pacienta neovlivníme, ale vyskytuje se zde příležitost zaměřit se na edukaci o samotném onemocnění, posílení sociální podpory a seznámení pacienta s možnostmi v primární i sekundární prevenci. Když jsme srovnávali skupinu pacientů bez CMP a s CMP zjistili jsme, že největší zastoupení měla skupina žen bez CMP, s CMP ve věku 71–80 let, s CMP a vzděláním vyučen/a, dále pak pacientů ženatých/vdaných, kteří byli hospitalizováni s jiným neurologickým onemocněním než s CMP. Nejpočetnější skupinu respondentů tvořili pacienti, kteří o své medikaci byli informováni lékařem a CMP neprodělali a také respondenti bez CMP, kteří by uvítali více informací o své medikaci.

Mezi limity této studie patří obecné nevýhody kvantitativních výzkumů, jako je možné opomenutí vlivu dalších proměnných, které do výzkumu nemusí být zahrnuty, výzkum se opírá pouze o sebehodnocení, sebevýpověď pacienta a trpí nedostatky v podobě nabízených otázek, kdy jsou pacientovi předkládány pouze omezené odpovědi a je nucen se přiklonit k některé z daných variant. Je zde i možnost záměrného neuvedení některých diagnosticky cenných údajů, nebo naopak nadsazení jiných a je důvodný předpoklad, že toto nebylo rozpoznáno (Mareš, 2011, s.114, Vévodová, 2015, s. 49). Dalšími limity tohoto výzkumu jsou časové omezení od února 2018 do dubna 2018, velikost souboru, díky jemuž nelze výsledky tohoto výzkumného šetření zobecnit na všechny pacienty. A výběr respondentů. Respondenti byli pouze pacienti Neurologické kliniky Fakultní nemocnice v Ostravě, kteří byli v tomto období hospitalizováni.

ZÁVĚR:

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, adherenci v léčbě u pacientů s cévní mozkovou příhodou. Teoretická východiska prezentují informace o tom, že cévní mozková příhoda patří mezi chronické onemocnění, které mají velký význam z hlediska samotných pacientů, jak po stránce fyzické, psychické, sociální i duchovní, pro rodiny nemocných, ale i pro samotnou společnost. Ošetřovatelství skýtá mnoho možností, jak tomuto závažnému chronickému onemocnění předcházet cestou primární prevence, tak formou sekundární prevence mírnit dopady samotného onemocnění. Nabízí alternativy, jak tyto aspekty potlačit, usnadnit a pomoci pacientům i jejich rodinám v dalším životě s co možná nejmenším omezením.

Adherenci v léčbě je třeba se neustále zabývat, protože správně edukovaný a motivovaný pacient je prvním předpokladem dobré adherence. Možností, jak tohoto dosáhnout máme mnoho. Některé jsou opravdu náročné, a ne vždy jsou v časových možnostech lékařů. Tady nastupuje pole působnosti všeobecných a praktických sester. S využitím ošetřovatelských intervencí mají možnosti s pacientem pobývat delší dobu, lépe poznat jeho přístup k nemoci, příčiny adherentního nebo nonadherentního jednání, zjistit, co pacienta v tomto směru trápí, poznat jeho nejbližší, jeho rodinu. V diplomové práci jsme se zabývali adherencí z pohledů demografických dělení, z pohledku standardizovaného Moriskyho 8 - mi položkového dotazníku. Mnoho pacientů má své subjektivní důvody, proč léčbu nedodrжуje podle doporučení zdravotníků. A je v zájmu pacienta, abychom tyto důvody pochopili a snažili se s nimi pracovat. Zde přichází v úvahu právě zavádění edukačních sester na do praxe pro jednotlivá pracoviště, které by měly časový prostor, materiální vybavení a dostatečné vzdělání pro správnou motivaci a edukaci pacientů. Zvýšení motivace hlavně u pacientů s chronickým onemocněním a jejich rodin prospěje stanovení postupných cílů a kontrola jejich dosažení. Rozhodně bychom hodnocení adherence měli zařadit mezi běžné hodnotící škály, protože právě ovlivněním adherence můžeme zásadním způsobem zkvalitnit jak prevenci, tak účinnost léčby a tím i celkový výsledek. Diplomová práce přináší výzkumné šetření adherence k léčbě u pacientů na Neurologické klinice Fakultní nemocnice Ostrava a výsledky by měly posloužit k lepší argumentaci v prosazení zavedení místa edukační sestry na této klinice.

