

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

DIPLOMOVÁ PRÁCA

2018

Bc. Anna Džurňáková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Bc. Anna Džurnáková

**Psychometrická validizácia PIH škály u pacientov s chronickým
kardiovaskulárnym ochorením**

Diplomová práca

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

Olomouc 2018

Prehlasujem, že diplomovú prácu som vypracovala samostatne a použila len uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 2018

.....

Podpis

Prehlásenie o dedikácii projektu

Realizácia výskumu diplomovej práce Bc. Anny Džurnákovéj s témou *Psychometrická validizácia PIH škály u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením* bola finančne podporená v rámci Študentskej grantovej súťaže na Univerzite Palackého v Olomouci v roku 2017. Diplomová práca je dedikovaná projektu IGA_FZV_2017_003 *Psychometrická validizácia PIH škály u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením*.

Spoluriešiteľka projektu Bc. Anna Džurnáková sa v rámci projektu podieľala na psychometrickej validizácii PIH škály, distribúcii dotazníkov a na príprave podkladov pre spracovanie dát. Vyššie uvedené skutočnosti o vymedzení rozsahu činnosti Bc. Anny Džurnákovéj dokladá *Záverečná správa o riešení projektu Študentskej súťaže na Univerzite Palackého v Olomouci (2017)*.

V Olomouci

RNDr. Eva Reiterová, Ph.D.

riešiteľka projektu

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

spoluriešiteľka projektu

Bc. Anna Džurnáková

spoluriešiteľka projektu – študent

Bc. Eva Prušová

spoluriešiteľka projektu – študent

Touto cestou chcem poďakovať RNDr. Eve Reiterovej, Ph.D. za ústretovosť, odborné vedenie, poznatky, cennú odbornú a metodickú pomoc, ktorú mi pri vypracovaní mojej diplomovej práce odovzdala.

Výskumné šetrenie prebiehalo v rámci projektu študentskej grantovej súťaže na Univerzite Palackého v Olomouci (IGA_FZV_2017_003) a bolo schválené Etickou komisiou Fakulty zdravotníckych vied Univerzity Palackého v Olomouci.

ANOTÁCIA

Typ záverečnej práce:	Diplomová práca
Téma práce:	Štandardizácia a validizácia testov a dotazníkov používaných v zdravotníctve
Názov práce:	Psychometrická validizácia PIH škály u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením
Názov práce v AJ:	Psychometric validation PIH of patients with chronic cardiovascular diseases
Dátum zadania:	2017-01-24
Dátum odovzdania:	2018-07-02
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotníckych vied Ústav ošetrovatelství
Autor práce:	Bc. Anna Džurnáková
Vedúci práce:	RNDr. Eva Reiterová, Ph.D.
Oponent práce:	
Abstrakt v SJ:	Diplomová práca sa zaoberá psychometrickou validizáciou PIH škály u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením. PIH škála (Partners in Health), sprostredkúva informácie k posúdeniu obecných znalostí, postojov a chovania v rámci sebariadenia (self-managementu). V práci poukazujeme na metódy a techniky, ktoré slúžia k psychometrickému meraniu. V rámci výskumného šetrenia bola prevedená psychometrická validizácia PIH škály, aplikovaná na súbor 432 pacientov. Medzi čiastkové ciele psychometrického spracovania patrí zistenie vnútornej konzistencie škály, veľkosť koeficientu reliability a testovanie konštruktivej validity pomocou faktorového modelu na sledovanom súbore pacientov za použitia programov Excel, Statistica.cz a IBM SPSS. Na základe získaných poznatkov bola potvrdená reliabilita a konštruktová validita PIH škály a získal sa

štandardizovaný merací nástroj na stanovenie úrovne self-managementu, ktorý je možno použiť v prevencii poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v sociokultúrnych podmienkach Českej republiky.

