

EDUKACE PACIENTA S ARTERIÁLNÍ HYPERTENZÍ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Monika Jabbour**
Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Krejbichová, DiS.



EDUCATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN THE GENERAL PRACTICIONER

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Monika Jabbour**
Supervisor: Mgr. Kateřina Krejbichová, DiS.



Ústav zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Jabbour**
Osobní číslo: **Z12000102**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Edukace pacienta s arteriální hypertenzí v ordinaci praktického lékaře**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zjistit informovanost pacientů o hypertenzi, její léčbě a rizikových faktorech. Poskytnout pacientům edukační materiály, které již existují.
2. Zjistit, zda pacienti pochopili informace z poskytnutých edukačních materiálů.
3. Na základě dat z dotazníku vytvořit reedukační plán pacientů, který bude sloužit pro všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů.

Teoretická východiska (včetně výstupu z BP):

Arteriální hypertenze je stav, kdy jsou hodnoty krevního tlaku opakovaně vyšší než 140/90mm Hg. V mnoha případech jsou vysoké hodnoty i přes podávání antihypertenzní léčby a je pravděpodobné, že příčinou je špatná compliance pacientů k antihypertenzní léčbě nebo rezervy režimových opatření. Výstupem bakalářské práce bude reedukační materiál, který bude sloužit sestřím v ordinacích PL při edukaci pacientů.

Výzkumné předpoklady:

- Pochopili pacienti zásady zdravé výživy?
- Pochopili pacienti význam pohybové aktivity?
- Vědí pacienti, jak užívat léky?
- Vědí pacienti, jaký léčebný režim musí dodržovat?

Metoda: Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

K výzkumu bude použit kvantitativní dotazník pro pacienty.

Místo a čas realizace výzkumu:

Ordinace praktických lékařů a internistů a to v době červenec - říjen 2014.


Vzorek:

Výzkum bude zaměřen na pacienty s léčenou hypertenze v ordinaci praktického lékaře a internisty. Velikost výzkumného vzorku bude 50-100 respondentů.


Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: **50 - 70 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Krejbichová, DiS.**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. dubna 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2015**


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 31. ledna 2015

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- WIDIMSKÝ, Jiří jr. a kolektiv. Arteriální hypertenze - současné klinické trendy X. 1.vyd. Praha: Triton, 2012. 190 str. ISBN 978-80-7387-569-5
- WIDIMSKÝ, Jiří a kolektiv. Hypertenze. 1.vyd. Praha: Triton, 2002. 422 str. ISBN 80-7254-249-4.
- WIDIMSKÝ, Jiří jr. a kolektiv. Arteriální hypertenze - současné klinické trendy, VII. symposium - sborník přednášek. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. 150 str. ISBN 978-80-7387-4.
- PETRÁK, Ondřej. Rezistentní hypertenze - stručný průvodce základními postupy. Practicus. 2013, č. 6, s. 15. ISSN 1213-8711.
- VÁCLAVÍK, Jan. Doporučení České společnosti pro hypertenzi - verze 2012. Practicus. 2013, č. 1, s. 12. ISSN 1213-8711.
- INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI. Léčba hypertenze v každodenní praxi. Interní medicína [online]. Interní Med. 2010 [cit. 2010-12-05]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/>
- JACC. Resistant hypertension. Jacc Journals [online]. Jacc Journals. 2008. Dostupné z: <http://content.onlinejacc.org/>
- KAPITOLY Z KARDIOLOGIE. Léčba rezistentní hypertenze. Medical tribune [online]. Medical tribune cz. 2013. [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/31094-lecba-rezistentni-hypertenze>
- HOMOLKA, Pavel a kolektiv. Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 str. ISBN 978-80-247-2896-4.
- KUŽELA, Lubomír. PATLEJCHOVÁ, Eva. Dieta při hypertenzi. 2.vyd. Praha: Triton, 2003. 75 str. ISBN 80-7254-411-X.
- SOVOVÁ, Eliška a kolektiv. Hypertenze pro praxi. 1.vyd.Olomouc: UP Olomouc, 2008. 118 str. ISBN-13: 978-80-244-1968-8.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 23. 4. 2015

Podpis: 

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Monika Jabbour

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Název práce: Edukace pacientů s arteriální hypertenzí v ordinaci praktického lékaře

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Krejbichová, DiS

Počet stran: 70

Počet příloh: 2

Rok obhajoby: 2015

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá edukací pacientů s arteriální hypertenzí. cílem výzkumu bylo zjistit jak hluboce jsou pacienti informováni o svém onemocnění a zda dodržují doporučená léčebná opatření. Za pomoci zjištěných dat bych ráda vytvořila kvalitní edukační materiál, který by sloužil všeobecným sestřám při edukaci pacientů s arteriální hypertenzí.

Klíčová slova: Edukace, arteriální hypertenze, léčebný režim

Anotace v anglickém jazyce

Name and Suriname: Monika Jabbour

Institution: Technical university of Liberec, Institute of Health Studies

Title: Education of patients with arterial hypertension in the general practitioner

Supervisor: Mgr. Kateřina Krejbichová, DiS

Pages: 70

Appendix: 2

Year: 2015

Summary:

This thesis deals with the education of patients with arterial hypertension. The aim of the research was to determine how deeply Patients are informed about their disease and whether they comply with the recommended therapeutic measures. with the help of collected data, I would like to create a high quality educational material, which would serve to educate the general nurses, patients with arterial hypertension.

Keywords: Education, arterial hypertension, therapeutic measures

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kateřině Krejbichové. Děkuji jí za neuvěřitelnou ochotu, velkou pomoc a za její odborné znalosti, kterými mi velmi pomohla při psaní této práce. Také bych ráda poděkovala MUDr. Alexandře Horákové za její odbornou podporu a trpělivost.

Seznam zkratk

ACEI Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu

ACTH Adrenokortikotropní hormon

EKG Elektrokardiograf

KMS Kardiometabolický syndrom

MDRD Modification of diet in renal disease (vzorec pro výpočet glomerulární filtrace)

RTG Rentgen

Obsah

- 1 Úvod
- 2 Definice arteriální hypertenze
- 3 Etiologie a patogeneze
- 4 Klinický obraz
- 5 Diagnostika arteriální hypertenze
 - 5.1 Anamnéza
 - 5.2 Fyzikální vyšetření
 - 5.3 Laboratorní vyšetření
 - 5.4 Doplnující vyšetření
- 6 Sekundární hypertenze
- 7 Léčba
 - 7.1 Nefarmakologická
 - 7.2 Farmakologická
- 8 Edukace pacienta s arteriální hypertenzí
 - 8.1 Dieta a pohyb
 - 8.2 Kouření
 - 8.3 Domácí monitorace
 - 8.4 Stres
- 9 Empirická část
 - 9.1 Cíle a hypotézy
 - 9.2 Metodika výzkumu
 - 9.3 Charakteristika zkoumaného vzorku
 - 9.4 Realizace výzkumu
 - 9.5 Zpracování výsledků dotazníkového šetření
- 10 Testování hypotéz
- 11 Diskuze
- 12 Doporučení praxi
- 13 Závěr
- 14 Seznam bibliografických citací
- 15 Seznam příloh

1 Úvod

Arteriální hypertenze je se svou vysokou prevalencí závažným zdravotním problémem dnešní doby. Je společně s kouřením, obezitou, dyslipidemií a diabetem mellitus hlavním rizikovým faktorem cévní mozkové příhody, infarktu myokardu, ischemické choroby srdeční a ischemické choroby dolních končetin.

Prevalence arteriální hypertenze v České Republice se ve věku 26 až 64 let pohybuje kolem 35% a s narůstajícím věkem s tendencí nárůstu a vazby na pohlaví. Zásadním problémem je, že přibližně 1/3 nemocných o své nemoci neví.

Téma Edukace pacienta s arteriální hypertenzí v ordinaci praktického lékaře je zaměřeno na edukaci pacientů s primární arteriální hypertenzí. Díky životnímu stylu, který dnes lidé vedou, je výskyt tohoto onemocnění v populaci na vzestupu. Díky moderním farmakologickým výzkumům a lékům, díky informovanosti v populaci a také díky dobře provedené edukaci je hypertenze dobře kontrolovatelná a léčba bývá úspěšná. Právě dobře provedená edukace hraje v léčbě velkou roli, je potřeba aby pacienti dostávali kvalitní, srozumitelné a jednoduché informace, které jim pomohou pochopit závažnost onemocnění a budou tak více spolupracovat v léčbě.

Ve své práci se snažila zjistit, jak dobře jsou pacienti informováni, jak dodržují doporučení lékaře, a zda těmto doporučením dostatečně rozumí. Pracuji v ordinaci praktického lékaře a internisty a s hypertoniky tak přicházím denně do kontaktu. Často přicházejí od jiných lékařů či z klinik, kde nebyli řádně poučeni a edukováni. Je tedy mým úkolem je kvalitně edukovat a při následujících kontrolách v naší ordinaci zpětně kontrolovat, jak se jim daří doporučená opatření dodržovat, zda jim rozumí a případně jim zodpovědět jejich dotazy.

2 Definice arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze je stav, kdy jsou hodnoty krevního tlaku bez léčby trvale nad 140/90 mmHg. Hypertenzi dle etiologie dělíme na esenciální neboli primární hypertenzi, kdy jde o onemocnění, u kterého neznáme jasnou příčinu, a na jejím vzniku se podílí mnoho faktorů. Druhým typem hypertenze je sekundární neboli systémová hypertenze, která je symptomem jiného základního onemocnění. (Klener, 2011)

Arteriální hypertenze patří v populaci k nejvíce rozšířeným kardiovaskulárním onemocněním a v dnešní době můžeme mluvit o epidemii. Vzhledem ke všem orgánovým komplikacím se významně podílí na zvýšené úmrtnosti pacientů ve vyspělých zemích. Tato úmrtnost stoupá se stoupajícím věkem populace. (Klener, 2011)

3 Etiologie a patogeneze

U primární hypertenze je příčina neznámá. Známe ale řadu mechanismů, které se na jejím vzniku významně podílejí. Jde o několik faktorů, ať už vnitřních nebo vnějších, které se mohou kombinovat. Mezi tyto faktory patří genetická predispozice, vlivy zevního prostředí a poruchy vnitřních regulačních mechanismů. (Sovová, Sedlářová, 2014)

- Genetické faktory

Významný podíl na vzniku arteriální hypertenze má genetický vliv. Jasným důkazem je výskyt tohoto onemocnění v rodinách. Účast genů na tomto onemocnění je přibližně 30 %. (Dítě, 2005)

- Faktory zevního prostředí

Mezi hlavní faktory zevního prostředí patří v první řadě nadměrný přívod soli. Tkáně jsou senzitivnější na natrium a dochází ke změnám v transportu tohoto prvku. Dalšími negativními faktory jsou zvýšená hmotnost až obezita, nadměrné užívání alkoholu a také stres. (Svačina, 2010)

- Vnitřní regulační mechanismy

„ Z endogenních vlivů se vedle centrálního a sympatoadrenálního nervového systému podílí na patogenezi esenciální hypertenze řada humorálních působků „
(Klener, 2010, s. 139)

Tyto působky působí buď vasodilatačně či vazokonstrikčně a arteriální hypertenze vzniká jak při jejich nadbytku tak i při jejich nedostatku. (Dítě, 2005)

Na vzniku hypertenze se podílí centrální nervový systém a baroreceptory, které ovládají karotický sinus, aortální oblouk a srdeční předsíně. Mezi další, které mají vliv na vznik hypertenze jsou sympatický nervový systém, stav cévní stěny, která reguluje tonus, ledviny, které mají vliv na regulaci natria a vody a produkci reninu a angiotenzních látek. Všechny tyto orgány mají velký podíl na stavu tlaku v těle, a proto jakákoliv jejich porucha vede k poruše této hodnoty. (Dítě, 2010)

4 Klinický obraz

Hypertenze se často nijak neprojevuje a je tedy takzvaně klinicky nemá eventuelně jsou příznaky nespecifické a nevýrazné. Proto o své nemoci většina pacientů ani neví. Hypertenzi můžeme rozdělit do několika kategorií a to podle její závažnosti a podle jejího vlivu na postižení orgánů. (Klener, 2010)

Podle vlivu hypertenze na vnitřní orgány a její schopnosti poškozovat v určitém stádiu tyto orgány, dělíme hypertenzi na tři stádia. Při prvním stádiu nemají pacienti často žádné obtíže, nebo uvádějí příznaky zcela nespecifické. Mohou to být bolesti hlavy, srdeční palpitace, tlak na hrudi, ale také nesoustředěnost, poruchy spánku či jiné neurotické obtíže. Tlak je zvýšený, ale zatím nedochází k orgánovým postižením. (Klener, 2010)

Druhé stádium zahrnuje podobné obtíže jako to první. Navíc ale objektivně nalézáme hypertrofii levé komory, která je viditelná na rentgenu srdce a na echokardiografii. Nalézáme také změny na očním pozadí, zejména angiopatii a angiosklerózu. V laboratorním vyšetření může být přítomna mikroalbuminémie nebo proteinurie. (Klener, 2010)

Ve třetím stadiu již dochází k závažným poruchám funkcí vnitřních orgánů, které jsou hypertenzí zatíženy. Je přítomna námahová dušnost a později i klidová. (Klener, 2010)

Při postižení srdce dochází k přetížení levé komory a k její hypertrofii s subendokardiální ischemií, s následnou dilatací. Ta se projevuje námahovou a později klidovou dušností a bolestmi na hrudi. (Dítě, 2005)

Na očním pozadí nacházíme hypertenzní retinopatii. Retinopatie je nezánnětlivé onemocnění sítnice a je důsledkem vysokého krevního tlaku. Dále dochází k poškození krevních cév vyživujících sítnici. (Hugo, Vokurka, 2011), (Klener, 2010)

Neléčená arteriální hypertenze poškozují ledvinné glomeruly, dochází k nefroskleróze, která může být příčinou ledvinného selhání. (Klener, 2010)

5 Diagnostika arteriální hypertenze

Při určování diagnózy je potřeba provést vždy několik vyšetření. Jedná se zejména o kvalitně odebranou anamnézu pacienta, fyzikální vyšetření a laboratorní vyšetření. (Sovová, Sedlářová, 2014)

5.1 Anamnéza

Anamnéza je rozhovor lékaře s pacientem. Pacient lékaři popisuje své subjektivní obtíže a lékař pokládá otázky, kterými se snaží zjistit co nejvíce o stavu pacienta. (Klener, 2009)

Odebíráme osobní data, ve kterých zjišťujeme současné obtíže, obtíže při zátěži a také v klidu. Ptáme se na onemocnění ledvin, kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus, vysoký cholesterol. U žen nás zajímá gynekologická anamnéza, ve které se ptáme na začátek menstruace, její pravidelnost a popřípadě na začátek menopauzy. (Klener, 2010)

Důležitou roli hraje rodinná anamnéza, kde pátráme po závažných onemocněních, která se vyskytovala či vyskytují v rodině. (Klener, 2009) V tomto případě nás zajímá výskyt arteriální hypertenze a přítomnost kardiovaskulárního onemocnění v rodině. (Klener, 2010)

5.2 Fyzikální vyšetření

Mezi hlavní vyšetření při diagnostice hypertenze je měření krevního tlaku v ordinaci lékaře, které lze doplnit i domácím měřením. Tlak měříme nepřímou metodou tlakoměrem u pacienta, který sedí a byl v klidu alespoň deset minut. Krevní tlak měříme na paži, která je volně položená v úrovni srdce a uvolněná. Toto vyšetření opakujeme nejlépe třikrát za sebou a z těchto tří hodnot vybíráme druhou nebo třetí hodnotu, kterou považujeme za definitivní. Pacient může toto měření doplnit i měřením tlaku doma na svém tlakoměru. (Souček, 2011)

Domácí měření je plnohodnotnou součástí léčby. Pacienti se tak mohou aktivně podílet na lepší kontrole svého krevního tlaku a přesnějším dávkování medikace, určené lékařem na základě hodnot naměřených v ordinaci lékařem a doma pacientem. Mělo by se ale přihlížet k faktu, že hodnoty naměřené v domácím prostředí mohou být nižší, než hodnoty naměřené v ordinaci lékaře. (Homolka, 2010)

Jako nejpřesnější a nejobjektivnější lze dnes považovat ambulantní, tedy více hodinové monitorování krevního tlaku. Výhodami je jeho přesnost a to že proti tlakovému holter měří hodnoty kontinuálně. K tomuto vyšetření slouží plně automatizované přístroje, které využívají klasickou Karotkovovu metodu. Hodnoty se ukládají do paměti přístroje a po ukončení vyšetření se chronobiologicky a orientačně vyhodnotí. (Souček, 2011)

Jako další metodu monitorování krevního tlaku můžeme zmínit i sedmi denní ambulantní monitorování, kdy přístroj zaznamenává tlak po dobu sedmy dnů v přibližně 30ti minutových intervalech v době od 6 do 22 hodin. Výhodou je vyšší šance zachytit cirkadiální změny, ale i cykly kolísání tlaku. (Homolka, 2010)

5.3 Laboratorní vyšetření

U pacientů s podezřením na arteriální hypertenzi odebíráme krev k laboratornímu vyšetření na hladinu iontů, kreatininu a vyšetřujeme hladiny glukózy v krvi, zjišťujeme lipidový metabolismus a krevní obraz. Pro zjištění stavu ledvin je možné vyšetření clearance kreatininu či MDRD. V moči pátráme po proteinurii. Hodnoty laboratorních výsledků jsou závislé na stadiu onemocnění. Můžeme vidět zcela normální laboratorní nálezy, ale i vysoké hodnoty, například urey, kreatininu a kalia při renálním selhání. (Souček, 2011)

5.4 Doplnující vyšetření

Arteriální hypertenze vede k nevratným orgánovým poškozením. Pravidelnými kontrolami a léčbou lze tato postižení oddálit, nebo jejich vliv na zdraví pacienta mírnit. Je ale potřeba u pacientů s arteriální hypertenzí pravidelně kontrolovat zdravotní stav

a rozsah orgánových postižení. K těmto účelům nám slouží soubor několika vyšetření. Vyšetření očního pozadí u očního lékaře. Je významné k prevenci angiopatie, která může vést až k retinopatii, která neléčená může způsobit nevratné poškození oka až slepotu pacienta. Mezi další vhodná vyšetření patří EKG, kterým zjišťujeme změny v křivce způsobené hypertrofií levé komory. Vhodné je provádět sonografické vyšetření echokardiografií, která dokáže již v začátcích celkem přesně diagnostikovat hypertrofické změny srdce a možná poškození srdečních chlopní. Je to vyšetření mnohem přesnější, než RTG srdce. Přesto má RTG srdce v diagnostice arteriální hypertenze své místo. K dalším doplňujícím vyšetřením řadíme dlouhodobou monitoraci činnosti srdce pomocí EKG – Holter. U některých hypertoniků je vhodné i zátěžové EKG, neboli ergometrie, která ukáže změny v tlakových hodnotách při fyzické zátěži. (Klener, 2010)

6 Sekundární hypertenze

Je třeba se také zmínit o druhém druhu arteriální hypertenze a tou je sekundární arteriální hypertenze. Ta tvoří přibližně 2 – 5 % pacientů v populaci hypertoniků. Její příčina je známá, ale není jednoduché tuto příčinu najít. Pokud je ale správně diagnostikována, je možné přistoupit k vhodné léčbě a tím i k vyléčení hypertenze. (Klener, 2010)

Mezi hlavní příčiny sekundární hypertenze řadíme choroby ledvinného parenchymu, neboli nefrogenní hypertenze. Výskyt renální hypertenze narůstá s délkou onemocnění ledvin a významný vliv na krevní tlak má retence sodíku při těchto onemocněních. Mezi onemocnění ledvin, mající vliv na krevní tlak, řadíme chronické glomerulonefritidy, polycystické choroby ledvin, nefritidy, ale také tumory ledvin. Léčba spočívá v léčbě ledvinného onemocnění a správná volba antihypertenziv, která nebudou mít negativní vliv na funkci ledvin. (Dítě, 2005)