Ošetřovatelství v České republice je na vysoké úrovni, ale stále nacházíme možnosti a alternativy, jak pacientům usnadnit jejich boj s onemocněním a ukázat další možnosti, jak s případnými nutnými omezeními žít. V tomto má ošetřovatelství nezastupitelnou roli a je třeba je využívat.

Doporučení pro další výzkum a praxi.

Ošetřovatelství nabízí možnosti, jak využívat stanovení individuálních ošetřovatelských plánů u jednotlivých pacientů prostřednictvím ošetřovatelských NIC intervencí. Další výzkum by se měl věnovat těmto aspektům a podpořit tak individuální prožívání onemocnění každého pacienta i jeho rodiny.

V rámci celoživotního vzdělávání sester je cílem se zaměřit na účinnou a motivující edukaci, využít možností zavedení edukačních sester do praxe. Protože pouze poučený pacient může být spokojený pacient. A to je cílem všech zdravotnických profesí, nejen ošetřovatelství.

REFERENČNÍ SEZNAM:

ADAMS Jr, H., BENDIXEN, B., KAPPELLE, L., BILLER, J., LOVE, B., GORDON, D., et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke: Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*. 1993;24(1):35-41.

BULECHEK, G., M., BUTCHER H., DOCHTERMAN J., WAGNER CH.. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. St. Louis, Mo: Mosby, 2013. 608 s. ISBN 978-0-323-10011-3.

BRUTHANS, J. Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod. *Remedia*. 2009;19(2):128–31.

CÍFKOVÁ, R., BRUTHANS, J., ŠKODOVÁ, Z., et al. Současné trendy rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění v České republice. *Vnitřní Lékařství* 2008; 54: 1209.

COLHOUN H. M. et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004 Aug; 364 (9435): 685–696. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/kardiovaskularni-rizika-novinky/atorvastatin-v-primarni-prevenci-vyznamne-snizuje-kardiovaskularni-riziko-i-u-pacientu-s-normalni-nebo-lehce-zvysenou-vychozi-hladinou-celkoveho-ci-ldl-cholesterolu-6146>.

Di CARLO, A., GAUNER, L., BRETELER, M., et al. Frequency of stroke in Europe: A collaborative study of population based cohorts. *Neurology* 2000; 54: S28–S33.

DINGOVÁ, M., OSACKÁ, P., Vedomosti astmatických pacientů o self-manage mentu astmy. *Ošetrovatelství a porodní asistence*, vol. 2, no. 4, 2011. s. 303-311. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatestviaporodniasistence/dok/2011/4_dingova_osacka.pdf.
ISSN 1804-2740.

DUFEK, M. Cévní mozkové příhody, obecný úvod a klasifikace. *Interní medicína pro praxi*. 2002; 6: 5-10.

FARKAŠOVÁ, D. a kol. Ošetrovatel'stvo – teória. Martin: Osveta, 2006. 211 s. IBSN 80-8063-227-8.

FEIGIN, V., FOROUZANFAR, M., KRISHNAMUTHI, R., MENSAH, G., CONNOR, M., BENNETT D., et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2014;383(9913):245-255.

GURKOVÁ, E., Nemocný a chronické onemocnění. Praha: Grada Publishing a.s., 2017. 191 s. IBSN 978-80-271-9917-4.

HENDL, J. Přehled statistických metod zpracování dat. Analýza a metaanalýza dat. Praha: Portál. 2004. 584 s. IBSN 80-7178-820-1.

HARRISSON, J., K., McARTHUR, K., S., QUINN, T., J. Assessment scales in stroke: clinimetric and clinic considerations. *Clinical Interventions in Aging*. 2013;8. s. 201-211. Dostupné online z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3578502/>

HERZIG, R., ŠKOLOUDÍK, D., ŠAŇÁK, D., Management ischemické cévní mozkové příhody a tranzitorní ischemické ataky – doporučení European Stroke Organisation (ESO)2008 – zestručnělá verze, 2008 *Cesk Slov Neurol N* 2008; 71/104(3): 364-371.