Abstrakt v AJ:

The diploma thesis discusses the psychometric validation of the PIH scale of patients suffering a chronic cardiovascular diseases. PIH scale (Partners in Health) provides information for reviewing a general knowledge, attitude and behavior with the scope of self-management. We are pointing to methods and techniques, which serve for psychometric measurements. Within the frame of the research a psychometric PIH scale validation was executed on the sample of 432 patients. Some of the partial targets of the psychometric processing includes finding the inner scale consistency, the magnitude of the reliability coefficient and construct validity testing by a factor model on the observed patients using Excel, Statistica.cz and IBM SPSS. Based on the obtained information the reliability and the construct validity of the PIH scale was confirmed and a standardized measuring tool for estimating the level of self-management, which can be used for health care providers prevention in socio-cultural conditions of Czech Republic was obtained.

Kľúčové slová v SJ:

Self-management, chronické kardiovaskulárne ochorenie, PIH škála, psychometrická validácia, reliabilita, Exploračná faktorová analýza

Kľúčové slová v AJ:

Self-management, chronic cardiovascular disease, PIH scale, psychometric validation, Exploratory factor analysis

Rozsah:

91 strán/11 príloh

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 POPIS REŠERŠNEJ ČINNOSTI.....	11
2 KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIE	12
3 SELF-MANAGEMENT.....	14
3.1 SELF-MANAGEMENT A CHRONICKÉ OCHORENIE.....	16
4 ROLA SESTRY V PREVENCII.....	21
5 KVALITA ŽIVOTA	23
5.1 KVALITA ŽIVOTA A CHRONICKE OCHORENIE	25
5.2 KVALITA ŽIVOTA V OŠETROVATELSTVE	26
5.3 MERANIE KVALITY ŽIVOTA.....	27
5.4 HODNOTENIE KVALITY ŽIVOTA.....	29
5.5 NÁSTROJE MERANIA KVALITY ŽIVOTA	31
6 PSYCHOMETRICKE MERANIE.....	34
6.1 VALIDITA VÝSKUMNÉHO NÁSTROJA	35
6.2 RELIABILITA VÝSKUMNÉHO NÁSTROJA.....	38
7 VÝSKUM ZAMERANÝ NA PSYCHOMETRICKÚ VALIDIZÁCIU PIH ŠKÁLY	41
7.1 CIEĽ VÝSKUMU	41
7.2 VEĽKOSŤ VÝSKUMNÉHO SÚBORU.....	41
7.3 CHARAKTERISTIKA SÚBORU.....	42
7.4 REALIZÁCIA VÝSKUMU	42
7.5 METODIKA VÝSKUMU	43
7.6 VÝSLEDKY VÝSKUMU.....	45
DISKUSIA	59
ZÁVER.....	64
LITERÁRNE ZDROJE	66
ZOZNAM TABULIEK	72
ZOZNAM OBRÁZKOV	73
ZOZNAM PRÍLOH.....	74

ÚVOD

Prevzatie kontroly nad svojou chorobou je kľúčom k úspechu. Self-care je schopnosť pacienta samostatne uspokojovať obvykle potreby, ktoré pomáhajú udržiavať zdravie. Starostlivosť o chorých nie je len na zodpovednosti zdravotníckeho tímu, úspech liečebného plánu závisí na aktívnom zapojení chorého. Aby ošetrovateľská starostlivosť mohla byť efektívna a prispôbená potrebám pacienta, je dôležité pomocou meracích nástrojov posúdiť sebariadenie a sebestačnosť pacienta.

Kardiovaskulárne choroby sú podľa štatistických ukazovateľov dlhodobo najčastejšie príčiny smrti vo svete. Na tieto choroby ročne zomiera približne 12 miliónov ľudí (Valachovičová, 2014, s. 83). Sú jedným z najrozšírenejších chronických ochorení a dlhodobo im patrí dominantná pozícia v príčinách hospitalizácie v zdravotníckych zariadeniach (Rovný, 2011, s. 233). Pri riešení tohto problému do budúcnosti je dôležitá edukácia celej populácie a prevencia, čo je v prípade ochorenia predovšetkým zdravý životný štýl. Úspech je daný aktívnym zapojením pacienta do ozdravného procesu a vytvorením dôvery medzi pacientom a zdravotníkom. Trendom súčasnej doby je preto zameranie sa na sebariadenie, takzvaný self-management pacienta (Hall et al., 2016, s. 5). Self-management pacienta je výsledkom stále viac uznávaného faktu, že zníženie rizika a zlepšenie výsledkov liečby nezávisí výhradne len na práci zdravotníckych pracovníkov, ale rovnako tak závisí i na spolupráci a chovaní pacienta (Nagyová, 2011, s. 16).