Dalším druhem sekundární hypertenze je endokrinní hypertenze. Nejčastější příčinou tohoto druhu hypertenze je hyperaldosteronismus. Příčinou bývá velmi často aldosteron produkující adenom, nebo hyperplazie nadledvin. Krevní tlak je často velmi

vysoký. Hodnoty krevního tlaku mohou trvale přesahovat hodnoty 180/10 mmHg. Pacienti si stěžují na zvýšenou únavu, bolesti hlavy, krvácení z nosu a v laboratorních výsledcích nacházíme nízkou hladinu kalia. Léčba je chirurgická, při které se odstraní tumor nebo nadledviny. Tato metoda je v léčbě hypertenze velmi účinná. Možná je i farmakologická léčba, ke které se přistupuje při kontraindikaci chirurgické léčby. Má možné nežádoucí účinky, zejména dyspepsii nebo gynekomastii. (Dítě, 2005)

Vliv na krevní tlak má také postižení osy hypothalamo – hypofyzo – kortikální, což vede k nadměrné produkci kortizonu. Toto postižení se může projevovat jako takzvaný Cushingův syndrom, který způsobuje nadprodukcí ACTH hypofýzou. Dalšími příčinami může být tumor nadledvin, bronchogenní karcinom, nebo dlouhodobé podávání glukokortikoidů. Pacienti jsou často postiženi obezitou, výraznými striemi, zvýšeným výskytem hematomů a poruchou tolerance glukosy. Léčba je nejčastěji chirurgická, kdy se snažíme odstranit příčinu onemocnění, nebo farmakologická, která se volí při kontraindikaci operačního řešení. (Dítě, 2005)

7 Léčba

7.1 Nefarmakologická léčba

Jako první volbou léčby je vždy nefarmakologická léčba a to i v případě, že se současně zahajuje i farmakologická léčba. Hlavním cílem je úprava životních návyků, kterými jsou snížení váhy nízkenergetickou dietou a pohybovou aktivitou, nekouření a snížení stresu. (Perušičová, 2012)

- Kouření

Je prokázáno, že kouření způsobuje rozvoj aterosklerózy a s věkem spojené kardiovaskulární komplikace. Je jedním z činitelů, které vedou k endoteliální dysfunkci,

kteřá svým přímým toxickým působením má negativní vliv na koagulaci zvyšováním fibrinogenu. Tím se významně zvyšuje riziko trombózy. (Perušičová, 2012)

- Dieta

„Hypertenze je metabolickým onemocněním s nepochybnými nutričními vlivy“
(Svačina, 2010, s. 417)

Hlavním cílem v dietním režimu je snížení přívodu soli. To se ukazuje jako velmi účinné a pro hodnoty tlaku a funkci ledvin příznivé. Ovšem studie posledních let přicházejí se zajímavým objevem a tím je dieta DASH. Tato dieta byla vyvinuta právě k léčbě hypertenze a ukázala se jako efektivní. Její podstatou je zvýšení příjmu ovoce a zeleniny a to na 500 mg až jeden kilogram zeleniny a ovoce denně. Toto množství odpovídá přibližně pěti kusům denně. Ovoce a zelenina by měli být nejlépe čerstvé a je vhodné je doplnit kvalitními mléčnými výrobky. (Svačina, 2010)

Současně je vhodné do jídelníčku přidat potraviny bohaté na kvalitní tuky s vysokým obsahem nenasycených mastných kyselin, jako jsou rostlinné oleje a na omega kyseliny bohaté ryby. Prospěšné také může být příjem malého množství alkoholu, který má pozitivní vliv na snížení výskytu koronárních příhod a snižuje úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční. Tato pozitivní vlastnost alkoholu může být trochu sporná a v žádném případě nelze pacientům užívání alkoholu doporučovat. (Perušičová, 2012)

- Pohyb

Pohybová aktivita patří k základním nefarmakologickým léčebným postupům při léčbě mírné arteriální hypertenze, ale má pozitivní vliv na ostatní složky metabolického syndromu. Trendem posledních let je nízká pohybová aktivita a přísun vysoce kalorických potravin. Tento jev vede ke zvýšení obezity v populaci a tím k zvýšení rizik kardiovaskulárních onemocnění. Je prokázáno, že každý pacient je schopen nějakého druhu pohybové aktivity. Ta se jen musí přizpůsobit jeho věku a přidruženým chorobám. Základní smysl spočívá hlavně v poměru energetického

příjmu oproti energetickému výdeji. Aerobní pohybové aktivitě, by se měli pacienti věnovat alespoň dvakrát až pětkrát týdně v časovém rozmezí 45 minut. (Svačina, 2010)

7.2 Farmakologická léčba

K farmakologické léčbě přistupujeme u nemocných, u kterých se nedaří trvale dosáhnout hodnot pod 140/90 mmHg nefarmakologickou léčbou. Dále také u nemocných, s náhle zjištěnou hypertenzí, jejíž hodnota tlaku je více než 180/100 mmHg. Hlavním cílem farmakologické léčby je trvalé snížení krevního tlaku pod 140/90 mmHg. (Klener, 2011)

Farmakoterapii můžeme rozdělit na monoterapii, fixní kombinaci a kombinovanou terapii. Při monoterapii je pacientem užíván lék z jedné lékové skupiny, tato léčba je ovšem úspěšná pouze přibližně u 30% pacientů. Další možností je fixní kombinace dvou hypertenziv, ta bývá úspěšnější. (Souček, 2011)

V posledních letech se stává volbou číslo jedna v léčbě hypertenze kombinovaná léčba. Jak se ukázalo v několika studiích, je mnohem více účinná než léčba na základě zvyšování dávek jednoho léku. Tato léčba vede ke zlepšení prognózy a výrazně snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění. (Widimský, 2012)

Do lékových skupin používaných při léčbě arteriální hypertenze řadíme ACE- Inhibitory, Beta blokátory, blokátory receptoru 1 pro angiotenzin II, diuretika a blokátory kalciových kanálů. (Souček, 2011)

Diuretika se nejčastěji používají jako monoterapie a to především u starších osob nebo u nemocných se sklonem k retenci sodíku a vody. Dále se diuretika užívají také v kombinaci s jiným druhem antihypertenziv. Jsou vhodná zejména u nemocných s diabetem mellitem, hyperlipidemií a u osob se srdečním selháním. (Souček, 2011)

Další skupinou léků volené k monoterapii nebo jako součást kombinační léčby jsou beta blokátory. Jsou indikovány u lehké až středně těžké hypertenze, zejména u pacientů s ischemickou chorobou srdeční, anginou pectoris, po infarktu myokardu

a u žen v produktivním věku. Jsou kontraindikovány u nemocných s asthma bronchiale. (Souček, 2011)

Pokud chceme léky, které mají vedle antihypertenzního účinku i protektivní charakter, volíme ACE Inhibitory. Ty jsou kardio-, vazo-, reno- protektivní. Také mají příznivé metabolické účinky. Jako častý nežádoucí účinek je ale suchý dráždivý kašel. (Souček, 2011)

Stejnou indikaci jako ACEI mají blokátory receptoru 1 pro angiotensin II. Mají ovšem menší procento výskytu suchého dráždivého kašle. (Souček, 2011)

Poslední skupina jsou blokátory kalciových kanálů snižují krevní tlak systémovou vasodilací a jsou indikovány u hypertoniků, kteří mají diagnostikovány paroxysmální tachykardie. (Souček, 2011)

8 Edukace pacienta s arteriální hypertenzí

„ Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince“ (Juřeníková, 2010, s. 9)

Zdravotnictví je obor, který se rychle rozvíjí a díky technologickým pokrokům se objevují nové vyšetřovací a zobrazovací metody či terapeutické postupy. Proces edukace se těmto novinkám musí neustále přizpůsobovat a zlepšovat. (Juřeníková, 2010)

Úkolem edukace ve zdravotnictví je v první řadě předcházení vzniku nemocí. Edukací v rámci primární prevence či osvěty ve zdravé populaci, lze oddálit nástup nemoci či jejímu vzniku zcela zabránit. V druhé řadě má edukace pomoci při udržení či navrácení poškozeného zdraví a v případě trvalé nemoci či postižení může vést ke zlepšení kvality života nemocného. Edukace je tedy součástí všech tří druhů prevence, primární, sekundární i terciální. (Juřeníková, 2010)

Edukaci můžeme rozdělit na tři části a to na základní, reedukační a komplexní. V základní předáváme nemocnému či jedinci nebo jeho rodině zcela nové informace, které by měly vést ke změně jeho návyků a postojů k nově zjištěnému onemocnění. Při reedukaci využíváme předchozích vědomostí klienta a další edukací se snažíme tyto vědomosti rozšiřovat. Komplexní edukací se rozumí edukace, která je podávána v etapách a je tak docíleno postupného prohlubování vědomostí a dovedností, které vedou ke zlepšení zdravotního stavu nebo k jeho udržení. (Juřeníková, 2010), (Svěráková, 2012)

V současném ošetrovatelství je na edukaci kladen velký důraz, a proto je potřeba, aby byla vedena kvalitně. Vzhledem k technickému pokroku v medicíně přibývá nových vyšetřovacích metod a postupů a je úlohou sester tyto postupy sledovat a pomocí edukace předávat vědomosti, informace a dovednosti dále pacientovi. Tím mu pomoci obnovit nebo udržet na přijatelné úrovni jeho zdraví. (Juřeníková, 2010)

Edukace u pacientů s arteriální hypertenzí by se měla věnovat především režimovým opatřením, která jsou součástí nefarmakologické léčby a také negativnímu vlivu arteriální hypertenze na organismus člověka a tedy život pacienta. Pacient by se díky edukaci měl rozšířit své vědomosti o chorobě a jejich komplikací, možnostech monitorování krevního tlaku a léčby. (Vokurka, Hugo, 2011)

8.1 Dieta a pohyb

Již mnoho let je známý vztah mezi vysokým krevním tlakem a obezitou. Je také známo, že úbytek váhy pacienta pozitivně koriguje hodnoty krevního tlaku. Tato informace by mohla obézní pacienty motivovat k výraznému snížení jejich váhy. (Gregor, Hejrová, 2010). Pro mnohé pacienty je ale toto nesnadný úkol. Jako hlavní problém vidíme nedostatek pohybu v populaci a oproti tomu energeticky bohatá strava. (Widimský, 2012). Je tedy potřeba pacientům vysvětlit, že je nutné nejen snížit příjem nevyhovujících a energeticky bohatých potravin, ale také přidat pohyb. Pacientům doporučujeme přidání zdravých tuků do jídelníčku a to v podobě kvalitních rostlinných olejů, ryb a semínek a ořechů. To přímo koresponduje se snížením živočišných tuků. Do jídelníčku je dále potřeba přidat ovoce, zeleninu a kvalitní sacharidy, které nacházíme

v potravinách s nízkým glykemickým indexem. Důležitou součástí dietních opatření je výrazné omezení kuchyňské soli v podobě dochucování jídel, tak i soli v průmyslově zpracovaných potravinách. (Widimský, Hejrová, 2010)

Dietní doporučení můžeme shrnout takto:

- Snížení energetického příjmu
- Zařazení zdraví prospěšných tuků do jídelníčku – ořechy, semínka, sladkovodní i mořské ryby, kvalitní za studena lisované rostlinné oleje
- Vyřazení živočišných tuků z jídelníčku – masné výrobky, polotovary a průmyslově zpracované potraviny. Sem řadíme různé druhy uzenin, potraviny, které jsou připravené k přímé konzumaci jako hotová jídla, lahůdkářské výrobky (majonézové saláty, chlebíčky), polévky ze sáčku, potraviny s nepřiměřeně dlouhou dobou spotřeby jako je sladké i slané pečivo.
- Přidání zeleniny a ovoce do pravidelné konzumace a to v množství od půl kilogramu až do jednoho kilogramu denně, přibližně to tvoří kolem pěti kusů denně. Je ovšem potřeba hlídat příjem cukru, který je v ovoci přítomný a to hlavně u pacientů se zvýšenou hladinou cukru v krvi či s diabetem mellitem.
- Do jídelníčku přidáváme celozrnné potraviny a potraviny s nízkým glykemickým indexem – celozrnné těstoviny, rýži, celozrnné pečivo, výrobky z obilí jako jsou vločky, bulgur aj. Potraviny s nízkým glykemickým indexem nezpůsobují náhlé zvýšení cukru v krvi a udržují tuto hladinu v konstantní rovině, proto dodávají tělu pocit sytosti po delší dobu.
- Omezení kuchyňské soli a to i té přidané do polotovarů či hotových jídel. Doporučená denní dávka soli je 5 – 6 g denně. To je přibližně necelá jedna kávová lžička.
- Snížení příjmu alkoholu. Pro muže hypertoniky to znamená dvě jednotky alkoholu denně a pro ženy jedna jednotka alkoholu denně. Za jednotku alkoholu je považována 0,3ml piva či dvě sklenice vína.
- Zvýšení příjmu bílkovin, které jsou pro tělo nepostradatelné, jsou základní stavební jednotkou organismu a kosterního svalstva. Při fyzické aktivitě dochází k většímu budování svaloviny, která má významný vliv na metabolismus organismu. Větší procento kosterního svalstva vede k většímu spalování tukových zásob, což příznivě ovlivňuje proces hubnutí. Bílkoviny můžeme

přijímat z kvalitního netučného masa nebo z luštěnin, mléčných výrobků, ryb, vaječ výrobků ze sóji. (Gregor, Hejrová, 2010)

Součástí diety je i fyzická aktivita. Ta pomáhá snižovat nadváhu a zlepšovat kondici. Přidáním pravidelné fyzické aktivity se zlepšuje kardiorespirační zdatnost organismu. Obecně se doporučuje věnovat se aerobní aktivitě přibližně 2,5 až 5 hodin týdně. Druh aktivity ovšem závisí na celkovém zdravotním stavu pacienta. Mezi aerobní činnosti můžeme zařadit rychlejší chůzi, kolo, běh nebo plavání. (Rosolová, 2013)

Je potřeba dostatečně vysvětlit pacientům pozitivní vliv pohybové aktivity na jejich hypertenzi a fyzickou kondici. Snažíme se tedy nelézt argumenty, které pacienta přesvědčí o prospěšnosti pohybu. Snižování zdravotních rizik, lepší fyzická kondice a lepší psychická kondice jsou podstatou edukačního plánu. Pacient musí vědět, že tato opatření nejsou jen krátkodobá, že se jedná o režim dlouhodobý či dokonce trvalý. Tuto změnu nebereme jako nutné zlo, ale jako změnu životního stylu k lepšímu, zdravějšímu já. Doporučujeme tedy zátěž, která není pro pacienta příliš náročná, nenutíme je uběhnout maratonský závod, protože první neúspěch by byl demotivující a vedl by nejspíš k ukončení snahy. Sortovní aktivitu volíme podle celkové fyzické konstituce jedince a jeho vztahu k pohybové aktivitě. (Svačina, 2010)

8.2 Kouření

Kouření nemá samo o sobě významný vliv na zvyšování krevního tlaku. Nesmíme ale zapomenout, že je jedním z hlavních rizikových faktorů ischemické srdeční choroby a aterosklerózy. Proto pokud hypertonik kouří, zvyšuje tak šanci, že se společně s hypertenzí tyto nemoci u něj vyvinou. (Gregor, Hejrová, 2010)

Pacienti mají strach přestat kouřit. Bojí se, že přiberou na váze, že budou nervózní nebo nebudou v běžném životě fungovat jako s cigaretou. MUDr. Pradáčová vydala pro Ligu proti rakovině obecné informace pro pacienty kteří kouří. V této informační brožuře se pacient může informovat jak zvládat odvykání. Jako pomocnou

berličku je možné předepsání medikace, která v začátku pomůže s odvykáním. Jak ale píše Pradáčová, vše je o vůli a přesvědčení pacienta. (Pradáčová, 2014)

„Kouření cigaret je od února 2005 považováno legislativně za nemoc, kterou lze léčit v ordinacích k odvykání závislosti na tabáku. Byla vydána doporučení, která shrnují význam odvykání kouření i přesný léčebný postup tohoto návyku.“ (Rosolová, 2013). Pacienta lze tedy do těchto center poslat.

8.3 Domácí měření krevního tlaku

Možnost domácího monitorování krevního tlaku je díky dostupnosti měřících digitálních přístrojů snadno dostupné. Proto je vhodné, pacienty o této možnosti informovat a zapojit je tak do léčebného procesu. Díky domácímu měření tlaku a evidenci naměřených hodnot, se pacient může aktivně podílet na své léčbě. Hodnoty domácího měření totiž slouží lékaři ke kontrole krevního tlaku mimo klinické prostředí a lékař tak může s pomocí těchto informací měnit a upravovat medikaci. Tlak se ovšem může od hodnot v ordinaci výrazně lišit, naměřené hodnoty v domácím prostředí bývají nižší než hodnoty v naměřeném u lékaře. (Homolka, 2010)

Existují tlakoměry k domácímu použití, které lze považovat za vhodné pro pacienty. Těmi jsou hlavně pažní měřiče. Za nevhodné lze označit přístroje zápěstní či jim podobné, které jsou velmi často ve svém měření nepřesné. (Gregor, Hejrová, 2010)

Abychom domácí monitoraci mohli považovat za plnohodnotnou, je nutné správné zacházení s přístrojem a správná technika měření. Začneme manipulací s přístrojem, kdy si pacient si přečte návod k obsluze. Je také možné přístroj přinést na pravidelnou kontrolu k lékaři a zde za asistence sestry nebo lékaře přístroj vyzkoušet a nacvičit si manipulaci s ním. Pokud pacient ovládání přístroje zvládá, vysvětlíme, že měření provádíme v klidu, po několika minutách bez větší fyzické aktivity, na uvolněné ruce, která je pevně podložena v úrovni srdce. S pacientem si domluvíme, kolikrát denně bude měření provádět, ideálně alespoň dvakrát, ráno a večer. Je vhodné měření opakovat víckrát za sebou a zapsat nejlépe všechny hodnoty. (Homolka, 2010)

Pro přesnost měření je možné provést kontrolu přístroje v ordinaci lékaře. Pacient si přinese svůj domácí tlakoměr a lékař mu s ním změří krevní tlak, poté měření

provede svým přístrojem, který je pravidelně revidován. Tím lze ověřit, zda domácí přístroj nemá příliš velkou odchylku v naměřených hodnotách.

8.4 Stres

Stres je působení nějakého faktoru, který dlouhodobě působí na jedince. Toto působení na organismus vyvolá reakci nebo odpověď organismu. To co na organismus působí, nazýváme stresorem. Tím může být pro každého jedince něco jiného. Například práce, konflikt či onemocnění. Každý ale reaguje na stres odlišně. Reakce závisí také na věku, kdy je vyšší citlivost u jedinců starších. Náchylnější jsou také ženy. Studie ukazují, že dlouhodobé působení stresu, vede ke zvýšení krevního tlaku až o 24mm Hg systolického a 12 mmHg diastolického tlaku. Zatím není známo, jak stres tlak ovlivňuje. Je možno říct, že se jedná o složitý neurohormonální mechanismus. Při edukaci můžeme upozornit na vliv stresu na tlak. Je však jisté že se v dnešní době stresu budeme těžko vyhýbat. (Widimský, 2012)

9 Empirická část

9.1 Cíle a hypotézy

Cíle:

Cíl 1: Zjistit informovanost pacientů o hypertenzi, její léčbě a rizikových faktorech, z poskytnutých edukačních materiálů, které již existují.

Cíl 2 : Zjistit, zda pacienti pochopili informace z poskytnutých edukačních materiálů.

Cíl 3 : Na základě dat z dotazníku vytvořit reedukační plán pacientů, který bude sloužit pro všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů.

Hypotézy:

Hypotéza č.1

1H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi pohlavím pacientů a informovaností o vybraných režimových opatřeních (dieta, kouření, pohybová aktivita) při diagnóze arteriální hypertenze.

1H₁: Existuje statisticky významná závislost mezi pohlavím pacientů a informovaností o vybraných režimových opatřeních (dieta, kouření, pohybová aktivita) při diagnóze arteriální hypertenze.