HOFFMAN, A.J., Enhancing Self-Efficacy for Optimized Patient Outcomes through the Theory of Symptom Self-Management. *Cancer Nursing*, vol.36, no.1, 2014. p. E26. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3526102/>. ISSN 0162-220X. DOI 10.1097/NCC.0b013e31824a730a.

JOHNSON M., MOOREHEAD S., BLUECHEK G., BUTCHER H., MAAS M., SWANSON E.. NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Supporting Critical Reasoning and Quality Care. Vyd. 3. Maryland Heights, MO: Elsevier Mosby, 2012, 422 s. IBSN 978-0-323-07703-3.

CHENG J. W., KALIS M. M., FEIFER S. Patient-reported adherence to guidelines of the Sixth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Pharmacotherapy* 2001 Jul; 21 (7): 828–841. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/kardiovaskularni-rizika-novinky/pruzkum-adherence-pacientu-k-lecbe-hypertenze-6363>.

CHRASTINA, J., ŽIAKOVÁ, K., IVANOVÁ, K., SCHWETZOVÁ, D., VRÁNOVÁ, V., Chronická nemoc, její definování a chápání pohledem nemocného a rodinných příslušníků. In Žiaková, k., Čáp, J., (eds.). *Teória výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve.*, Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Ústav ošetrovatelstva. 2011. 429 s. IBSN 978-80-89544-00-4.

IKTA. Registr cévních mozkových příhod. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/>

KALITA, Z., a kol. Akutní cévní mozkové příhody: Diagnostika, patofyziologie, management. Praha: Maxdorf, 2006. 623 s. IBSN 80-85912-26-0.

KALITA, Z.: Národní registr cévních mozkových příhod (registr IKTA) – je potřebný? *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2013. 76(1): 23-25.

KALVACH, P., a kol., *Mozkové ischemie a hemoragie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 456 s. IBSN 978-80-247-65-3.

KÁŇOVSKÝ, P., HERZIG, R. a kolektiv, *Speciální neurologie*. 1. vydání. Olomouc, 2007. 384 s. IBSN 978-80-247-5247-1.

KOSKOVÁ, M., Statistické oddělení FNO, 2018, marie.koskova@fno.cz.

LÁDOVÁ, K., Význam hodnocení adherence k léčbě pomocí výpovědi pacienta v posouzení účinnosti farmakoterapie, *Dizertační práce*, Hradec Králové: Univerzita Karlova Praha, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Katedra sociální a klinické farmacie, 2015. 96 s.

LEVENTHAL, H., LEVENTHAL, E., A., CAMERON, L., 2001. Representations, procedures, and affects in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In: Baum, A., Revenson, T.A., Singer, J.E. (eds.). Handbook of health psychology, pp 19-48, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum. ISBN 98-0805864618.

LORING, K.R., HOLMAN, H.R., Self-management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. Anal of Behavioral Medicine, vol 26, no. 1, str. 1-7. 2003. Dostupné z: http://link.springer.com/article/10.1207/S15324796ABM2601_01. ISSN 0883-6612. Doi. 10.1207/S15324796ABM2601_01.

MAREČKOVÁ, J., Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. Praha: Grada, 2006. 262 s. ISBN 80-247-1399-3.

MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E., Pacientovo pojetí nemoci I. Brno: MDS spol. s.r.o., 2009. 143 s. ISBN 978-80-7392-120-0.

MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E., JEŽEK, S., VOTROUBKOVÁ, M. Pacientovo pojetí nemoci II. Brno: MDS spol. s.r.o., 2010. 171 s. ISBN 978-80-7392-150-7.

MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E., JEŽEK, S., SKORUNKA, D. Pacientovo pojetí nemoci III. Brno: MDS spol. s.r.o., 2011. 122 s. ISBN 978-80-7392-191-0.

MARTINKA, E., 2014. Lieky a diabetologické prípravky pre liečbu diabetes mellitus na Slovensku kategorizované v roku 2013-2014 a ich indikačné obmedzenia. Forum Daibetologicum., roč. 3, č.2, s. 104-114.