Pre hodnotenie self-managementu je možné použiť škálu Partners in Health (PIH, Škála partnerov v zdraví), jej názov vychádza zo základného princípu vytvorenia partnerského vzťahu medzi pacientom a zdravotníkom. V roku 2015 bola v rámci projektu IGA na Fakulte zdravotníckych vied Univerzity Palackého vykonaná obsahová a lingvistická validizácia tejto škály a stanovený formulár záznamu v českej verzii s identifikačnými údajmi. V rámci diplomovej práce sa prevedením psychometrickej validizácie PIH škály, aplikovanej na pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením v sociokultúrnych podmienkach Českej republiky, získa štandardizovaný merací nástroj pre stanovenie úrovne self-managementu. Následne bude možnosť PIH škálu využiť v prevencii poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Validizovaná a štandardizovaná PIH škála bude môcť byť využitá pri naplnení kompetencii všeobecných sestier v oblasti edukácie pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením. Výskumné šetrenie bude organizované a realizované s rešpektovaním požiadaviek etiky výskumu.

Pre orientáciu v problematike a tvorbu diplomovej práce bola preštudovaná táto vstupná literatúra:

GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1.vyd. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie, měření kvality života*. 1 vyd. Praha: Slon. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.

PAYNE, J. et al., 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 629 s. ISBN 807254-657-0.

BENČO, J., 2001. *Metodológia vedeckého výskumu*. Bratislava: IRIS. 194 s. ISBN 80-89018-27-0.

ROVNÝ, I. et al., 2011. *Vybrané kapitoly verejného zdravotníctva I*. Bratislava: PRO. 592 s. ISBN 978-80-89057-33-7.

1 POPIS REŠERŠNEJ ČINNOSTI

Vyhľadávacie kritéria:

Kľúčové slová v SJ: Kvalita života, self-managenent, chronické kardiovaskulárne ochorenie, nástroje kvality života, PIH škála, Exploračná faktorová analýza , psychometrická valdizácia, reliabilita

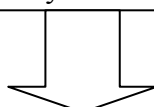
Kľúčové slová v AJ: Quality of life, self-management, chronic illness, chronic cardiovascular disease, Qol tools, PIH scale, Exploratory factor analysis, psychometric validation, reliability

Jazyk: slovenský, český, anglický, nemecký

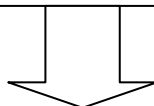
Vyhľadávacie obdobie: 2000 – 2017

Ďalšie vyhľadávacie kritéria:

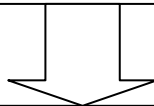
- abstrakt v anglickom jazyku
- odborná periodika
- články týkajúce sa danej problematiky



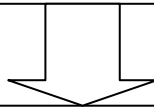
Databázy: BMČ, EBSCO, MEDLINE, GOOGLE scholar, PubMed, ScienceDirect