Hypotéza č.2

2H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem pacientů a dodržováním naordinovaného léčebného režimu u diagnózy arteriální hypertenze.

2H₁: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem pacientů a dodržováním léčebného režimu u diagnózy arteriální hypertenze.

Hypotéza č. 3

3H₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi výší úhrady za léky a dodržováním předepsané medikace pacienty.

3H₁: Existuje statisticky významná souvislost mezi výší úhrady léků a dodržováním předepsané medikace pacienty.

9.2 Metodika výzkumu

Pro svůj výzkum jsem použila kvantitativní výzkumnou metodu s využitím sběru dat pomocí dotazníku. Tento dotazník byl rozdán pacientům v ordinaci praktického lékaře a v ordinaci internisty. Pacienti odpovídali na otázky, které byly položeny jednoduchou formou a měli být pro ně srozumitelné. Pacienty jsem ujistila, že je dotazník zcela anonymní, a není proto potřeba se obávat odpovídat pravdivě.

Celkem bylo rozdáno 75 dotazníků. Díky tomu, že pacienti měli možnost jej vyplnit při čekání na vyšetření v čekárně, jsem si mohla všechny dotazníky osobně vybrat zpět. Možná proto byla jejich návratnost byla 100 %.

V dotazníku je 24 otázek. V prvních dvou otázkách zjišťuji věk a pohlaví. Dále se zaměřuji na rozsah vědomostí o režimových opatřeních na počet kuřáků, diabetiků a pacientů s hyperlipidemií. Také zjišťuji schopnost pacientů dodržovat léčebný režim.

Pacienti odpovídali na 17 uzavřených otázek, kde měli na výběr z několika odpovědí. Ve 4 otevřených otázkách pacienti mohli odpovídat vlastními slovy, tyto otázky se týkaly hlavně návyků pacientů a dietních opatření. Ve 3 otázkách měli pacienti možnost vybrat si z nabídnutých odpovědí, nebo svými slovy napsat vlastní variantu odpovědi.

9.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumu se zúčastnilo celkem 75 pacientů s diagnostikovanou primární hypertenzí. Podmínkou byla léčba této nemoci nejméně 6 měsíců.

9.4 Realizace výzkumu

Výzkum probíhal v ordinaci praktického lékaře a internisty v Závodním středisku Českého rozhlasu v Praze. Dotazníky pacienti vyplňovali od října 2014 do ledna 2015. Bylo použito celkem 75 dotazníků a jejich návratnost byla 100%.

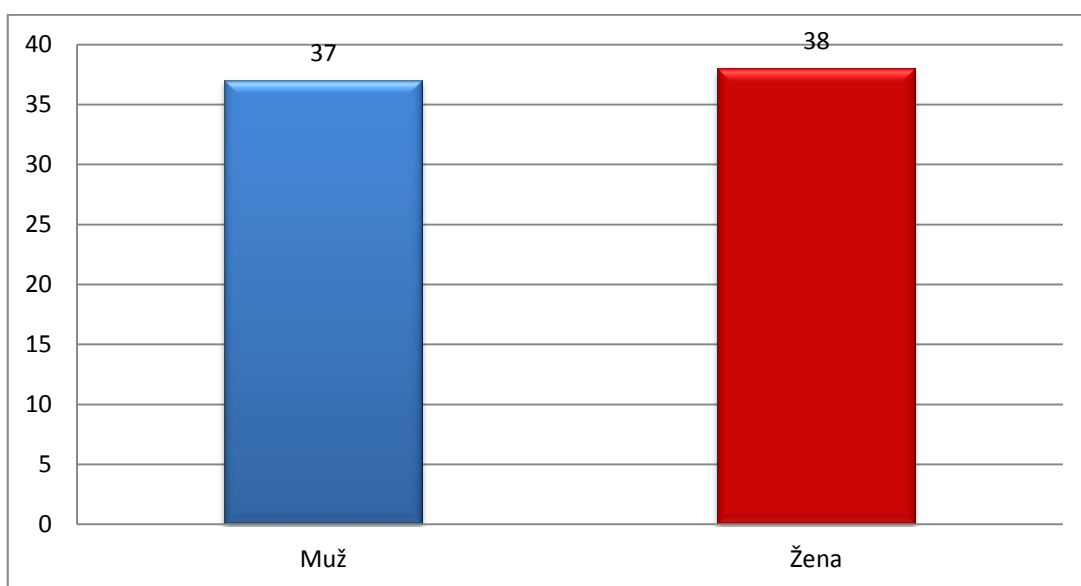
9.5. Zpracování výsledků dotazníkového šetření

Po shromáždění dat z dotazníkového šetření byla vytvořena tabulka v programu MS Excel 2010. U otevřených otázek, kde bylo více možností odpovědí, bylo nutné tato data zredukovat a roztrdit je do kategorií. V druhé části výzkumného postupu byly k otázkám vytvořeny kontingenční tabulky s absolutní a relativní četností a ke každé otázce také graf. Kromě otázky č. 17, která byla jen porovnávána s otázkou č. 16. Následně byly statisticky testovány hypotézy, kdy probíhalo testování mezi hypotézou nulovou a mezi hypotézou alternativní. K potvrzení platnosti či zamítnutí dané hypotézy byl použit statistický test významnosti Pearsonův Chí kvadrát test. Jako hladina významnosti byla určena hodnota 0,05 (5 %). Pro ověření hypotéz byly vytvořeny kontingenční tabulky a grafy.

Položka č. 1 Pohlaví pacientů

Tabulka č. 1 Pohlaví

	n_i	f_i
Muž	37	49%
Žena	38	51%
Celkový součet	75	100,00%



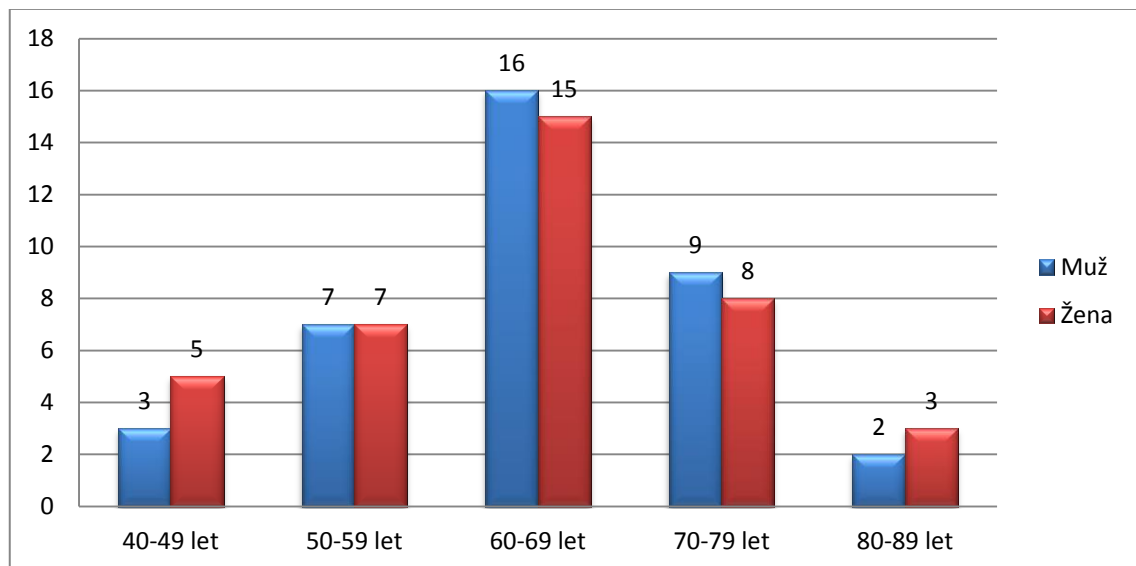
Graf č. 1 Pohlaví

Dotazníkové šetření se zúčastnilo 37 mužů a 38 žen.

Položka č. 2 Věk pacientů

Tabulka č 2 Věk

	Muž		Žena		Celkem	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
40-49 let	3	8,11%	5	13,16%	8	10,67%
50-59 let	7	18,92%	7	18,42%	14	18,67%
60-69 let	16	43,24%	15	39,47%	31	41,33%
70-79 let	9	24,32%	8	21,05%	17	22,67%
80-89 let	2	5,41%	3	7,89%	5	6,67%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



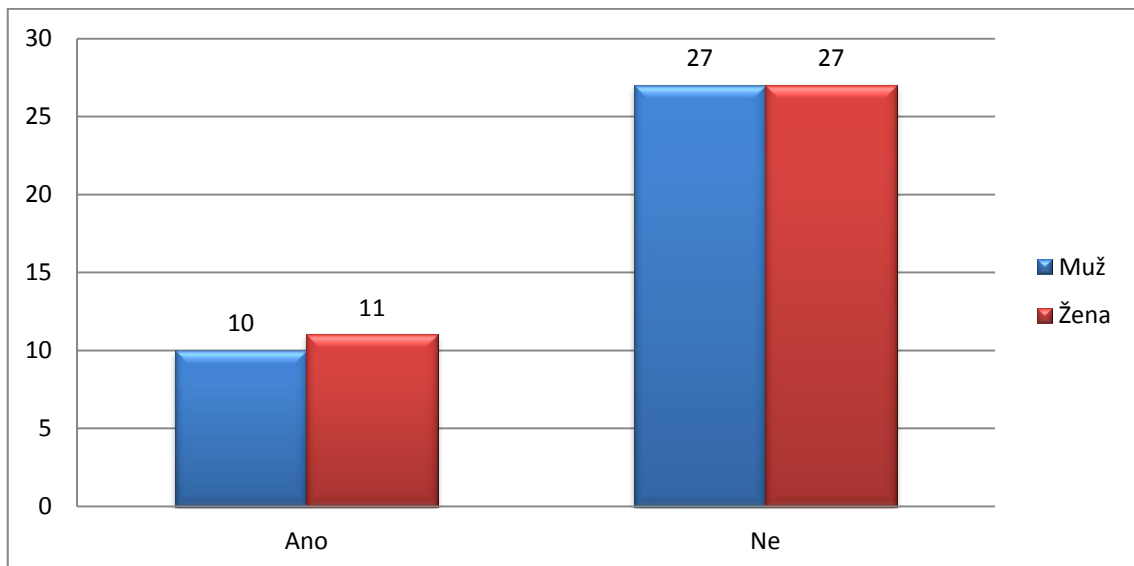
Graf č. 2 Věk

Respondenti byli rozděleni podle věku do věkových skupin. Za kategorii 40 - 49 let se dotazníkového šetření zúčastnilo 8 respondentů, ve skupině 50 - 59 let odpovídalo 14 respondentů. Kategorie 60 - 69 let čítala 31 respondentů. Ve věku 70 - 79 bylo 17 respondentů. V poslední věkové kategorii 80-89 let bylo 5 respondentů.

Položka č.3 Kouříte?

Tabulka č. 3 Kouření

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	10	27,03%	11	28,95%	21	28,00%
Ne	27	72,97%	27	71,05%	54	72,00%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



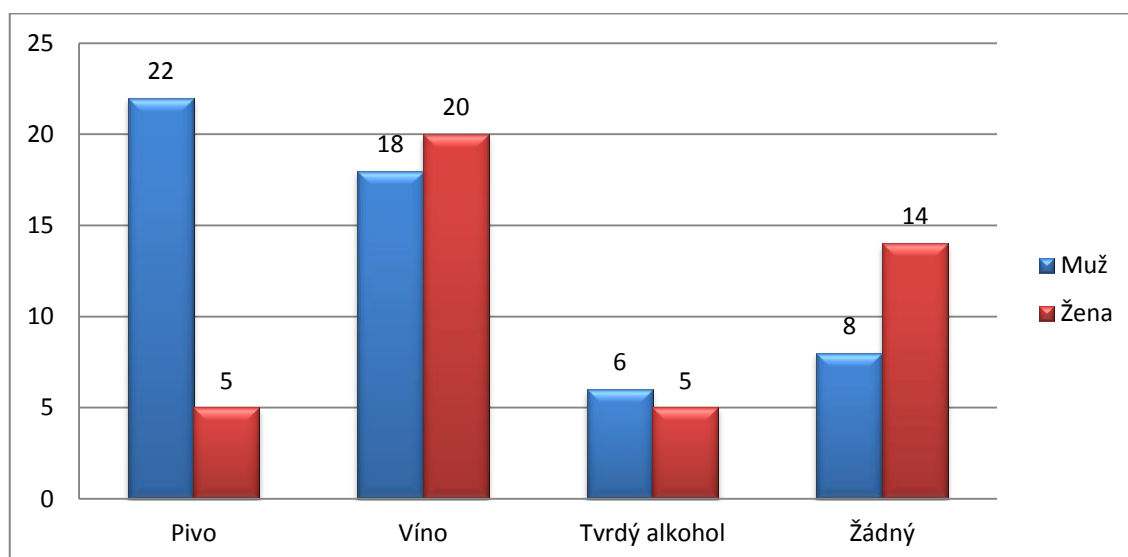
Graf č. 3 Kouření

U otázky č. 1 jsem zjišťovala, zda pacienti kouří, a jestli je tento jev závislý na pohlaví. Na otázku, zda kouří, odpovědělo záporně 27 mužů a 27 žen. Odpověď ano, tedy že kouří, zvolilo 10 mužů a 11 žen.

Položka č. 4 Jaký pijete alkohol

Tabulka č. 4 Druh konzumovaného alkoholu

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Pivo	22	40,74%	5	11,36%	27	27,55%
Víno	18	33,33%	20	45,45%	38	38,78%
Tvrký alkohol	6	11,11%	5	11,36%	11	11,22%
Žádný	8	14,81%	14	31,82%	22	22,45%
Celkový součet	54	100,00%	44	100,00%	98	100,00%



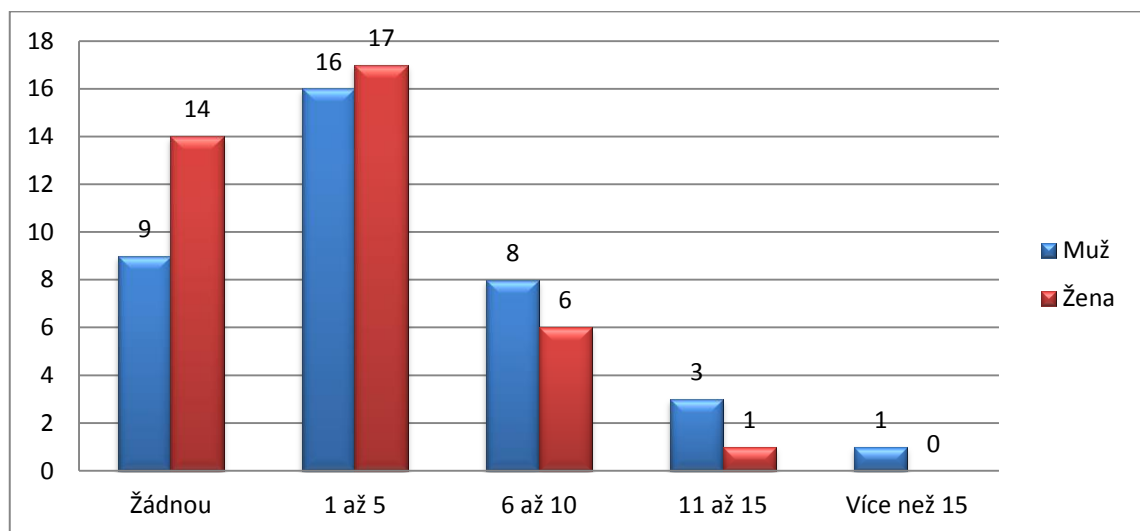
Graf č 4 Druh konzumovaného alkoholu

U otázky č. 2 jsem zjišťovala, jaký alkohol pacienti nejčastěji konzumují. Zde měli respondenti na výběr z několika možností. Muži odpovídali v počtu 22 pije pivo, 18 pije víno, tvrdý alkohol volilo 6 mužů a žádný alkohol nepije 8 mužů. Ženy volily odpověď pivo v počtu 5, víno pije 20 žen, tvrdý alkohol pije 5 žen a žádný alkohol nepije 14 žen.

Položka č. 5 Kolik skleniček alkoholu týdně vypijete?

Tabulka č. 5 Množství vypitého alkoholu

	Muž		Žena		Celkem	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Žádnou	9	24,32%	14	36,84%	23	30,67%
1 až 5	16	43,24%	17	44,74%	33	44,00%
6 až 10	8	21,62%	6	15,79%	14	18,67%
11 až 15	3	8,11%	1	2,63%	4	5,33%
Více než 15	1	2,70%	0	0,00%	1	1,33%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



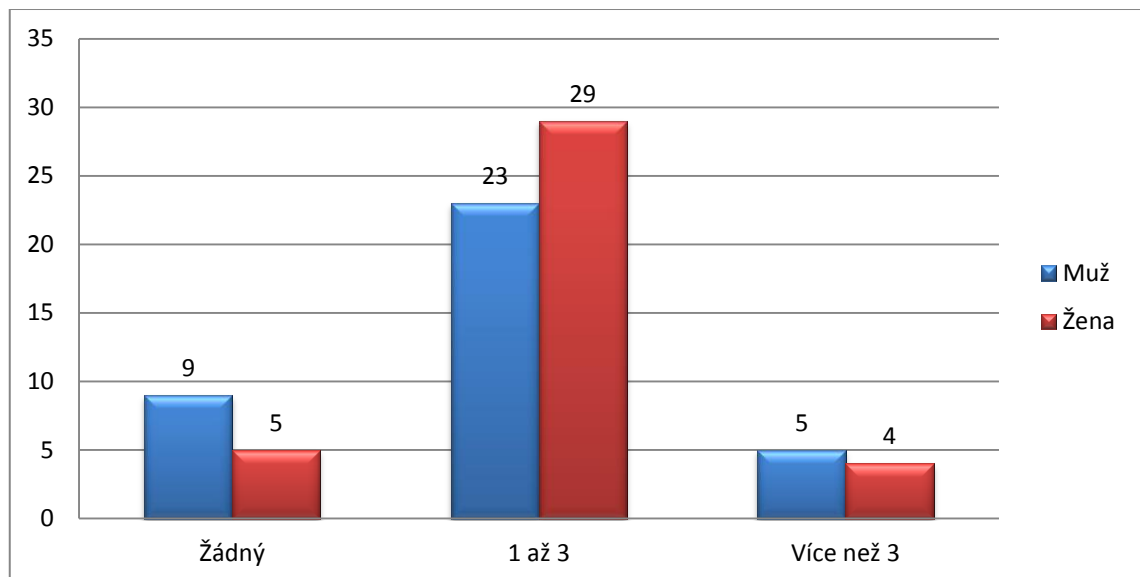
Graf č. 5 Množství vypitého alkoholu

V otázce č. 3 jsem zjišťovala, jaké množství alkoholu respondenti týdně vypijí. Na výběr bylo z několika možností. Žádný alkohol týdně nepije 9 mužů a 14 žen. 1 až 5 skleniček týdně vypije 16 mužů a 17 žen. 6 až 10 skleniček vypije 8 mužů a 6 žen. Množství 11 až 15 skleniček alkoholu vypijí týdně 3 muži a jedna žena. Více než 15 skleniček volil jeden muž.

Položka č. 6 Kolik šálků kávy denně vypijete?