MAZALOVÁ, L. Kapitoly z výzkumu v ošetrovatelství. Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 104 s. ISBN 978-80-244-5085-8.

MESCHIA J.F. et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. Stroke. 2014, 45:3754-3832. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/content/45/12/3754.long>.

MIKULÍK R., NEUMANN J., ŠKOLOUDÍK D., VÁCLAVÍK D., jménem Cerebrovaskulární sekce České národní společnosti ČLS JEP. 2011. Dostupné na http://www.cmp.cz/jnp/cz/doporucene_postupy_pro_lecibu_cmp.

MOORHEAD S., JOHNSON M., MAAS L., SWANSON F., SWANSON E.. Nursing Outcomes Classification (NOC): measurement of health outcomes. Vyd. 5. St. Louis: Elsevier, 2013, 751 s. ISBN 978-0-323-100010-6.

MORISKY, D., E., et al. Concurrent and Predictive Validity of a self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, vol 24, no 1, 1986. str. 67-74. Dostupné z: http://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/1986/01000/concurrent_and_predictive_validity_of_a.7.aspx. ISSN 0025-7079.

MORISKY, D., E., ANG, A., KROUSEL-WOOD, M., et al. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens*, 2008; 10: str. 348–354.

NANDA INTERNATIONAL. Ošetrovatelské diagnózy: definice. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, 584 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

NANDA International, Inc. Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017. 10. vydání. Praha: Grada Publishing,a.s. 2015, 464 s. ISBN 978-80-271-9009-6.

PIŤHA, J. a kol., Adherence v léčbě roztroušené sklerózy, Adherence k léčbě: hlavní prostředek k dosažení účinku terapie, VRABLÍK, M., Olomouc: Solen, 2015. 64 s. *neurologie pro praxi*, 16(4): Suppl E. ISBN 978-80-7471-114-5.

PIŤHA, J. a kol., Adherence v léčbě roztroušené sklerózy, Komunikace s pacientem nejen jako nástroj pro zvyšování adherence, BANÝROVÁ, P., Olomouc: Solen, 2015. 64 s. *Neurologie pro praxi*, 16(4): Suppl E. ISBN 978-80-7471-114-5.

REIF, Michal. Hodnotící škály používané u pacientů s cévní mozkovou příhodou. *Neurologie pro praxi*, 12 (Suppl. G), 2011. s. 12-15. Dostupné online z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/05.pdf>. ISSN 1213-1814

REITEROVÁ, E., Statistika pro nelékařské zdravotnické obory. Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 103 s. ISBN 978-80-244-5082-7.

ŘÍČAN, P. Psychologie osobnosti-obor v pohybu. Praha: Grada publishing a.s, 2007. 157 s. ISBN 978-80-247-1174-4.

SACCO, RL., KASSNER, SE., BRODERIC, JP., CAPLAN, LR., CONNORS, JJ., CULEBARS, A., et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013; 44(7):2064-2089. Dostupné online z: <http://stroke.ahajournals.org/content/44/7/2064.long>.

SEIDL, Z., *Neurologie pro studium a praxi*, Praha: Grada publishing.a.s, 2015. 384 s. IBSN 978-80-247-9657-4.

SUDLOW, C., WARLOW, C., Comparing stroke incidence worldwide: What makes studies comparable? *Stroke*. 1996; 27:550-558.

ŠKODA, O., *Léčba ischemických CMP V České republice – pohled neurologa*, 2016, *Postgraduální medicína*, 03/2016. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-ischemicky-ch-cmp-v-ceske-republice-pohled-neurologa-482355>.

THE EUROPEAN STROKE ORGANISATION. Management ischemické cévní mozkové příhody a tranzitorní ischemické ataky. 2009. Dostupné z: http://www.cmp.cz/public/6a/c0/8a/4056_16946_ESO_Guidelines_CZ_revize.pdf

TOMEK, A., Neurologové chystají sledování kvality péče iktových center, *Medical Tribune* 18/2017. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/42341-neurologove-chystaji-sledovani-kvality-pece-iktovych-center>.

VÁCLAVÍK, D., Primární a sekundární prevence ischemických cévních mozkových příhod. *Kardiol Rev Int Med* 2013, 15(1): 37-40.