Dohľadaných článkov celkom 110



Vyrad'ovacie kritéria: duplicitné články a abstrakty
články s odlišnou tematikou



Sumarizácia využitých databáz a dohľadaných dokumentov

BMČ – 8 článkov

EBSCO – 2 články

MEDLINE – 2 články

GOOGLE scholar – 8 článkov

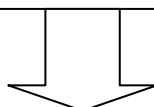
PubMed – 15 článkov

ScienceDirect – 5 článkov

Sumarizácia dohľadaných periodík a dokumentov

Kontakt – 3 články

Interní medicína pro praxi – 2 články

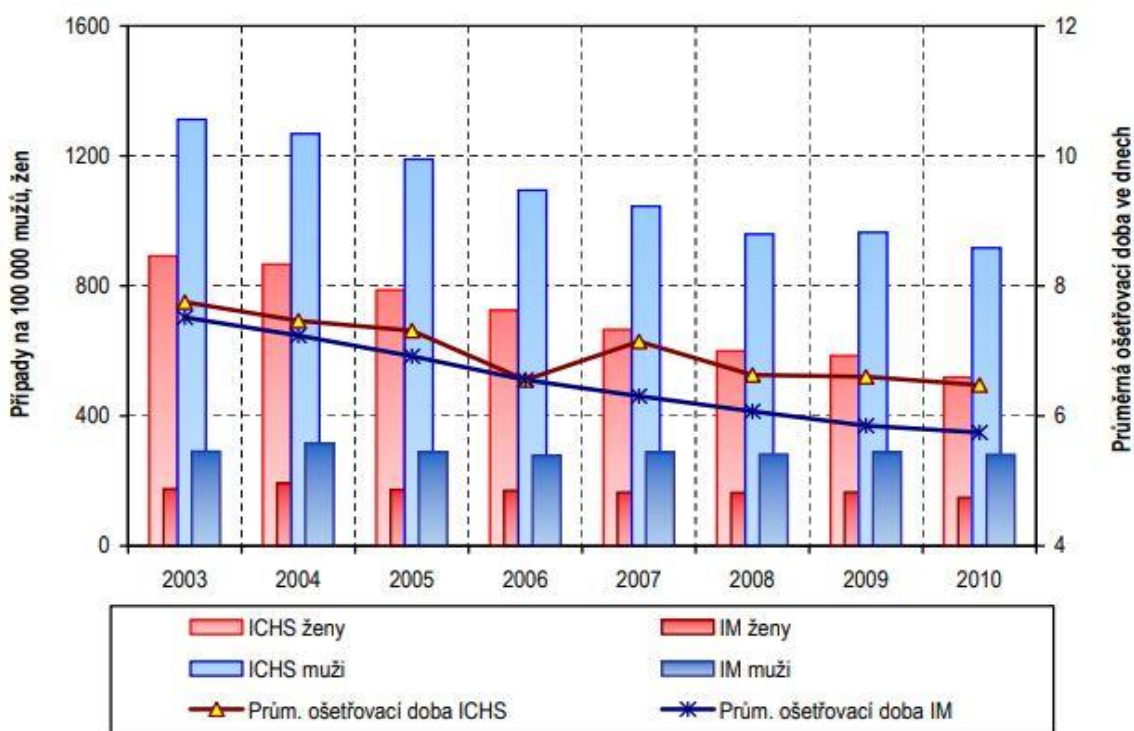


Pre tvorbu teoretických východísk bolo použitých 45 dohľadaných článkov

2 KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIE

Kardiovaskulárne choroby sú podľa štatistických ukazovateľov dlhodobo najčastejšie príčiny smrti vo svete. Sú jedným z najrozšírenejších chronických ochorení a dlhodobo im patrí dominantná pozícia v príčinách hospitalizácie v posteľových zdravotníckych zariadeniach, ako aj v podiele úmrtí zo všetkých príčin smrti, aj napriek pokroku v prevencii, diagnostike, liečbe a rehabilitácii týchto ochorení (Rovný, 2011, s. 233). Patria do skupiny chronických, neprenosných chorôb a predstavujú v súčasnosti najzávažnejšiu skupinu. Týchto ochorení je viacero. Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH 10) sa pre skupinu kardiovaskulárnych chorôb používa všeobecný názov choroby obehovej sústavy. Patrí sem ischemická choroba srdca, cievne mozgové príhody, ochorenie srdca ako hypertenzia, diabetes a chronické obličkové ochorenie so zníženou obličkovou funkciou. Na tieto choroby ročne zomiera približne 12 miliónov ľudí (Valachovičová, 2014, s. 83). Globálna záťaž kardiovaskulárnymi ochoreniami je obrovská. Ide hlavne o ischemickú chorobu srdca a cievnu mozgovú príhodu. Zo všetkých úmrtí na choroby obehovej sústavy je viac ako polovica spôsobených ischemickou chorobou srdca – 54,9% (Rovný, 2011, s. 240). Ukázalo sa, že bez prevencie nezvládneme epidémiu kardiovaskulárnych ochorení. Pre riešenie problému do budúcnosti je dôležitá edukácia pacientov i občanov, to je celej populácie. Správnou edukačnou činnosťou vieme významne predísť úmrtiam na následky infarktu myokardu, zlepšiť prognózu do budúcnosti a zvýšiť kvalitu života pacientov. Dnes už vieme, že prevencia vzniku kardiovaskulárnych ochorení je oveľa dôležitejšia ako ich liečba (Murín, 2014, s. 2-3). Rizikové faktory životného štýlu ako fyzická inaktivita, užívanie tabaku a nezdravá strava môžu vysvetliť takmer 80% kardiovaskulárnych chorôb. Veľký vplyv