Tabulka č. 6 Množství vypité kávy

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Žádný	9	24,32%	5	13,16%	14	18,67%
1 až 3	23	62,16%	29	76,32%	52	69,33%
Více než 3	5	13,51%	4	10,53%	9	12,00%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



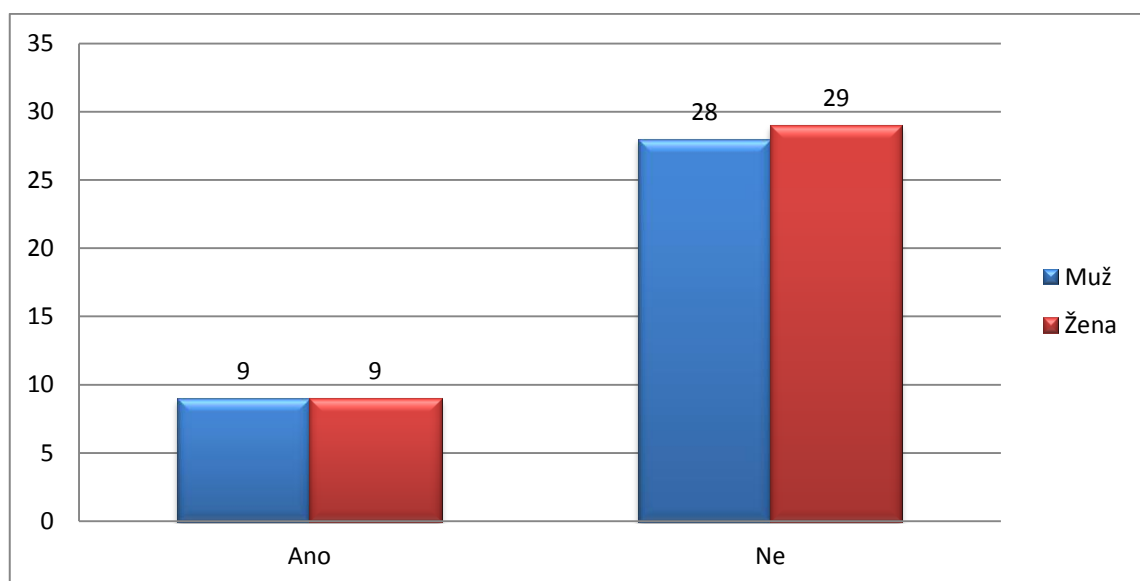
Graf č. 6 Množství vypité kávy

V otázce č 4 jsem zjišťovala množství vypité kávy za jeden den. Žádnou kávu nepije 9 mužů a 5 žen. 1 až 3 šálky denně vypije 23 mužů a 29 žen. Více než 3 šálky denně vypije 5 mužů a 4 ženy.

Položka č. 7 Jste diabetik?

Tabulka č. 7 Onemocnění diabetem

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	9	24,32%	9	23,68%	18	24,00%
Ne	28	75,68%	29	76,32%	57	76,00%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



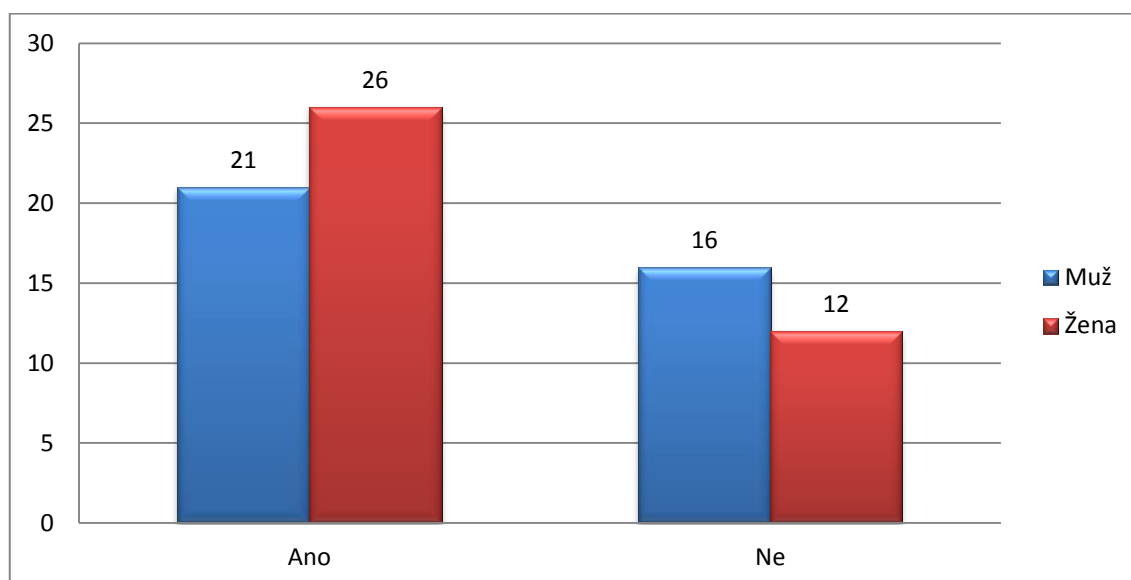
Graf č. 7 Onemocnění diabetem

V otázce č. 5 jsem se respondentů ptala, zda trpí diabetem. Mezi muži bylo 9 diabetiků a 9 žen diabetiček. Respondentů, kteří nebyli diabetici, bylo 28 mužů a 29 žen.

Položka č. 8 Víte jakou dietu by měl držet nemocný s vysokým krevním tlakem?

Tabulka č. 8 Dieta vhodná pro hypertoniky

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	21	56,76%	26	68,42%	47	62,67%
Ne	16	43,24%	12	31,58%	28	37,33%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



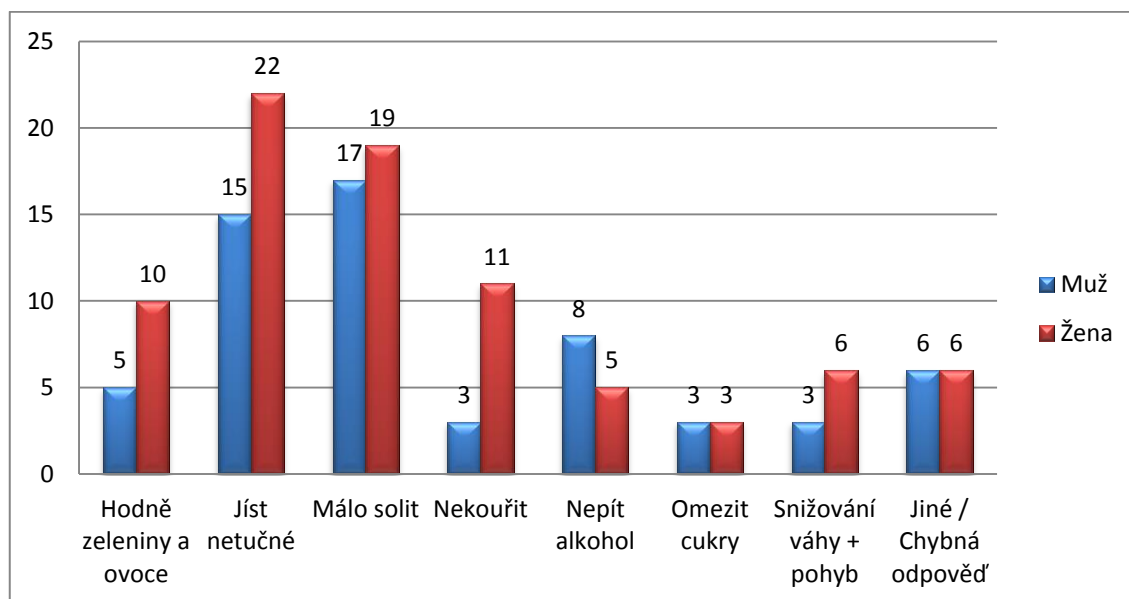
Graf č. 8 Dieta vhodná pro hypertoniky

V otázce č. 6 měli respondenti odpovědět, zda vědí, jakou dietu by měl držet nemocný s vysokým krevním tlakem. Odpověď ano, tedy že vědí, jakou dietu by měli držet nemocní s vysokým krevním tlakem zvolilo 21 mužů a 26 žen. Odpověď ne, tedy že neví, odpovědělo 16 mužů a 12 žen.

Položka č. 9 Vyjmenujte tři zásady diety pro nemocné s vysokým krevním tlakem.

Tabulka č. 9 Tři dietní zásady

	Muž		Žena		Celkem	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Hodně zeleniny a ovoce	5	8,33%	10	12,20%	15	10,56%
Jíst netučné	15	25,00%	22	26,83%	37	26,06%
Málo solit	17	28,33%	19	23,17%	36	25,35%
Nekouřit	3	5,00%	11	13,41%	14	9,86%
Nepít alkohol	8	13,33%	5	6,10%	13	9,15%
Omezit cukry	3	5,00%	3	3,66%	6	4,23%
Snižování váhy + pohyb	3	5,00%	6	7,32%	9	6,34%
Jiné / Chybná odpověď	6	10,00%	6	7,32%	12	8,45%
Celkový součet	60	100,00%	82	100,00%	142	100,00%



Graf č. 9 Tři dietní zásady

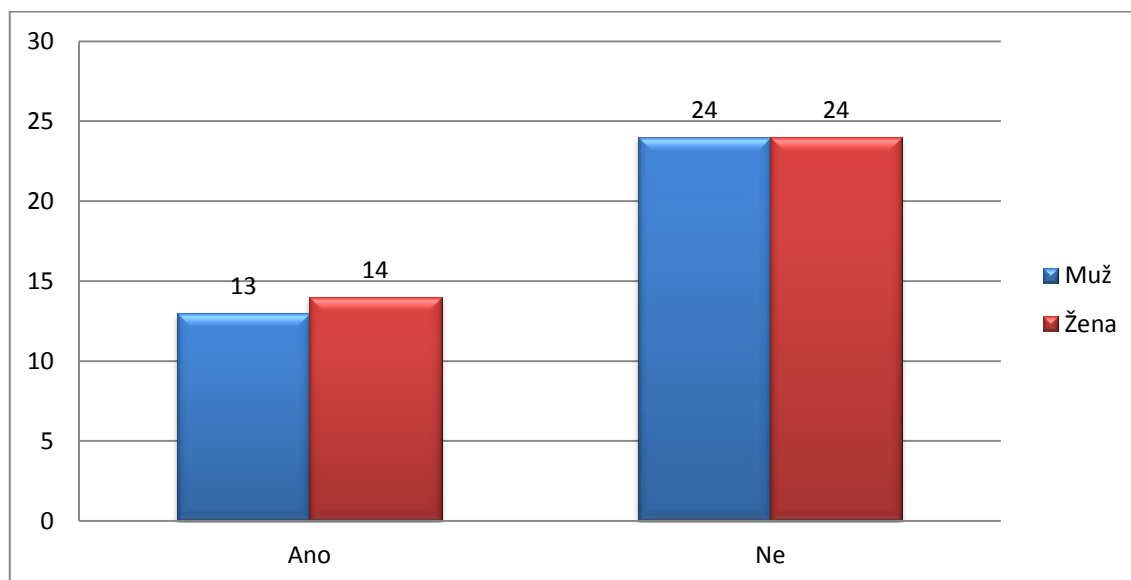
Otázka č.7 byla otevřená. Respondenti měli napsat tři dietní pravidla, který by měl nemocný s hypertenzí dodržovat. Za správné odpovědi byly považovány následující možnosti. Jíst hodně zeleniny a ovoce odpovědělo 5 mužů a 10 žen. Jíst méně tučného

odpovědělo 15 mužů a 22 žen. Méně solit odpovědělo 17 mužů a 19 žen. Nekouřit odpověděli 3 muži a 11 žen. Nepít alkohol odpovědělo 8 mužů a 5 žen. Omezit cukry odpověděli 3 muži a 3 ženy. Snižování váhy a více pohybu odpověděli 3 muži a 6 žen. Chybně odpovědělo 6 mužů a 6 žen. Pokud pacient odpověděl jinou, než předchozí uvedené odpovědi nebo uvedl pouze jeden příklad, byla odpověď brána jako chybná.

Položka č. 9 Držíte dietu vhodnou pro hypertoniky?

Tabulka č. 10 Dodržování diety

	Muž		Žena		Celkem	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Ano	13	35,14%	14	36,84%	27	36,00%
Ne	24	64,86%	24	63,16%	48	64,00%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



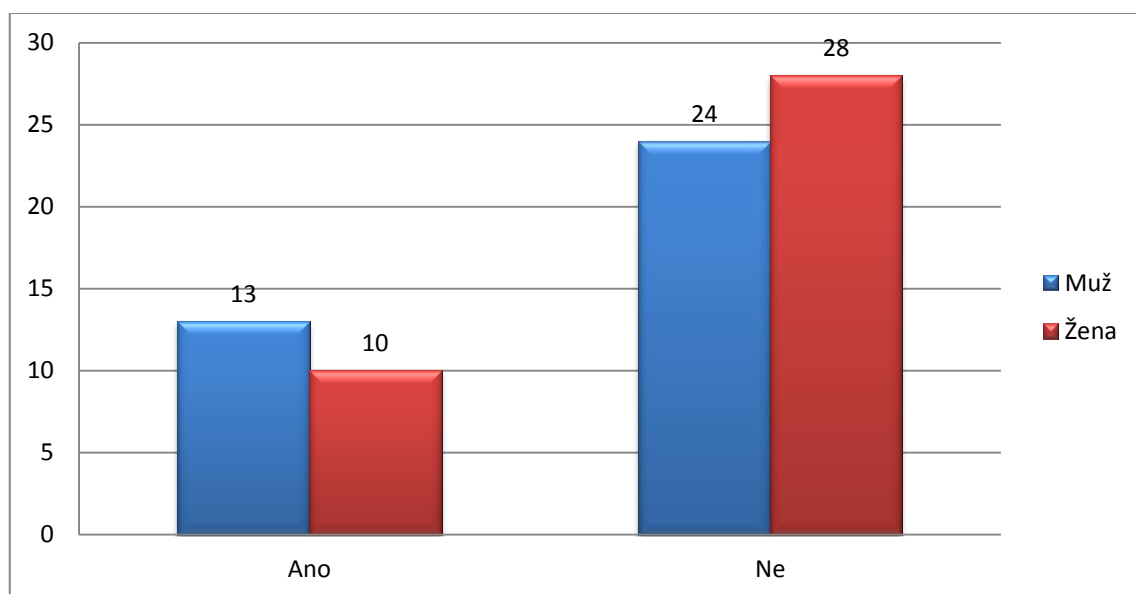
Graf č. 10 Dodržování diety

V otázce č. 8 jsem se ptala, zda respondenti dodržují dietu pro hypertoniky. Ano, tedy že drží tuto dietu, odpovědělo 13 mužů a 14 žen. Ne, tedy že nedrží tuto dietu, odpovědělo 24 mužů a 24 žen.

Položka č. 10 Pomáhá vám rodina při dodržování dietního režimu?

Tabulka č. 11 Pomoc rodiny v dietním režimu

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	13	35,14%	10	26,32%	23	30,67%
Ne	24	64,86%	28	73,68%	52	69,33%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



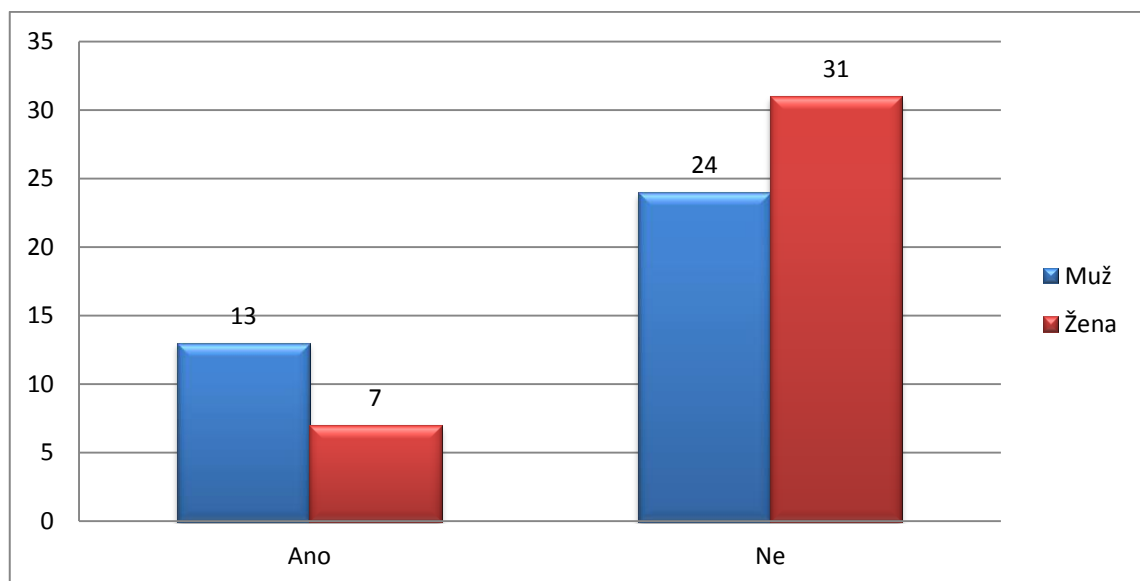
Graf č. 11 Pomoc rodiny v dietním režimu

V otázce č. 9 měli respondenti odpovědět, zda jim rodina pomáhá při dodržování dietního režimu. Odpověď ano, tedy že rodina pomáhá při dodržování diety vhodné pro hypertoniky, zvolilo 13 mužů a 10 žen. Odpověď ne, tedy že rodina nepomáhá při dodržování diety, odpovědělo 24 mužů a 28 žen

Položka č. 11 Když jíte, máte potřebu si jídlo často dosolit?

Tabulka č.12 Používání soli

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	13	35,14%	7	18,42%	20	26,67%
Ne	24	64,86%	31	81,58%	55	73,33%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



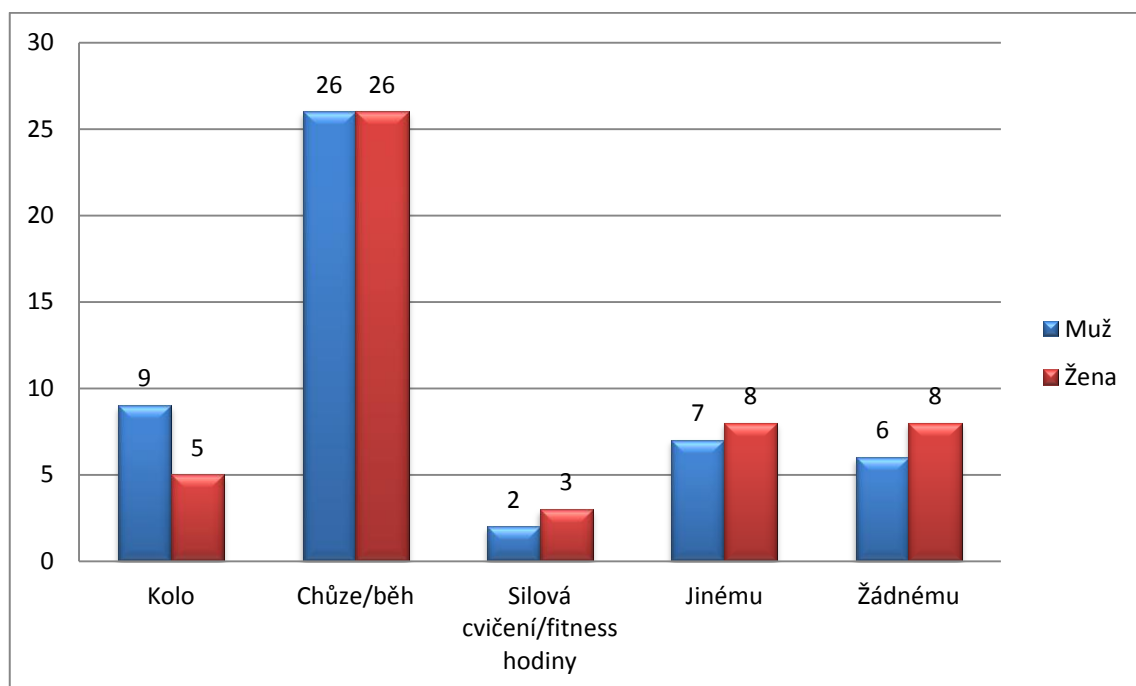
Graf č. 12 Používání soli

V otázce č. 10 mě zajímalo, zda pacienti při jídle mají potřebu použít sůl. Celkem 13 mužů a 7 žen odpovědělo ano, tedy že si jídlo dosolují 24 mužů a 31 žen odpovědělo ne, tedy že nemají potřebu dosolit si jídlo.

Položka č. 12 Jakému pohybu se věnujete?