VÉVODOVÁ, Š., IVANOVÁ, K., *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské profese*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 215 s. IBSN 978-80-244-4770-4.

Věstník č. 2/2010 Ministerstva zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-3703-1770-11.html>

VYTRŘÍSALOVÁ, M., Adherence k medikamentózní léčbě – známá neznámá. *Remedia*, 03/2009, 19: 225-230.

VRABLÍK, M. Jak a proč zlepšit spolupráci s pacienty aneb téma adherence v běžné praxi. Kapitoly z kardiologie 03/14 Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/34252-jak-a-proc-zlepsit-spolupraci-s-pacienty-aneb-tema-adherence-v-bezne-praxi>.

WORLD HEALTH ORGANISATION, 2003. Adherence in long-term therapies: evidence for action. [online]. 2003. [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.

SEZNAM ZKRATEK

ADL – Activities of Daily Living

BMI – body mass index – podíl váhy v kg a druhé mocniny výšky v metrech

cm – centimetr

CT – Computed Tomography – počítačová tomografie

ČSL JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

EKG - elektrokardiografie

FNO – Fakultní nemocnice Ostrava

IADL – Instrumental Activities of Daily Living

INR – International Normalised Ratio – Mezinárodní normalizovaný stav poměrů – laboratorní hodnota informující o schopnosti srážení krve založená na tzv. protorombinovém čase

HDL - High Density Lipoprotein

mmHg – milimetry rtuťového sloupce

mmol/l – milimoly na litr

mg/kg – miligramy na kilogram

MR – Magnetic Resonance – magnetická resonance

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association – severoamerická asociace pro sesterné diagnózy

NIC - the Nursing Interventions Classification

NIHSS – The National Institute of Health Stroke Scale

NOC - The Nursing Outcomes Classification

LDL – Low Density Lipoprotein

TIA – tranzitorní ischemická ataka

TK – tlak krevní

USA – Spojené státy Americké

WHO – World Health Organization- Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1. Srovnání adherence v léčbě u pacientů s CMP a bez CMP.

Tabulka č. 2. Srovnání adherence v léčbě u mužů a žen.

Tabulka č. 3. Srovnání adherence v léčbě u pacientů s různým vzděláním.

Tabulka č. 4. Srovnání adherence v léčbě u pacientů podle věku.

Tabulka č. 5. Srovnání adherence v léčbě podle rodinného stavu.

Tabulka č. 6. Popisné statistiky. Skupina 1 - respondenti s CMP.

Tabulka č. 7. Popisné statistiky. Skupina 2 – respondenti bez CMP.

Tabulka č. 8. CMP a pohlaví Crosstabulation.

Tabulka č. 9. CMP a věk Crosstabulation.

Tabulka č. 10. CMP a vzdělání Crosstabulation.

Tabulka č. 11. CMP a rodinný stav Crosstabulation.

Tabulka č. 12. CMP a informace o medikaci Crosstabulation.

Tabulka č. 13. CMP a více informací o své medikaci. Crosstabulation.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1. Rozdělení respondentů podle pohlaví.

Graf č. 2. Rozdělení respondentů podle věku.

Graf č. 3. Rozdělení respondentů podle vzdělání.

Graf č. 4. Rozdělení respondentů podle rodinného stavu.

Graf č. 5. Rozdělení respondentů podle toho, zda měli nebo neměli CMP.

Graf č. 6. Rozdělení respondentů podle toho, kým byli informováni o své medikaci.

Graf č. 7. Rozdělení respondentů podle toho, zda by uvítali více informací o své medikaci.

Graf č. 8. Rozdělení respondentů podle toho, zda někdy zapomenou užít svoji medikaci.

Graf č. 9. Rozdělení respondentů podle toho, zda měli v posledních dvou týdnech nějaký jiný důvod, proč neužít svou medikaci, jak bylo předepsáno.

Graf č. 10. Rozdělení respondentů podle toho, zda snížili někdy dávku nebo přestali užívat medikaci, protože se při jejím užívání cítili hůře než bez ní.

Graf č. 11. Rozdělení respondentů podle toho, zda když cestují mimo domov, stane se jim někdy, že zapomenou vzít své léky s sebou.