Tabulka č. 13 Druh pohybové aktivity

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Kolo	9	18,00%	5	10,00%	14	14,00%
Chůze/běh	26	52,00%	26	52,00%	52	52,00%
Silová cvičení/fitness hodiny	2	4,00%	3	6,00%	5	5,00%
Jinému	7	14,00%	8	16,00%	15	15,00%
Žádnému	6	12,00%	8	16,00%	14	14,00%
Celkový součet	50	100,00%	50	100,00%	100	100,00%



Graf č. 13 Druh pohybové aktivity

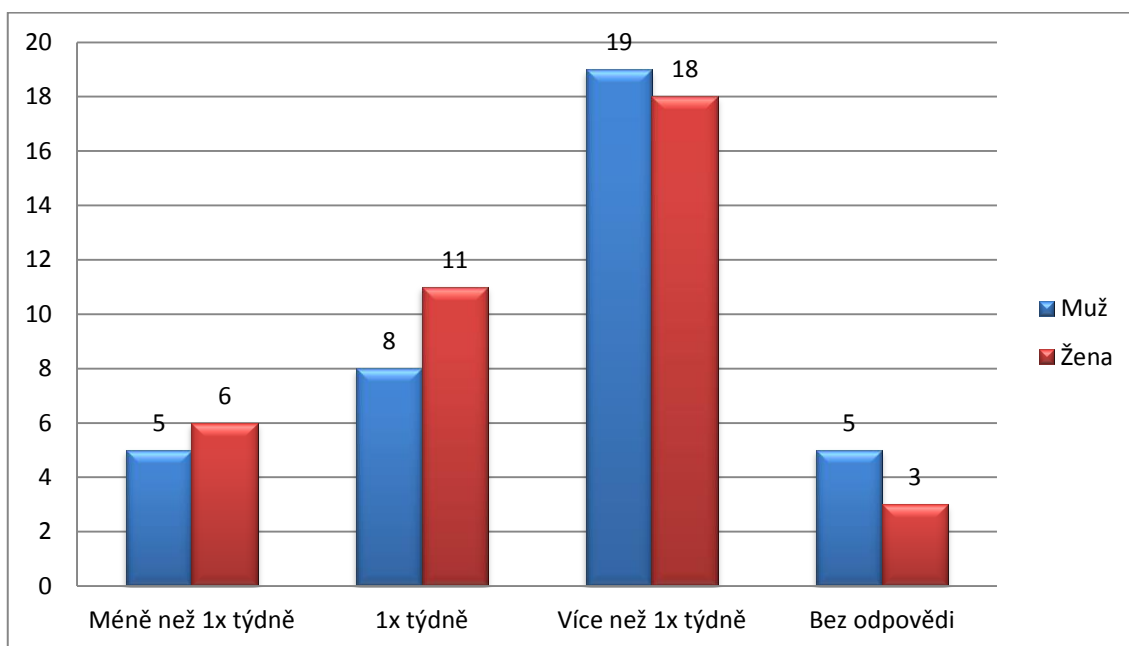
V otázce č. 11 jsem se ptala, jaké pohybové aktivitě se pacienti věnují. V otázce bylo na výběr z několika možností a respondenti si mohli zvolit i vlastní druh pohybu. Chůzi nebo běhu se věnuje 26 mužů a 26 žen, cyklistice se věnuje 9 mužů a 5 žen.

Silovým cvičením či fitness hodinám se věnují 2 muži a 3 ženy. Jinému cvičení, než uvedeným, se věnuje 7 mužů a 8 žen. Žádnému pohybu se nevěnuje 6 mužů a 8 žen.

Položka č. 13 Pokud se pohybové aktivitě věnujete, jak často?

Tabulka č. 14 Množství pohybové aktivity

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Méně než 1x týdně	5	13,51%	6	15,79%	11	14,67%
1x týdně	8	21,62%	11	28,95%	19	25,33%
Více než 1x týdně	19	51,35%	18	47,37%	37	49,33%
Bez odpovědi	5	13,51%	3	7,89%	8	10,67%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



Graf č. 14 Množství pohybové aktivity

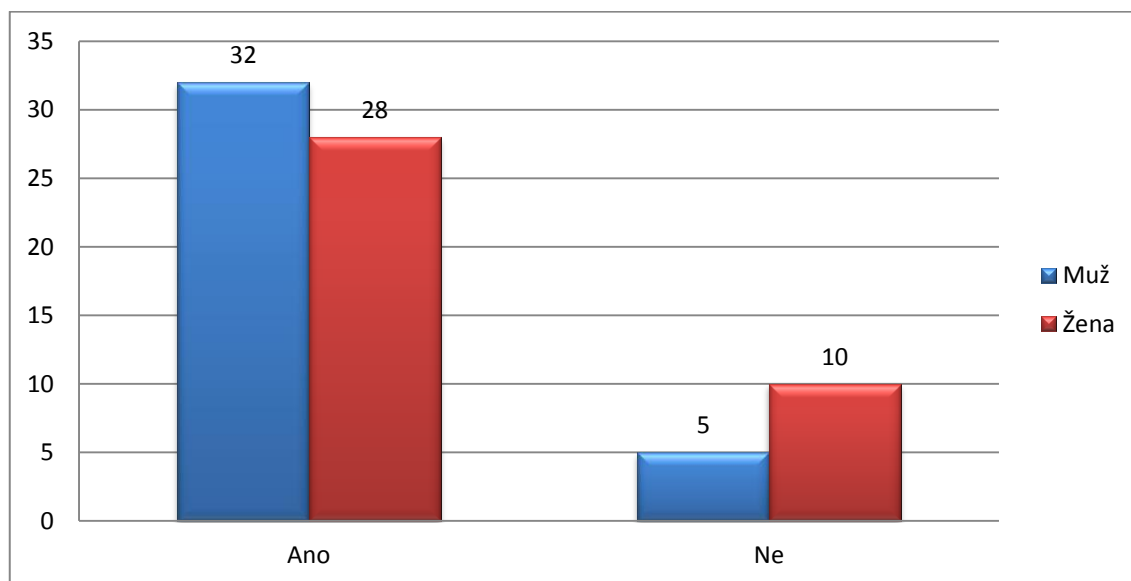
Otázka č. 12 mapovala, jak často se pacienti pohybové aktivitě uvedené v předchozí otázce věnují. Měli možnost vybrat si z několika časových hodnot. Méně než jednou týdně cvičí 5 mužů a 6 žen. Jednou týdně se věnuje pohybu 8 mužů

a 11 žen. Více než jednou týdně má pravidelný pohyb 19 mužů a 18 žen. Na tuto otázku 8 respondentů se nevěnuje žádné pohybové aktivitě.

Položka č. 14 Víte jakou máte hladinu cholesterolu v krvi?

Tabulka č. 15 Znalost hladiny cholesterolu

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	32	86,49%	28	73,68%	60	80,00%
Ne	5	13,51%	10	26,32%	15	20,00%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



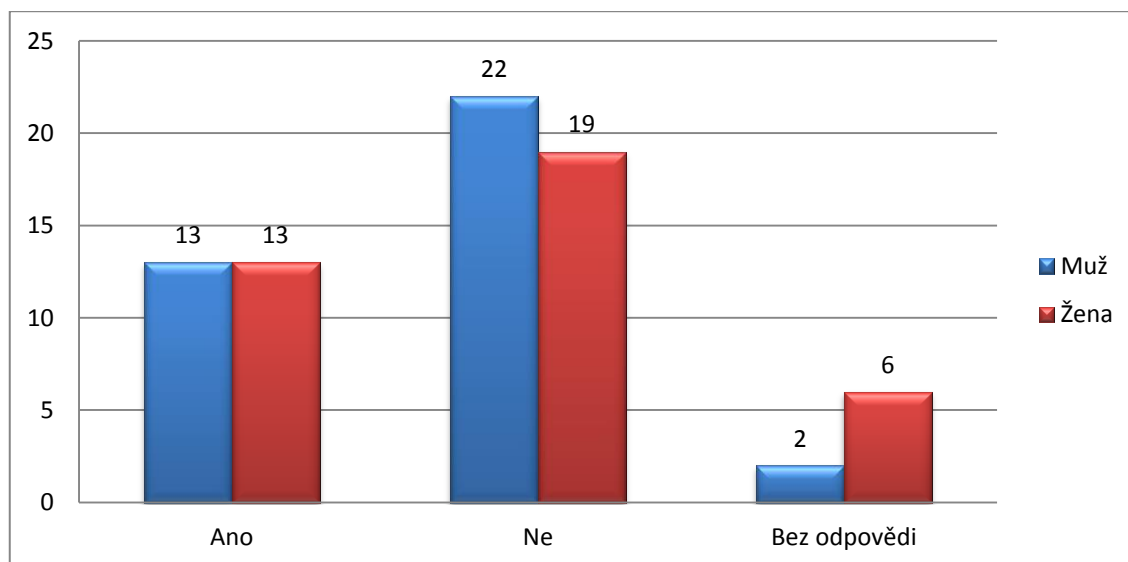
Graf č. 15 Znalost hladiny cholesterolu

V otázce č. 14 jsem se zajímala, zda pacienti znají hladinu svého cholesterolu v krvi. 32 mužů a 28 žen odpovědělo, že ano, tedy že zná svou hladinu cholesterolu. Svou hladinu cholesterolu nezná 5 mužů a 10 žen.

Položka č. 15 Pokud víte, máte ho zvýšený?

Tabulka č. 16 Hypercholesterolemie

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	13	35,14%	13	34,21%	26	34,67%
Ne	22	59,46%	19	50,00%	41	54,67%
Bez odpovědi	2	5,41%	6	15,79%	8	10,67%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



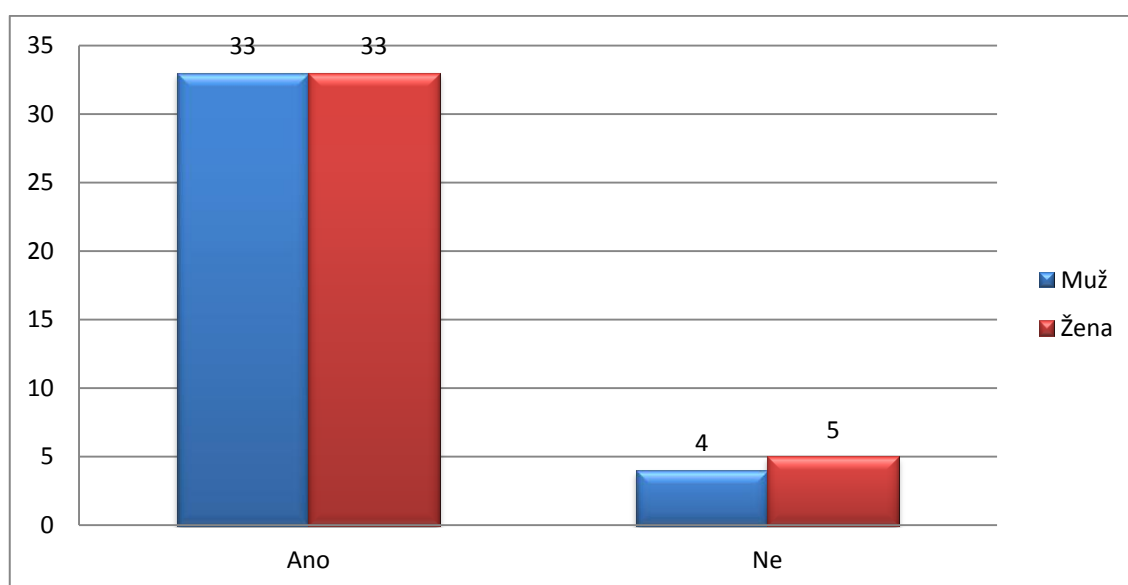
Graf č. 16 Hypercholesterolemie

Tato otázka souvisela s otázkou č. 13, kdy respondenti, kteří věděli, jakou mají hodnotu cholesterolu v krvi, měli odpovědět, zda je tato hodnota mimo normální hladinu. 13 mužů a 13 žen odpovědělo, že mají zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. O tom, že má normální hladinu cholesterolu v krvi, je přesvědčeno 22 mužů a 19 žen. Odpověď na tuto otázku nevědělo 6 žen a 2 muži.

Položka č. 16 Užíváte léky přesně podle doporučení Vašeho lékaře?

Tabulka č. 17 Správné užívání medikace

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	33	89,19%	33	86,84%	66	88,00%
Ne	4	10,81%	5	13,16%	9	12,00%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



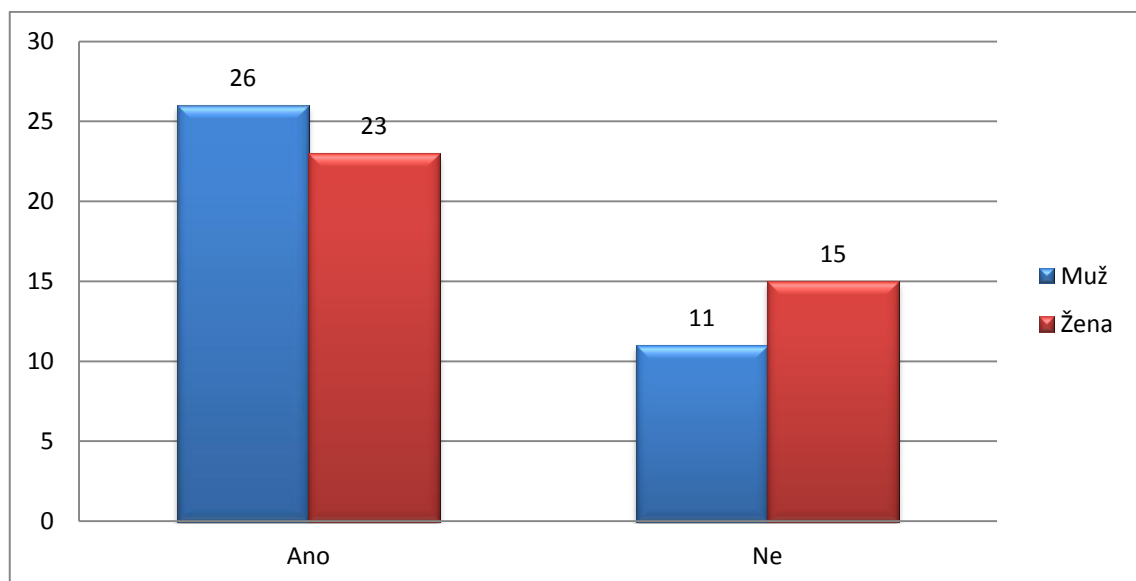
Graf č. 17 Správné užívání medikace

V otázce č. 15 měli respondenti odpovědět, zda užívají léky dle ordinace svého lékaře. Svou medikaci užívá dle doporučení svého lékaře 33 mužů a 33 žen. Svou medikaci neužívají dle doporučení svého lékaře 4 muži a 5 žen.

Položka č. 17 Víte, jak se jmenují Vaše léky?

Tabulka č. 18 Znalost své medikace

	Muž		Žena		Celkem	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Ano	26	70,27%	23	60,53%	49	65,33%
Ne	11	29,73%	15	39,47%	26	34,67%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



Graf č. 18 Znalost své medikace

Otázka ověřovala, zda pacienti znají jména léků, které užívají.. Jméno své medikace znalo 26 mužů a 23 žen. Jméno své medikace neznalo 11 mužů a 15 žen.

Položka č. 18 Pokud ano, napište jejich název.

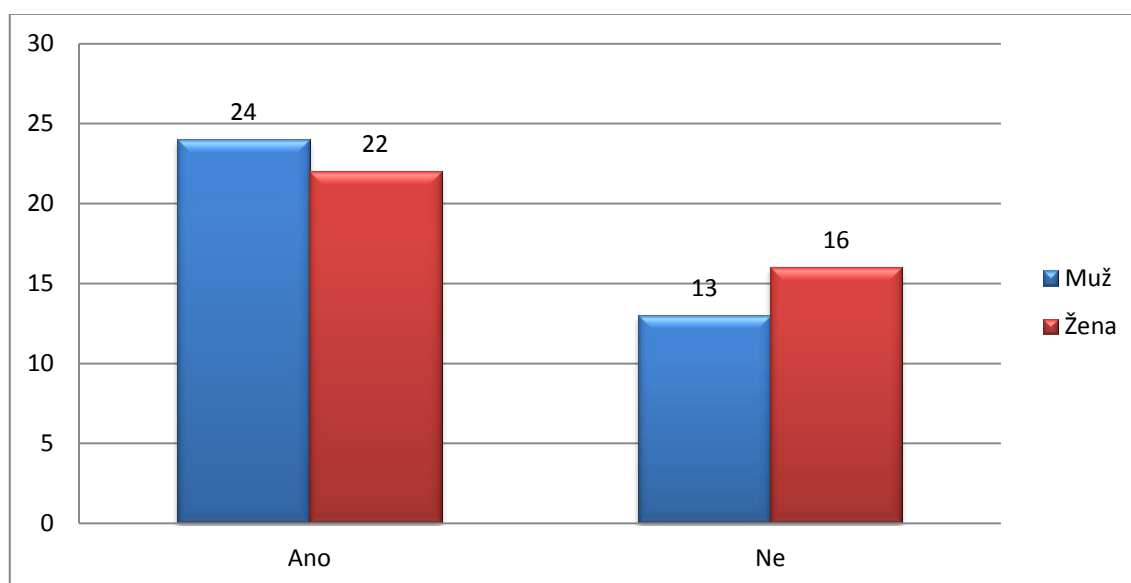
Tato otázka byla otevřená a respondenti měli vypsát názvy svých léků. Tuto otázku nebylo možné převést do tabulky a grafu. Vyhodnocovala se porovnáním otázky č. 16 a otázky č.17.

Porovnáním otázky 16 a 17 lze říci, že všichni respondenti, kteří uvedli v otázce 16, že vědí, jak se jejich léky jmenují, zároveň uvedli jejich názvy.

Položka č. 19 Máte doma svůj tlakoměr?

Tabulka č. 19 Domácí monitorování

	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	24	64,86%	22	57,89%	46	61,33%
Ne	13	35,14%	16	42,11%	29	38,67%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



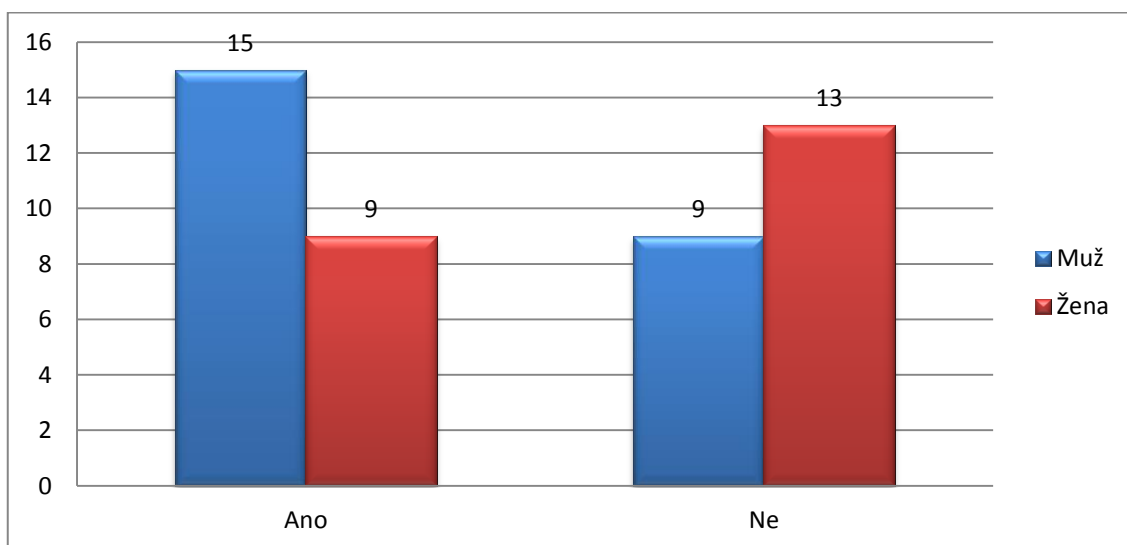
Graf č. 19 Domácí monitorování

V otázce č. 18 jsem se respondentů, ptala, zda doma mají svůj vlastní tlakoměr. Svůj tlakoměr vlastní 24 mužů a 22 žen. Tlakoměr nevlastní 13 mužů a 16 žen.