Graf č. 12. Rozdělení respondentů podle toho, zda užili všechny předepsané léky včera.

Graf č. 13. Rozdělení respondentů podle toho, zda když mají pocit, že jsou jejich příznaky pod kontrolou, přestávají užívat své léky.

Graf č. 14. Rozdělení respondentů podle toho, zda je pro ně někdy obtěžující dodržování lékového režimu.

Graf č. 15. Rozdělení respondentů podle toho, jak často mívají obtíže s užíváním veškerých předepsaných léků.

Graf č. 16. Graf normality pro celkový skór Moriskyho dotazníku.

SEZNAM OBRÁZŮ

Obrázek 1. Věkově standardizovaná incidence CMP na 100 000 obyvatel pro rok 2010.

Obrázek 2. Věkově standardizovaná mortalita CMP na 100 000 obyvatel pro rok 2010.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Dotazník

Příloha č. 2. Vyjádření Etické komise FZV UP

Příloha č. 3. Žádost o vyjádření náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Ostrava k výzkumné části diplomové práce.

Příloha č. 4. Žádost o vyjádření vrchní sestry Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava k výzkumné části diplomové práce.

Příloha č. 1 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Alena Holubová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Univerzity Palackého v Olomouci. Tímto bych Vás chtěla požádat o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní a bude sloužit jako podklad k praktické části mé diplomové práce. Cílem této práce bude zjistit vliv adherence (spolupráce pacienta) na vznik některých onemocnění.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku.

Bc. Alena Holubová

Kontakt: alenaholubov@atlas.cz

1. Jaké je Vaše pohlaví:

- muž
- žena

2. Jaký je Váš věk:

- do 30 let (včetně)
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- 61–70 let
- 71-80 let
- 81-90 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní vzdělání
- vyučen/a
- vzdělání ukončené maturitou
- vysokoškolské vzdělání

4. Jaký je Váš rodinný stav:

- svobodný/á
- ženatý, vdaná
- rozvedený/á
- vdovec, vdova
- žiju s partnerkou/partnerem

5. Měl/a jste někdy cévní mozkovou příhodu?

- ano
- ne

6. Kým jste byl/a informován/a o své medikaci (k čemu se užívá, čemu máte věnovat pozornost, jak se lék užívá, možné nežádoucí účinky)?

- lékařem
- všeobecnou nebo praktickou sestrou
- lékárníkem
- z internetu
- z příbalového letáku

7. Uvítal/a byste více informací o Vaší medikaci?

- ano
- ne
- nezajímám se o to

8. Zapomenete někdy užít svoji medikaci:

- ano
- ne

9. Kromě zapomínání, měl/a jste někdy v posledních dvou týdnech nějaký jiný důvod, proč neužít svou medikaci, jak bylo předepsáno?

- ano
- ne

10. Snížil/a jste někdy dávku nebo přestal/a užívat medikaci, protože jste se při jejím užívání cítil/a hůře než bez ní?

- ano
- ne

11. Když cestujete mimo domov, stane se Vám někdy, že zapomenete vzít své léky s sebou?

- ano
- ne

12. Užil/a jste všechny předepsané léky včera?

- ano
- ne

13. Když máte pocit, že Vaše příznaky jsou pod kontrolou, přestáváte občas užívat své léky?

- ano
- ne

14. Pro někoho je pravidelné užívání léků obtížné. Obtěžovalo Vás někdy dodržování lékového režimu?

- ano
- ne

15. Jak často máte obtíže s užíváním veškerých předepsaných léků?

- Nikdy
- Jenom občas
- Někdy
- Obvykle
- Vždy

Děkuji ještě jednou za Vaši ochotu a čas.

Bc. Alena Holubová



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

UPOL-147075/1040-2017

**Vážená paní
Bc. Alena Holubová**

2017-12-06

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem **„Adherence v léčbě u pacientů s cévní mozkovou příhodou“**, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

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

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

Příloha č. 3. Žádost o vyjádření náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Ostrava k výzkumné části diplomové práce.