Položka č. 20 Pokud ano, vlastníte tlakoměr, měříte se a zaznamenáváte si hodnoty Vašeho tlaku?

Tabulka č. 20 Evidence měřených hodnot

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	15	62,50%	9	40,91%	24	52,17%
Ne	9	37,50%	13	59,09%	22	47,83%
Celkový součet	24	100,00%	22	100,00%	46	100,00%



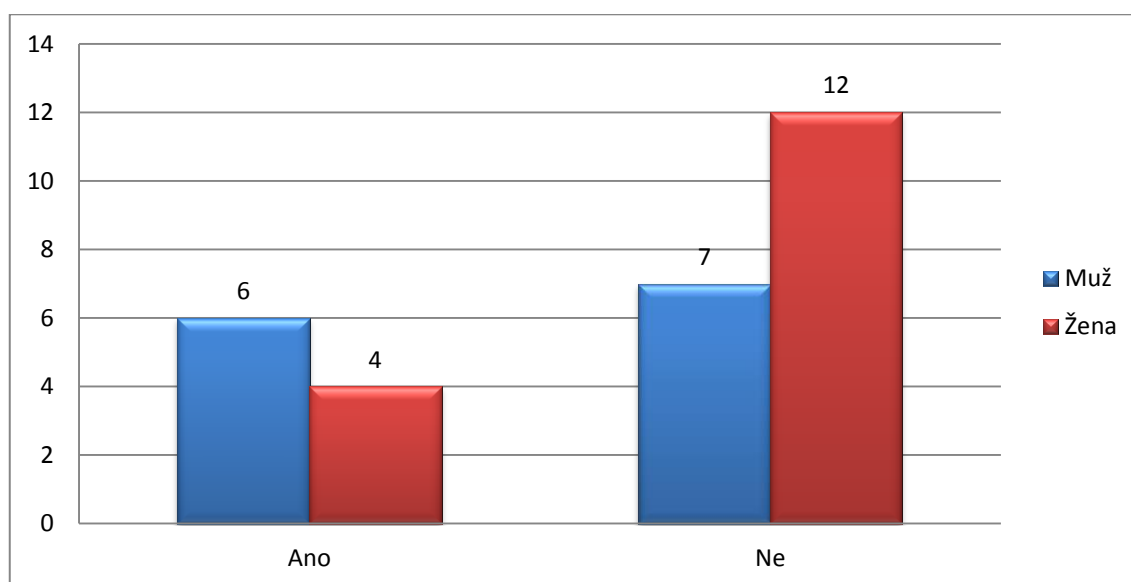
Graf č. 20 Evidence měřených hodnot

U respondentů, kteří odpověděli, že vlastní tlakoměr k domácímu užití mě zajímavě, zda ho používají a zda si naměřené hodnoty zaznamenávají. Celkem 15 mužů a 9 žen odpovědělo, že tlakoměr používají a zaznamenávají si naměřené hodnoty. 9 mužů a 13 žen tlakoměr nepoužívá.

Položka č. 21 Pokud tlakoměr nevlastníte, byl/a byste ochoten/na si tlakoměr zakoupit k domácímu užívání v cenové relaci 1000Kč?

Tabulka č. 21 Zakoupení tlakoměru

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	6	46,15%	4	25,00%	10	34,48%
Ne	7	53,85%	12	75,00%	19	65,52%
Celkový součet	13	100,00%	16	100,00%	29	100,00%



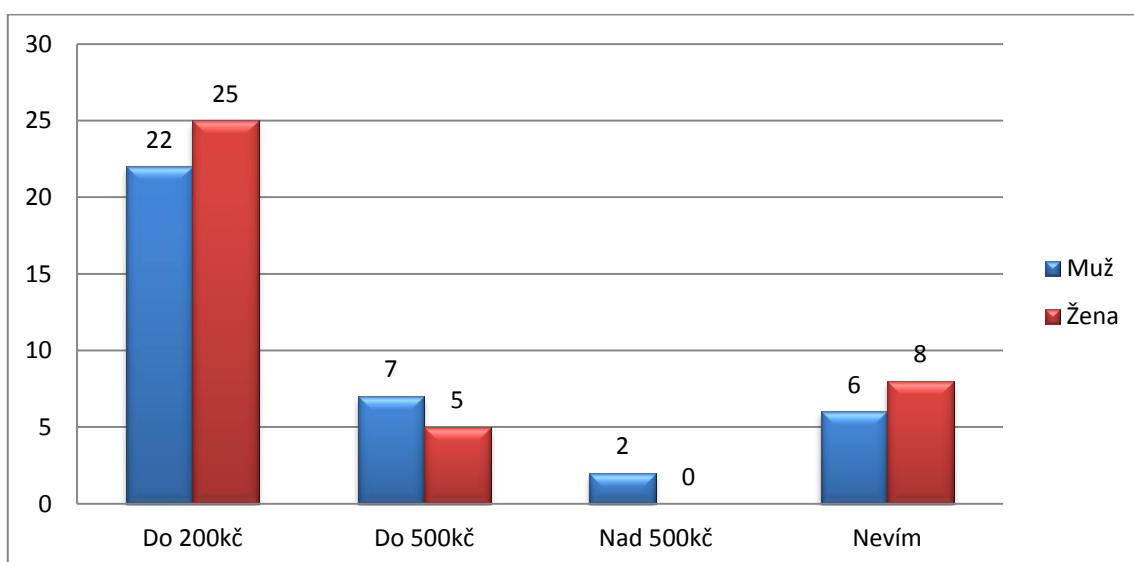
Graf č. 21 Zakoupení tlakoměru

Respondenti, kteří odpověděli, že doma nemají tlakoměr, měli v této otázce možnost odpovědět, zda by byli ochotni si ho pořídit. Ochotných zakoupit si přístroj bylo 6 mužů a 4 ženy. Přístroj by si nekoupilo 7 mužů a 12 žen.

Položka č. 22 Jak vysoký doplatek za léky na vysoký tlak měsíčně platíte?

Tabulka č. 22 Doplatek za léky

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Do 200kč	22	59,46%	25	65,79%	47	62,67%
Do 500kč	7	18,92%	5	13,16%	12	16,00%
Nad 500kč	2	5,41%	0	0,00%	2	2,67%
Nevím	6	16,22%	8	21,05%	14	18,67%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



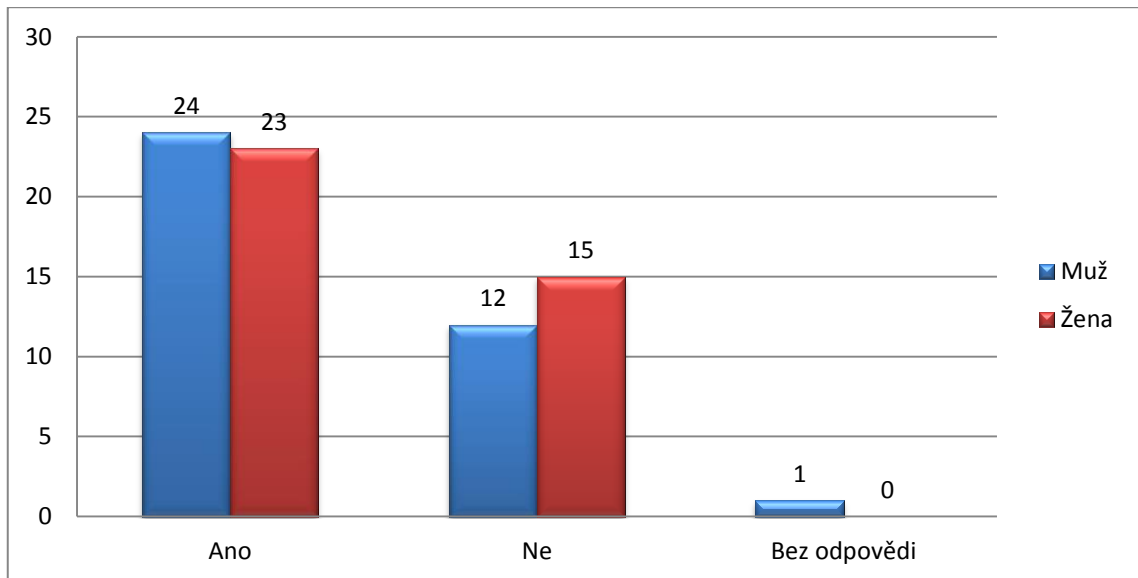
Graf č. 22 Doplatek za léky

V otázce č.21 měli respondenti napsat, kolik měsíčně zaplatí na doplatcích za svoje léky. Tyto částky pak byly rozděleny podle jejich výše do 4 kategorií. Doplatek do 200Kč hradí měsíčně 22 mužů a 25 žen. Doplatek do 500Kč hradí měsíčně 7 mužů a 5 žen. Doplatek nad 500Kč hradí měsíčně 2 muži a žádná žena. Měsíční doplatek za léky nezná 6 mužů a 8 žen.

Položka č. 23 Uvítal/a byste léky s nižším doplatkem?

Tabulka č. 23 Výše doplatku

	Muž		Žena		Celkem	
	n_i	f_i	n_i	f_i	n_i	f_i
Ano	24	64,86%	23	60,53%	47	62,67%
Ne	12	32,43%	15	39,47%	27	36,00%
Neví	1	2,70%	0	0,00%	1	1,33%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



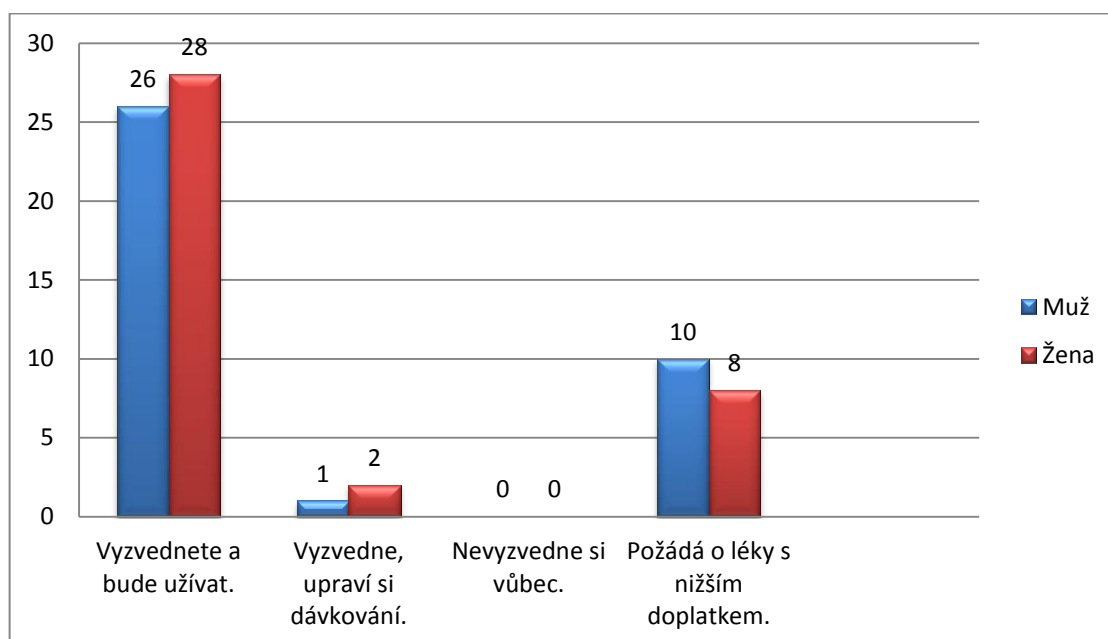
Graf č.23 Výše doplatku

V otázce č. 22 jsem zjišťovala, zda by pacienti uvítali nižší doplatek za své léky. Nižší doplatek za léky by volilo 24 mužů a 23 žen. Doplatek by nesnižovalo 12 mužů a 15 žen. Na tuto otázku neznal odpověď jeden muž.

Položka č. 24 Pokud je lék s vysokým doplatkem, jak se zachováte?

Tabulka č. 24 Užívání léků s vysokým doplatkem

	Muž		Žena		Celkem	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Vyzvednete si ho a budete ho užívat dle doporučení lékaře.	26	70,27%	28	73,68%	54	72,00%
Vyzvednete si ho, ale upravíte si dávkování, aby Vám léky vydrželi déle.	1	2,70%	2	5,26%	3	4,00%
Nevyzvednete si ho, protože je příliš drahý a nebudete užívat nic. Však se nic hrozného nestane.	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Poprosím svého lékaře, aby mi předepsal léky s nižším doplatkem.	10	24,32%	8	21,05%	17	22,67%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



Graf č. 24 Užívání léků s vysokým doplatkem

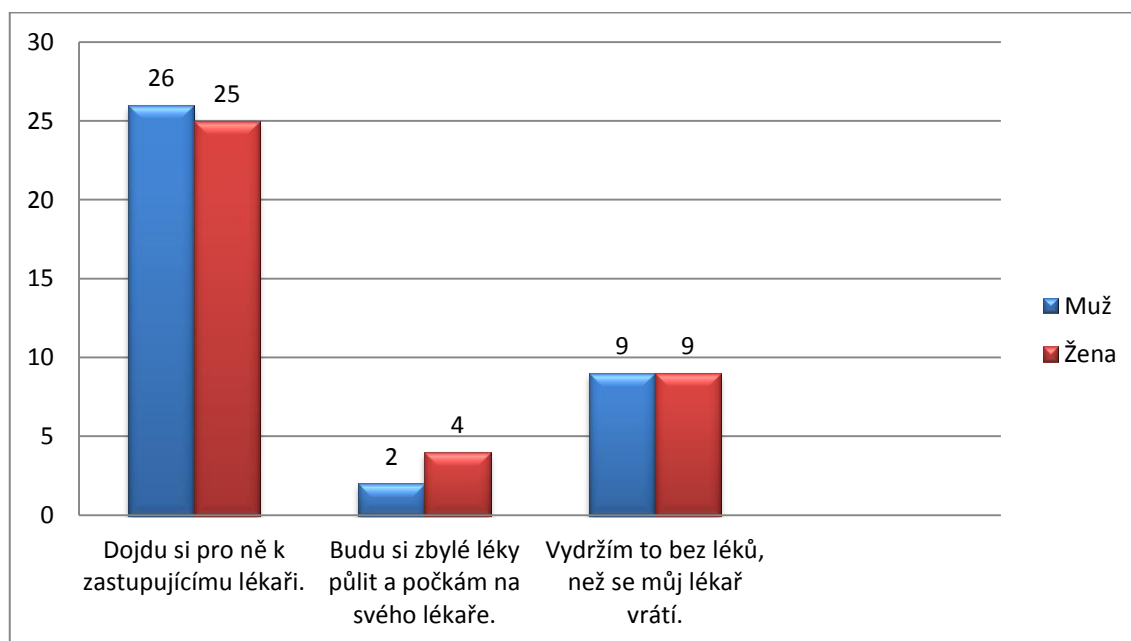
V otázce č. 23 měli respondenti odpovědět, jak by reagovali v případě, že by byl doplatek na jejich lék příliš vysoký. Na výběr měli z několika možností. Možnost že si

léky vyzvednou a budou ho užívat dle doporučení lékaře zvolilo 26 mužů a 28 žen. Variantu, že si léky vyzvednou, ale upraví si dávkování vybral 1 muž (2,70%) a 2 ženy. Že si léky nevyzvednou, protože jsou příliš drahé a nebudou je tedy užívat ne zvolil žádný respondent. 10 mužů a 8 žen by poprosilo svého lékaře o léky s nižším doplatkem.

Položka č. 25 Pokud má Váš lékař dovolenou a Vám dochází léky, jak se zachováte?

Tabulka č. 25 Docházející medikace

	Muž		Žena		Celkem	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
Dojdu si pro ně k zastupujícímu lékaři.	26	70,27%	25	65,79%	51	68,00%
Budu si zbylé léky pūlit a počkám na svého lékaře.	2	5,41%	4	10,53%	6	8,00%
Vydržím to bez léků, než se můj lékař vrátí.	9	21,62%	9	23,68%	17	22,67%
Celkový součet	37	100,00%	38	100,00%	75	100,00%



Graf č. 25 Docházející medikace

V otázce č. 24 jsem zjišťovala, jak se respondenti zachovají v případě, že jim dochází jejich pravidelná medikace, ale jejich lékař není přítomen v ordinaci. Na výběr měli z několika možností. Odpověď, že si své léky vyzvednou u zastupujícího lékaře si vybralo 26 mužů a 25 žen. Že si své léky budou po dobu nepřítomnosti lékaře pūlit odpověděli 2 muži a 4 ženy. Vydřím to bez léků, než se můj lékař vrátí, odpovědělo 9 mužů a 9 žen.

10 Testování hypotéz

Před tím, než jsem svou bakalářskou práci začala vypracovávat jsem si určila tři hypotézy, které jsem statisticky testovala. K ověření hypotéz jsem použila Chí kvadrát test nezávislosti, který vychází z kontingenčních tabulek a testuje nulovou hypotézu. Ta vyjadřuje nezávislost proměnných.

Dalším krokem bylo stanovení hladiny významnosti, což je pravděpodobnost že se zamítne nulová hypotéza. Jako hodnota byla určena 0,05, což je riziko chyby 5%.³⁹

Každá testovaná hypotéza má vytvořenou kontingenční tabulku a graf.

Hypotéza 1

1H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi pohlavím pacientů a informovaností o vybraných režimových opatřeních (dieta, kouření, pohybová aktivita) při diagnóze arteriální hypertenze.

1H₁: Existuje statisticky významná závislost mezi pohlavím pacientů a informovaností o vybraných režimových opatřeních (dieta, kouření, pohybová aktivita) při diagnóze arteriální hypertenze.

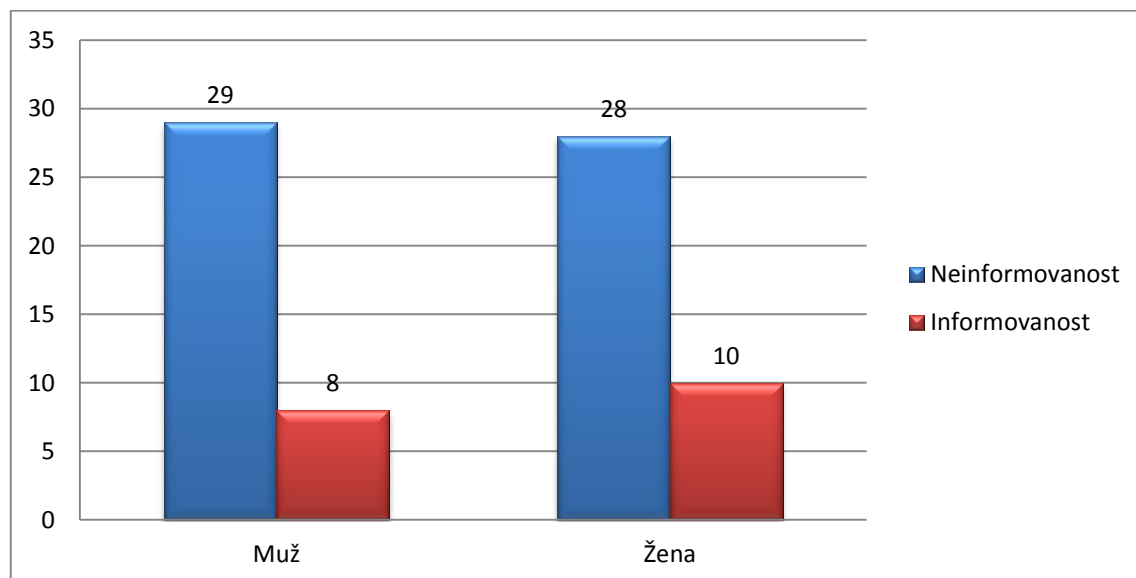
Hypotéza byla stanovena na základě dat z literatury. K vyhodnocení hypotézy jsme použili otázky z dotazníku č. 1, 2, 6 až 14. Určili jsme si, že celkovou informovanost respondent prokáže v případě, že správně odpoví v minimálně 8 otázkách z 11. Tyto výsledky vztažené k pohlaví respondentů jsou shrnuty v kontingenční tabulce, která posloužila jako zdroj dat pro statistické testování.