Ostrava, 14. 2. 2018

ŽÁDOST O VYJÁDŘENÍ NÁMĚSTKYNĚ PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI
FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA K VÝZKUMNÉ ČÁSTI DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název diplomové práce: Adherence v léčbě u pacientů s cévní mozkovou příhodou

Autor/student: Bc. Alena Holubová

Obor studia: Ošetrovatelská péče v interních oborech, kombinovaná forma, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Vedoucí diplomové práce: RNDr. Eva Reiterová, Ph.D.

Cíl výzkumné práce: cílem diplomové práce je popsat rozdíl v adherenci v léčbě u pacientů Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava na základě demografických dat a srovnání skupiny respondentů, kteří cévní mozkovou příhodu prožili se skupinou respondentů bez tohoto onemocnění.

Metodika: metodikou pro tuto práci bude kvantitativní výzkum, průřezová studie. Pro sběr dat bude použito dotazníkové šetření. Dotazník bude obsahovat úvod, dotazy na demografické údaje, standardizovaný dotazník MINI - COG, Moriskyho 8-mi položkový dotazník a poděkování.

Popis výběru subjektů výzkumu, charakteristika výzkumného souboru: respondenty pro tento výzkum budou pacienti Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava, ve věku 18 - ti let, nelimitovaní horní věkovou hranicí, s neporušenými kognitivními funkcemi, kteří budou souhlasit se zařazením do tohoto výzkumu. Předpokládaný počet respondentů bude 110.

Možná rizika či zátěž pro účastníky: předpokládaná doba šetření je 20 minut. Bez rizika nebo zátěže pro účastníky.

Etické aspekty studie: bude respektována osobní svoboda, všechny rasy a etnika. Respondenti budou ujisti o možnosti odstoupit kdykoliv od výzkumu bez udání důvodů.

Děkuji.

Bc. Alena Holubová

PhDr. Andrea Vilimková
14. 2. 2018

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA
PhDr. Andrea Vilimková
náměstkyně ředitelky pro ošetrovatelskou péči
17. listopadu 1 700, 700-62 Ostrava-Poruba

Příloha č. 4. Žádost o vyjádření vrchní sestry Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava k výzkumné části diplomové práce.

Ostrava, 14. 2. 2018

ŽÁDOST O VYJÁDŘENÍ VRCHNÍ SESTRY NEUROLOGICKÉ KLINIKY FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA K VÝZKUMNÉ ČÁSTI DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název diplomové práce: Adherence v léčbě u pacientů s cévní mozkovou příhodou
Autor/student: Bc. Alena Holubová
Obor studia: Ošetrovatelská péče v interních oborech, kombinovaná forma, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Vedoucí diplomové práce: RNDr. Eva Reiterová, Ph.D.

Cíl výzkumné práce: cílem diplomové práce je popsat rozdíl v adherenci v léčbě u pacientů Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava na základě demografických dat a srovnání skupiny respondentů, kteří cévní mozkovou příhodu prožili se skupinou respondentů bez tohoto onemocnění.

Metodika: metodikou pro tuto práci bude kvantitativní výzkum, průřezová studie. Pro sběr dat bude použito dotazníkové šetření. Dotazník bude obsahovat úvod, dotazy na demografické údaje, standardizovaný dotazník MINI - COG, Moriskyho 8-mi položkový dotazník a poděkování.

Popis výběru subjektů výzkumu, charakteristika výzkumného souboru: respondenty pro tento výzkum budou pacienti Neurologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava, ve věku 18 - 70 let, nelimitovaní horní věkovou hranicí, s neporušenými kognitivními funkcemi, kteří budou souhlasit se zařazením do tohoto výzkumu. Předpokládaný počet respondentů bude 110.

Možná rizika či zátěž pro účastníky: předpokládaná doba šetření je 20 minut. Bez rizika nebo zátěže pro účastníky.

Etické aspekty studie: bude respektována osobní svoboda, všechny rasy a etnika. Respondenti budou ujištěni o možnosti odstoupit kdykoliv od výzkumu bez udání důvodů.

Děkuji.

Bc. Alena Holubová

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA
NEUROLOGICKÁ KLINIKA

17. listopadu 1790, 700 52 Ostrava-Poruba

Mgr. Martina Jiruseňová
vrchní sestra