Tabulka č. 26 Pohlaví x informovanost

	Neinformovanost	Informovanost	Celkový součet
Muž	29	8	37
Žena	28	10	38
Celkový součet	57	18	75

Kontingenční tabulka č. 27 Statistické testování: Pohlaví x informovanost

Hladina významnosti:	0,05 (5%)
Stupně volnosti:	1
Testové kritérium chí-kvadrát:	0,23
Kritická hodnota chí-kvadrát:	3,84
Síla závislosti:	0,63



Graf č. 26 Závislost mezi pohlavím a informovaností

Hodnota testovaného kritéria 0,23 je nižší než kritická hodnota 3,84. Přijímáme nulovou hypotézu a zamítáme alternativní hypotézu.

Závěr: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi pohlavím pacientů a informovaností o režimových opatřeních při diagnóze arteriální hypertenze.

Hypotéza 2

2H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem pacientů a dodržováním naordinovaného léčebného režimu u diagnózy arteriální hypertenze.

2H₁: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem pacientů a dodržováním léčebného režimu u diagnózy arteriální hypertenze.

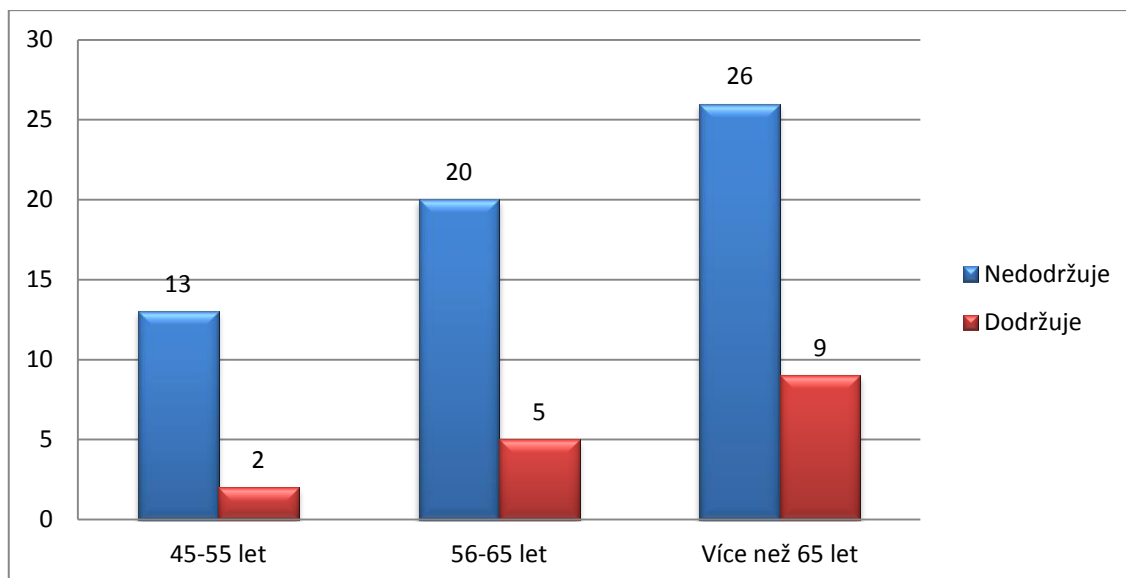
Hypotéza byla stanovena na základě dat z literatury. K vyhodnocení druhé hypotézy jsme použili otázky č. 15 až 20. Respondenti prokázali celkovou informovanost v případě, že odpověděli správně minimálně ve třech otázkách. Otázky, které se přímo vztahovaly k věku respondentů, jsou shrnuty v následující kontingenční tabulce, která posloužila jako zdroj pro statistické testování.

Tabulka č. 28 Věk pacientů x dodržování či nedodržování doporučení

	Nedodržuje	Dodržuje	Celkový součet
45-55 let	13	2	15
56-65 let	20	5	25
Více než 65 let	26	9	35
Celkový součet	59	16	75

Kontingenční tabulka č. 29 Statistické testování: Věk x dodržování režimu

Hladina významnosti:	0,05 (5%)
Stupně volnosti:	2
Testové kritérium chí-kvadrát:	0,99
Kritická hodnota chí-kvadrát:	5,99
Síla závislosti:	0,60



Graf č. 26 Věk x dodržování režimu

Hodnota testovaného kritéria 0,99 je menší než kritická hodnota 5,99. Přijímáme nulovou hypotézu o nezávislosti a zamítáme hypotézu alternativní.

Závěr: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem pacientů a dodržováním léčebného režimu u diagnózy arteriální hypertenze.

Hypotéza 3

3H₀: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi výší úhrady za léky a dodržováním předepsané medikace pacienty.

3H₁: Existuje statisticky významná souvislost mezi výší úhrady léků a dodržováním předepsané medikace pacienty.

Hypotéza byla stanovena na základě dat z literatury. Vyhodnotili jsme otázky 23 a 24, kde jsme u každého respondenta určili, zda jeho odpověď prokazuje dodržování či nedodržování léčebného režimu. Dále bylo určeno, že celkové dodržování léčebného režimu respondent prokáže v případě, že prokáže dodržování v minimálně v 1 otázce.

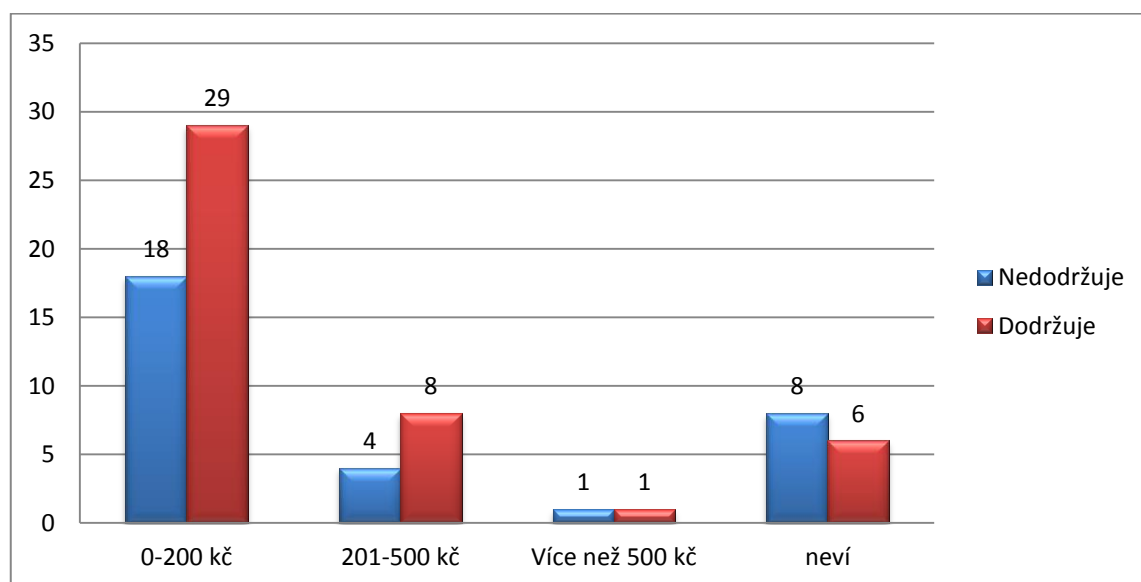
Tyto výsledky vztažené k výši úhrady léku jsou shrnuty v následující kontingenční tabulce, která posloužila jako zdroj dat pro statistické testování.

Tabulka č. 30 Doplatek x užívání léku

	Nedodržuje	Dodržuje	Celkový součet
0-200 Kč	18	29	47
201-500 Kč	4	8	12
Více než 500 Kč	1	1	2
neví	8	6	14
Celkový součet	31	44	75

Kontingenční tabulka č. 31 Statistické testování: Úhrada za léky x dodržování medikace

Hladina významnosti:	0,05 (5%)
Stupně volnosti:	3
Testové kritérium chí-kvadrát:	2,00
Kritická hodnota chí-kvadrát:	7,81
Síla závislosti:	0,57



Graf č. 27 Výše doplatku za léky a dodržování medikace

Hodnota testovaného kritéria 2,00 je menší než kritická hodnota 7,81. Přijímáme nulovou hypotézu o nezávislost a zamítáme hypotézu alternativní hypotézu.

Závěr: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi výší úhrady předepsané medikace a dodržováním léčebného režimu u pacientů s diagnosou arteriální hypertenze.

11 Diskuse

Bakalářská práce byla věnována primární hypertenzi a edukaci pacientů s primární arteriální hypertenzí, kteří se léčí v ordinaci praktického lékaře. Arteriální hypertenze je jedním z nejvíce rozšířených kardiovaskulárních onemocnění a její prevalence každým rokem stoupá.

Pacienti často o svém onemocnění nevědí, neboli je, je klinicky němé. Je ale o to více nebezpečné. Ve spojení s dalšími rizikovými faktory tak zvyšuje riziko infarktu myokardu či cévní mozkové příhody.

V teoretické části jsem se snažila stručně popsat klinický obraz onemocnění, jeho důsledky na zdraví jedince a také léčbu. Léčbu jsem rozdělila na farmakologickou, kde jsem se pokusila probrat jednotlivé lékové skupiny, a nefarmakologickou, která je pro práci sestry edukantky velmi významná. Právě edukaci jsem se v závěru teoretické části snažila věnovat nejvíce. Přiblížila jsem tak edukaci o režimových opatření u nemocných s hypertenzí a snažila jsem se popsat podstatu edukace a její význam v ošetřovatelství.

V empirické části jsem rozebírala své cíle a hypotézy, které jsem si před vypracováním bakalářské práce stanovila. Ty jsem se pomocí dotazníkového šetření snažila potvrdit či vyvrátit. Výzkum jsem aplikovala pomocí kvantitativní metody dotazníkovým šetřením. Jako respondenty jsem si vybrala pacienty v ordinaci praktického lékaře a internisty, kteří mají diagnostikovanou hypertenzi alespoň půl roku a již se setkali s nějakým edukačním materiálem či samotnou edukací. Celkem se výzkumu zúčastnilo 75 respondentů, z toho 37 mužů a 38 žen ve věku 40 až 89 let. Výzkumu jsem měla možnost se aktivně účastnit a s pacienty na vyplňování dotazníku spolupracovat. Zřejmě z tohoto důvodu byla návratnost dotazníků 100 %.

Hlavním cílem bylo zjistit, zda jsou pacienti dostatečně informováni o své nemoci a zda pochopili informace, které o své nemoci získali. Z tohoto cíle jsem si vytvořila tři dílčí cíle, ke kterým jsem vytvořila tři hypotézy, které jsem svým zkoumáním následně ověřovala. Pro ověření hypotéz jsem vytvořila dotazník o 24 otázkách, který obsahoval otázky otevřené, uzavřené a polootevřené. Tyto otázky

byly zaměřeny na souvislost mezi věkem, pohlavím a informovaností a dodržováním léčebného režimu. Dílčí data pro jednotlivé hypotézy jsem statisticky zpracovala a pro potvrzení svých hypotéz jsem použila Chí kvadrát test. Na základě svého výzkumu jsem vytvořila edukační materiál, sloužící všeobecným sestřám k edukaci pacientů s arteriální hypertenzí v ordinacích praktických lékařů, internistů a kardiologů.

První hypotéza mapovala, zda existuje souvislost mezi pohlavím a vědomostmi o hypertenzi. V této hypotéze jsem zjišťovala, zda existuje souvislost mezi pohlavím a informovaností pacientů. V otázkách jsem se zaměřila na znalost režimových opatření a na výskyt diabetu a hyperlipidémie. Z praxe vím, že jsou ženy všeobecně více ukázněné než muži. Myslela jsem si tedy, že ženy budou více informované a léčebný režim budou lépe dodržovat. Podle studie NHYNES je totiž menší výskyt kardiometabolického syndromu, do kterého patří i hypertenze, u žen v produktivním věku. Podle této studie je výskyt kardiometabolického syndromu závislý na pohlaví a věku. Tedy se stoupajícím věkem stoupá i prevalence KMS, přičemž u mužů nad 50 let je prevalence 32 % a u žen nad 50 let 30 %. Mezi rizikové faktory kardiometabolického syndromu patří i vysoký cholesterol, diabetes a množství tukové tkáně. (Rosolová, 2013)

Na základě těchto údajů jsem se snažila ověřit, zda tato teorie koresponduje s respondenty, kteří se zúčastnili mého výzkumu. Z mého výzkumu vyplívá, že více než polovina dotázaných věděla, jakou dietu by měli držet, pokud jsou hypertonicí, a více než polovina byla schopna vyjmenovat zásady této diety. To jsem brala jako pozitivní fakt. Ovšem v otázce č. 8 jsem byla překvapena tím, že 48 dotázaných tuto dietu vůbec nedrží. Vzhledem k tomu, že dodržování diety je jedním z hlavních nefarmakologických léčebných postupů (Svačina, 2010), bylo pro mě toto zjištění překvapující a zklamalo mě. Očekávala jsem totiž, že z výsledků vyplyne, že pacienti zásady diety neznají a proto ji tedy nedodržují. Ovšem nepochopila jsem, proč dietu nedodržují, když více než polovina přesně ví, jaká jsou její pravidla. Můžeme se snad zamyslet nad tím, zda by nebylo možné více zdůrazňovat dietní opatření v edukaci pacientů, tak aby opravdu pochopili, jak je to důležité pro jejich zdravotní stav a léčbu. Smutným faktem je, že v otázce zda je rodina nápomocna při dodržování dietního režimu odpovědělo 52 pacientů, že jim rodina nepomáhá. Zde je opět k zamyšlení, jak do edukace zapojit i rodinu. Jako pozitivní lze uvést, že v otázce zaměřené na příjem kuchyňské soli uvedlo

55 pacientů, že nemají potřebu příliš solit své jídlo. Omezení soli, je totiž hlavním dietním opatřením při léčbě hypertenze. (Svačina, 2010)

K léčbě dietou patří také aktivní způsob života a snižování váhy sportovní aktivitou. To že výskyt arteriální hypertenze souvisí s přítomností nadměrného tuku, bylo prokázáno v průzkumech z roku 2010. (Widimský, 2012). Z mého zkoumaného souboru vyplynulo, že jen 14 pacientů se nevěnuje žádné pohybové aktivitě. Zbylí dotázaní se věnují sportu či nějaké pohybové aktivitě pravidelně více než jednou týdně. Tento fakt mne velmi překvapil a to vzhledem k veřejnému mínění, že je v populaci málo pohybu. Často pacientům v ordinaci připomínám, že je vhodné se hýbat, že pohyb je pro jejich zdraví velkým přínosem. Mohu tedy věřit, že alespoň několik pacientů se mou radou řídí a to mne těší. V rámci režimových opatření jsem se také zaměřila na procento kuřáků mezi respondenty. Je totiž prokázáno, že se kouření významně podílí na vzniku kardiovaskulárního onemocnění. (Gregor, Hejrová, 2010). Podle zjištěných dat, odpovědělo 54 pacientů, že jsou nekuřáci. Vím, že většina těchto nekuřáků jsou tzv. stop kuřáci, tedy kuřáci, kteří už delší dobu nekouří a daří se jim tento zlovyk neobnovovat. Je tedy pro mě pozitivní informace, že je těchto pacientů více než polovina.

Můj předpoklad, že je informovanost pacientů závislá na pohlaví se ale nepotvrdila. V celé části dotazníku, zaměřené na pohlaví, pacienti odpovídali téměř totožně, a to bez rozdílu pohlaví. Lze tedy konstatovat, že pohlaví neovlivňuje informovanost o onemocnění arteriální hypertenze, tedy přijímáme nulovou verzi 1. hypotézy.

V druhé hypotéze jsem se snažila zjistit, zda je při léčbě hypertenze rozhodující věk pacientů. Bylo pro mě důležité, do jaké míry věk ovlivňuje compliance pacientů v léčbě. Snažila jsem se prokázat, že na dodržování medikace má vliv věk. Předpokládala jsem totiž, že s vyšším věkem, bude pravidelnost užívání léku klesat, že pro starší pacienty je věk jistým handicapem a že pro ně bude pravidelné užívání léků problém. Vím, že pacienti v naší ordinaci často zapomínají, nebo si nejsou jisti, zda léky v daný den vůbec užili.

Podle výzkumu MUDr. Widimského z roku 2010, je nejvíce léčených hypertoniků ve věkové skupině 60 až 69 let. ((Widimský, 2012) Zajímalo mě, zda se tento výzkum týká i pacientů v naší ordinaci. Předpokládala jsem totiž, že pacienti léčení s arteriální hypertenzí v naší ordinaci jsou starší než 70 let. Údaje z mého výzkumu se ale shodovali s údaji MUDr. Widimského. To znamená, že opravdu největší procento léčených hypertoniků je ve věku do 70 ti let, což v dnešní době můžeme brát vlastně jako věk produktivní a to vzhledem k tomu, že většina pacientů od 60 do 69 ti let stále pracuje nebo žije velmi aktivním způsobem života. To možná vysvětluje, proč je compliance pacientů při léčbě tak vysoká. Tento fakt mě příjemně překvapil a jsem ráda, že pacienti dodržují doporučení lékaře.

Pro 2. hypotézu tedy přijímáme její nulovou verzi. Lze konstatovat, že věk pacientů nemá vliv na dodržování léčebného režimu.

Ve třetí hypotéze jsem se snažila ověřit, zda vysoké finanční náklady na léčbu ovlivňují přístup pacientů k jejich onemocnění. Třetí hypotéza měla potvrdit, že výše úhrady je pro pacienty rozhodující při užívání léků. Věřila jsem, že vysoký doplatek pacienty odradí a své léky nebudou užívat, pacienti si totiž často stěžují, že v lékárně příliš na své léky doplácí.

Pro většinu dotázaných, by byl problém investovat finanční částku za pořízení vlastního tlakoměru. Přitom dle Homolky, 2010 je domácí monitorace nedílnou součástí úspěšné léčby hypertenze.

Polovina dotázaných by také uvítala nižší doplatky za léky. Zde jsem tedy předpokládala, že pacienti léky s vysokým doplatkem nebudou užívat dle doporučení lékaře. Proto jsem byla velmi překvapená, když v otázce č. 23 odpovědělo 54 respondentů, že by si léky s vysokým doplatkem vyzvedlo a užívalo podle dávkování určeného lékařem. Zde je možná k zamyšlení otázka, zda by bylo možné aktivně pacienty informovat o možnosti léku s nižším doplatkem.

Jako další cíl jsem si určila vytvoření edukačního materiálu, který poslouží jako pomůcka pro sestry, které přichází do kontaktu s pacienty s arteriální hypertenzí a mají možnost tyto pacienty edukovat o jejich onemocnění. Ve svém výzkumu jsem totiž zjistila, že pacienti sice znají zásady a pravidla v léčbě arteriální hypertenze, ale mnohdy tato doporučení vůbec nedodržují. Myslím si, že je vhodné pacienty edukovat opakovaně, třeba při každé kontrole v ordinaci lékaře. Je ovšem otázkou, zda je tento cíl reálný, vzhledem k časovému prostoru, který je pro pacienta určen a k množství pacientů kteří připadají denně na jednoho lékaře. Vytvořila jsem tedy edukační materiál, který pacientům jednoduše vysvětlí podstatu onemocnění a rizika s ním spojená. Zaměřila jsem se hlavně na režimová opatření, protože dle výzkumu v nich mají pacienti stále rezervy.

12 Doporučení pro praxi

V bakalářské práci jsem zjistila nedostatky v režimových opatřeních u pacientů. Je tedy potřeba poskytnout sestřím edukační materiál, který jim usnadní informovat pacienty a zlepšovat jejich vědomosti o jejich onemocnění.

Doporučení pro praxi shrnuji v edukačním materiálu (viz Příloha č. 2), podle kterého by sestry mohli edukovat pacienty v ordinacích praktických lékařů, internistů a kardiologů.

13 Závěr

Ve své práci jsem se věnovala edukaci pacientů s arteriální hypertenzí. Pracuji 6 let v ordinaci praktického lékaře a internisty a s nemocnými hypertoniiky přicházím

denně do kontaktu. Víím tedy, jak ke své nemoci přistupují a také víím, že ne všichni pacienti svou nemoc berou vážně. Právě tato zjištění mě vedla k tomu, zajistit pacientům kvalitní informace a rozšířit tak jejich vědomosti o závažnosti onemocnění a o možnostech léčby.

V teoretické části jsem se věnovala popisu onemocnění, možnostem léčby a jeho komplikacím. V závěru této části jsem se podrobně věnovala edukaci, která je hlavním tématem. Snažím se popsat podstatu edukace a podrobně rozebrat její význam v ošetřovatelství. Také jsem se zaměřila na edukaci o hypertenzi a to hlavně na režimová opatření a domácí monitoraci krevního tlaku.

V praktické, výzkumné části jsem se pak snažila věnovat cílům, které jsem si na začátku stanovila. Ty jsem se pokusila naplnit pomocí hypotéz, které jsem k cílům vytvořila.

V prvním a druhém cíly jsem s pomocí dotazníku ověřovala znalosti a informovanost pacientů s hypertenzí, kteří už měli nějaké informace znát z předchozích edukací. V třetím cíly jsem si pak stanovila vytvořit reedukační materiál, který bude sloužit jako pomůcka v edukaci.

U všech hypotéz, které jsem vytvořila, se statistickým zkoumáním potvrdila jejich nulová hodnota. Tedy jsem vyvrátila, své původní předpoklady a v hypotéze č. 1 jsem zjistila, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi pohlavím a informovaností. V hypotéze č. 2 se potvrdilo, že neexistuje významná souvislost mezi věkem a dodržováním léčebného režimu a v hypotéze č. 3 se ukázalo, že neexistuje souvislost mezi úhradou za lék a jeho užíváním. U všech hypotéz jsem tedy přijala nulovou hypotézu.

14 Seznam bibliografických citací

DÍTĚ, Petr a kol. *Vnitřní lékařství I*. Brno: Vydavatelství MU, 2005, 169s, ISBN 80-210-3671-0.

GREGOR, Pavel a Vlasta, HEJROVÁ. *Diety při onemocnění hypertenzí – nové recepty*. Praha: MAC, 2010, 32s. ISBN 978-80-86783-43-7.

HOMOLKA, Pavel a kolektiv. *Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy*. Praha: Grada, 2010, 208s. ISBN 978-80-247-2896-4.

HUGO, Jan a VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. 10vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 520s. ISBN 978-80-7345-262-9.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010, 76s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 4.vyd. Praha: Galén, 2011, 1174s. ISBN 978-807-2627-059.

KLENER, Pavel. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3.vyd. Praha: Galén, 2009, 324s. ISBN 978-807-2626-434.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 176s. ISBN 978-80-247-6654-6.

MAREK, Josef a kol. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4.vyd. Praha: Grada, 2010, 808s. ISBN 978-80-247-2639-7.

NAVRÁTIL, Leoš a kolektiv. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008, 424s. ISBN 978-80-247-2319-8.

PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Prediabetes, prehypertenze, dislipidemie a metabolický syndrom*. Praha: Maxdorf, 2012, 315s. ISBN 978-80-7345-272-8.

PERUŠIČOVÁ, Jindřiška, Klára Owen a Petr NĚMEC. *Diabetes mellitus a inzulínová rezistence, dislipidemie, hypertenze, dna*. Praha:Maxford,2013,146s. ISBN 978-80-7345-353-4.

ROSOLOVÁ, Hana. *Kardiometabolický syndrom*. Praha: Maxdorf, 2013, 101s, ISBN 978-80-7345-323-7.

SOUČEK, Miroslav a kolektiv. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada, 2011, 1788s, ISBN 978-80-247-2110-1.

SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2.vyd. Praha: Grada, 2014, 264s. ISBN 978-80-247-4823-8.

SVÁČINA, Štěpán. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén, 2010, 505s. ISBN 978-80-7262-676-2.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. Praha:Galén,2012,63s. ISBN 978-80-7262-845-2.

WIDIMSKÝ, Jiří a kol. *Antagonisté renin-angiotenzin-aldosteronového systému*. Praha: Triton, 2011, 325s. ISBN 978-80-7387-499-5.

WIDIMSKÝ, Jiří jr. a kolektiv. *Arteriální hypertenze – současné klinické trendy X*. Praha:Triton, 2012, 190s. ISBN 978-80-7387-569-5.

WIDIMSKÝ, Jiří jr. a kolektiv. *Arteriální hypertenze- současné klinické trendy VII. symposium sborník přednášek*. Praha:Triton, 2009, 150s. ISBN 978-80-7387-269-4.

ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 2011, 220s. ISBN 978-80-246-1931-6.

Zahraniční zdroje:

CRAWFORD, Michael H. *Cardiology*. 3rd ed. Philadelphia: Mosby/Elsevier, c2010, xxvi, 1953 p. ISBN 07-234-3485-9.

15 Seznam příloh

Příloha č. 1 Edukační materiál

Příloha č. 2 Výzkumný dotazník

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1 Pohlaví

Tabulka č. 2 Věk

Tabulka č. 3 Kouření

Tabulka č. 4 Druh konzumovaného alkoholu

Tabulka č. 5 Množství vypitého alkoholu

Tabulka č. 6 množství vypité kávy

Tabulka č. 7 Onemocnění diabetem

Tabulka č. 8 Dieta vhodná pro hypertoniky

Tabulka č. 9 Tři dietní zásady

Tabulka č. 10 Dodržování diety

Tabulka č. 11 Pomoc rodiny v dietním režimu

Tabulka č. 12 Používání soli

Tabulka č. 13 Druh pohybové aktivity

Tabulka č. 14 Množství pohybové aktivity

Tabulka č. 15 Znalost hladiny cholesterolu

Tabulka č. 16 Hypercholesterolemie

Tabulka č. 17 Správné užívání medikace

Tabulka č. 18 Znalost své medikace

Tabulka č. 19 domácí monitorování

Tabulka č. 20 Evidence naměřených hodnot

Tabulka č. 21 Zakoupení tlakoměru

Tabulka č. 22 Doplatek za léky

Tabulka č. 23 Výše doplatku

Tabulka č. 24 Užívání léků s vysokým doplatkem

Tabulka č. 25 Docházející medikace

Tabulka č. 26 Pohlaví x informovanost

Kontingenční tabulka č. 27 Statistické testování: pohlaví x informovanost

Tabulka č. 28 Věk pacientů x dodržování či nedodržování doporučení

Kontingenční tabulka č. 29 Statistické testování: věk x dodržování režimu

Tabulka č. 30 Doplatek x užívání léku

Kontingenční tabulka č. 31: Úhrada ze léky x dodržování medikace

Seznam grafů

Graf č. 1 Pohlaví

Graf č. 2 Věk

Graf č. 3 Kouření

Graf č. 4 Druh konzumovaného alkoholu

Graf č. 5 Množství vypitého alkoholu

Graf č. 6 množství vypité kávy

Graf č. 7 Onemocnění diabetem

Graf č. 8 Dieta vhodná pro hypertoniky

Graf č. 9 Tři dietní zásady

Graf č. 10 Dodržování diety

Graf č. 11 Pomoc rodiny v dietním režimu

Graf č. 12 Používání soli

Graf č. 13 Druh pohybové aktivity

Graf č. 14 Množství pohybové aktivity

Graf č. 15 Znalost hladiny cholesterolu

Graf č. 16 Hypercholesterolemie

Graf č. 17 Správné užívání medikace

Graf č. 18 Znalost své medikace

Graf č. 19 domácí monitorování

Graf č. 20 Evidence naměřených hodnot

Graf č. 21 Zakoupení tlakoměru

Graf č. 22 Doplatek za léky

Graf č. 23 Výše doplatku

Graf č. 24 Užívání léků s vysokým doplatkem

Graf č. 25 Docházející medikace

Graf č. 26 Věk x dodržování režimu

Graf č. 27 Výše doplatku za léky a dodržování medikace

Příloha č. 1 Edukační materiál

Arteriální hypertenze



Edukační materiál pro pacienty s arteriální hypertenzí

Co je krevní tlak?

Krevní tlak je tlak krve, kterým krev působí na stěnu cév. Tento tlak je důsledkem činnosti srdce, které pumpuje krev do těla. Krevní tlak má dvě hodnoty, jednu vyšší, systolickou a jednu nižší, diastolickou. Tyto hodnoty by se měli pohybovat maximálně do 140/90 mmHg, v klidu. Pokud jsou tyto hodnoty trvale vyšší mluvíme o vysokém krevním tlaku – hypertenzi.

Co mi hypertenze způsobuje?

- Vysoký krevní tlak poškozuje srdce, protože je přetíženo a může tak zvětšovat svůj objem. To vede k jeho snížené funkci a to se může projevit dušností v při námaze ale třeba i v klidu.
- Vysoký krevní tlak je jedním z rizikových faktorů cévních mozkových příhod. Pokud se tedy vysoký tlak neléčí, je zde vyšší riziko, že vám hrozí mrtvička.
- Vysoký krevní tlak poškozuje ledviny. Ledvinami protéká velké množství krve, pokud ale působí vysokým tlakem na krevní zásobení ledvin jsou tím ledviny poškozovány a mohou mít porušenou funkci. To vede například k otokům dolních končetin.
- Hypertenze poškozuje také na cévy, které zásobují všechny orgány v těle. Jedním z těchto orgánů je také oko, které je na vysoký tlak v cévách velmi citlivé a dlouhodobé působení neléčeného vysokého tlaku vede k poškození krevního zásobení oka a následně až k slepotě.

Proč mám vysoký tlak?

Příčina vysokého krevního tlaku je často neznámá. Je ale mnoho faktorů, které toto onemocnění podporují. Patří mezi ně genetický předpoklad. Pokud tedy máte v rodině příbuzné s vysokým tlakem je velice pravděpodobné, že jste toto onemocnění zdědil/a. Dalšími faktory, které mají vliv na vznik hypertenze, jsou obezita, nadměrné užívání alkoholu a soli, kouření, nedostatek pohybu a špatná životospráva.

Musím podstoupit nějaká vyšetření?

Ano. Váš praktický lékař, nebo internista vás nejdříve vyšetří v ordinaci. Lékař bude při pravidelných kontrolách, na které budete chodit, měřit váš tlak tlakoměrem. Dalšími možnými vyšetřeními může být natočení EKG, které ukáže, zda vaše srdce pracuje správně. Vhodné je vyšetření očním lékařem, který zjistí, zda tlak nepoškodil krevní zásobení očí. Lékař dále může poslat na sonografické vyšetření srdce, které se jmenuje echokardiografie. To dokáže ukázat celé srdce a zjistit, zda není poškozená některá z jeho částí. Nemocným je možné krevní tlak měřit dlouhodobě, přístrojem, který se jmenuje tlakový holter. Tento přístroj nosí pacient např. 24hodin a je mi v pravidelných intervalech měřen tlak. Naměřené hodnoty se ukládají na vnitřní paměť přístroje. Tyto hodnoty pak lékaři ukážou, jak se mění hodnoty vašeho krevního tlaku během dne a při různých činnostech které běžně děláte. V rámci kontroly vašeho zdravotního stavu bude jistě nutné odebrat vám krev na různá vyšetření. Lékař poté tyto hodnoty vyhodnotí. Na jaká další vyšetření půjdete, určí váš lékař, žádné z nich ale není bolestivé nebo nějak omezující.

Jak se tato nemoc léčí?

Cílem léčby je trvale snížit váš tlak pod hodnoty 140/90 mmHg. Toho lze dosáhnout režimovými opatřeními, která jsou hlavně ve vašich rukou a také užíváním léků, které vám může naordinovat váš lékař. To zda budete muset užívat léky záleží na vašem zdravotním stavu, zda dodržíte doporučení, která vám lékař dal a na závažnosti vaší hypertenze. O léčbě ale vždy rozhoduje lékař.

Mezi hlavní léčebná doporučení patří opatření ve způsobu vašeho života, která ovlivníte jen vy a díky nim je léčba účinnější.

Doporučení:

- **Snížit příjem energie.** To znamená **jíst zdravě**. Do jídelníčku by měla být přidána zelenina a ovoce. A to minimálně 5 kusů denně. Pokud jste diabetik nebo máte zvýšený cukr v krvi, je vhodné se o dietě poradit s lékařem nebo sestrou.
- **Zvýšit výdej energie**, to znamená více pohybové aktivity. Nemusí se hned jednat o běhání desítek kilometrů či zvedání těžkých činek. Stačí do vašeho denního režimu přidat více chůze, nebo projížďky na kole. Jakýkoliv pohyb navíc je pro vaše zdraví nedocenitelný.
- **Omezte příjem soli.** Sůl má negativní vliv na krevní tlak. Naučte se solit méně, dochucovat své pokrmy bylinkami a hlídat si i skrytou sůl, která je často přidána do hotových jídel, polotovarů a masných výrobků jako jsou salámy a uzeniny. Pozor si také dávejte na potraviny z pytlíků, jako jsou polévky a koření směsi.
- **Omezte příjem živočišných tuků**, jsou hlavní příčinou vzniku obezity. Jezte potraviny bohaté na hodné tuky, jako jsou ryby, semínka, oříšky a za studena lisované rostlinné oleje.
- Pokud kouříte, zkuste se s lékařem či sestrou poradit, jak s tímto zlovykem skončit. Negativně totiž ovlivňuje kardiovaskulární systém. Existují centra na odvykání kouření, či léky, které vám v začátku odvykání pomohou.

- Snižte příjem alkoholu. Doporučují se přibližně 2 malá piva pro muže a jedno malé pivo pro ženy.
- **Zvyšte příjem potravin s nízkým glykemickým indexem.** Jsou to potraviny, které vás zasytí na delší dobu a dodají vám více energie. Patří mezi ně celozrnné výrobky, ovesné vločky, bulgur, kus kus a celozrnná rýže.
- **Zvyšte příjem kvalitních bílkovin.** Jsou stavební jednotkou svalů a svaly potřebujeme, abychom se mohli věnovat pohybové aktivitě. Bílkoviny získáme z libového netučného masa jako je kuřecí, krůtí, králičí či hovězí maso. Velké množství bílkovin je také v luštěninách a mléčných výrobcích.

Užívání léků

Je velmi důležité užívat léky, které vám lékař předepsal. Vysoký krevní tlak se pomocí léků velmi dobře léčí. Pokud ale léky vynecháte, nebo neužíváte tak jak máte naordinováno, tak se tyto hodnoty vrací na původní vysoké hodnoty, které vám jen škodí.

Je možné, že vám po lécích není dobře nebo že jsou příliš drahé. Nebojte se to svému lékaři říct. Určitě vám s tímto problémem pomůže. V dnešní době je možnost předepsat velké množství různých léků, lékař vám tedy může váš lék změnit za jiný.

Domácí měření tlaku

Je vhodné měřit si tlak i doma. Pro tyto potřeby je možné zakoupit v lékárně nebo zdravotnických potřebách tlakoměr k domácímu užívání. Tyto přístroje nejsou příliš drahé, cena se pohybuje kolem 1000Kč. Poradte se s lékařem, jaké přístroje jsou pro vás vhodné a promyslete si tuto investici.

Shrnutí:

- Vysoký krevní tlak je vážné onemocnění a je potřeba dodržovat doporučení vašeho lékaře.
- Jezte zdravě a hýbejte se, je to to nejlepší pro vaše zdraví.
- Nekuřte
- Nesolte příliš
- Užívejte léky dle doporučení lékaře.
- Nebojte se svému lékaři či sestře říct o svých problémech nebo vyjádřit svou nespokojenost s léčbou, vždy je možné léčbu upravit.

Seznam literatury ze které jsem čerpala:

GREGOR, Pavel a Vlasta, HEJROVÁ. *Diety při onemocnění hypertenzí – nové recepty*. Praha: MAC, 2010, 32s. ISBN 978-80-86783-43-7.

KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 4.vyd. Praha:Galén, 2011, 1174s. ISBN 978-807-2627-059.

DÍTĚ, Petr a kol. *Vnitřní lékařství I*. Brno: Vydavatelství MU, 2005, 169s, ISBN 80-210-3671-0.

SVAČINA, Štěpán. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén, 2010, 505s. ISBN 978-80-7262-676-2.

HOMOLKA, Pavel a kolektiv. *Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy*. Praha: Grada, 2010, 208s. ISBN 978-80-247-2896-4.

PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Prediabetes, prehypertenze, dislipidemie a metabolický syndrom*. Praha: Maxdorf, 2012, 315s. ISBN 978-80-7345-272-8.

Autor: Monika Jabbour

Edukační materiál je majetkem TUL, Ústav zdravotnických studií.

Příloha č. 2 Výzkumný dotazník

Výzkumný dotazník

k bakalářské práci

Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Věk:

Pohlaví : žena/ muž

1. Kouříte?

a) Ano

b) Ne

2. Jaký pijete alkohol?

a) Pivo

b) Víno

c) Tvrdý alkohol

d) Žádný

3. Kolik skleniček alkoholu týdně vypijete?

4. Kolik šálků kávy denně vypijete?

5. Jste diabetik?

a) Ano

b) Ne

6. Víte jakou dietu by měl držet nemocný s vysokým krevním tlakem?

a) Ano

b) Ne

7. Pokud ano, vyjmenujte alespoň tři zásady této diety.

8. Držíte tuto dietu?

a) Ano

b) Ne

9. Pomáhá Vám rodina při dodržování dietního režimu? (

a) Ano

b) Ne

10. Když jíte, máte potřebu si často jídlo dosolit?

a) Ano

b) Ne

11. Jakému pohybu se věnujete?

a) Kolo

b) Chůze/ běh

c) Silová cvičení / fitness hodiny

d) Žádnému

e) Jinému, prosím uveďte
jakému.....

.....

12. Pokud se pohybové aktivitě věnujete, jak často?
- a) Méně než 1x týdně
 - b) 1x týdně
 - c) Více než 1x týdně
13. Víte, jakou máte hladinu cholesterolu v krvi?
- a) Ano
 - b) Ne
14. Pokud víte, máte ho zvýšený?
- a) Ano
 - b) Ne
15. Užíváte léky přesně podle doporučení Vašeho lékaře?
- a) Ano
 - b) Ne
16. Víte jak se Vaše léky jmenují?
- a) Ano
 - b) Ne

17. Pokud ano, napište jejich název.
18. Máte doma svůj tlakoměr?
- a) Ano
 - b) Ne
19. Pokud ano, měříte se a zaznamenáváte si hodnoty Vašeho tlaku?
- a) Ano
 - b) Ne
20. Pokud ne, byl byste ochoten/na si zakoupit tlakoměr k domácímu užívání v cenové relaci cca 1000Kč?
- a) Ano
 - b) Ne
21. Jak vysoký doplatek za léky na vysoký tlak měsíčně platíte?
22. Uvítal/a byste léky s nižším doplatkem?
- a) Ano
 - b) Ne

23. Pokud je lék s vysokým doplatkem:
- a) Vyzvednete si ho a budete ho užívat dle doporučení lékaře.
 - b) Vyzvednete si ho, ale upravíte si dávkování, aby Vám léky vydrželi déle.
 - c) Nevyzvednete si ho, protože je příliš drahý a nebudete užívat nic. Však se nic hrozného nestane.
 - d) Poprosím svého lékaře, aby mi předepsal léky s nižším doplatkem.
24. Pokud má Váš lékař dovolenou a Vám dochází léky, jak se zachováte?
- a) Dojdu si pro ně k zastupujícímu lékaři
 - b) Budu si zbylé léky pūlit a počkám na svého lékaře.
 - c) Vydržím to bez léků, než se můj lékař vrátí.

Děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Monika Jabbour