na kvalitu života má fyzická a emocionálna zložka. Predpokladom úspechu liečby kardiologických pacientov je vzájomná dôvera medzi pacientom a zdravotníckym personálom. Potrebné je klásť dôraz na prevenciu, ktorá je v prípade civilizačných chorôb predovšetkým zdravý životný štýl. Je dôležité diskutovať s pacientmi a ich blízkymi o možnostiach ďalšej liečby a správne zvolenou komunikáciou posilňovať ich dôveru v účinnosť liečby. V praxi je dôležité stále zlepšovať edukačný program – aktívna spolupráca zdravotníkov, pacientov a ich blízkych, holistický prístup a self – management (Zelinkova, 2016, s. 16). Vzhľadom k tomu, že nielen v Českej Republike, ale i v celom západnom svete dochádza v poslednej dobe k značnému rastu chronických ochorení v populácii, je nutné sa venovať problematike komplementárnych nelekárskych prístupov, ktoré môžu zlepšiť celkový zdravotný stav a kvalitu života chorých. Uvedený trend je možné zaznamenať na

příklade vývoja hospitalizovaných na ischemickú chorobu srdca a infarkt myokardu v Českej Republike v rokoch 2003-2010.



Zdroj: materiál ÚZIS ČR

Obrázok 1 Graf vývoja špecificky hospitalizovaných na ICHS a IM

Svetová zdravotnícka organizácia – World Health Organization, pravidelne zverejňuje štatistické dáta týkajúce sa takzvaných Non-communicable diseases (NCD), teda neprenosných, respektíve chronických ochorení. Tieto ochorenia každoročne zabíjajú 40 miliónov ľudí, čo je 70% všetkých úmrtí na celom svete. Najnovšie dáta z Júna 2017 zahrňujú, že každým rokom zomrie na chronické ochorenia 15 miliónov ľudí vo veku od 30 do 69 rokov, viac ako 80% týchto „predčasných“ úmrtí sa vyskytuje v krajinách s nízkymi a strednými príjmami. Kardiovaskulárne ochorenia predstavujú väčšinu úmrtí, až 17,7 milióna ľudí ročne, potom nasleduje rakovina (8,8 milióna), ochorenie dýchacích ciest (3,9 milióna) a diabetes (1,6 milióna). Tieto 4 skupiny ochorení predstavuje viac ako 80% všetkých predčasných úmrtí na chronické neprenosné ochorenia. Používanie tabaku, fyzická nečinnosť, škodlivé používanie alkoholu a nezdravé stravovanie zvyšujú riziko úmrtia. Detekcia, skrining a liečba, ako aj paliatívna starostlivosť sú zase kľúčovými zložkami reakcie. Svetová zdravotnícka organizácia venuje tejto problematike veľmi významnú pozornosť a to hlavne v prevencii a boji proti chronickým ochoreniam (WHO, 2002, s. 103).

3 SELF-MANAGEMENT

V diplomovej práci rozoberáme problematiku podpory manažmentu seba samého. Všetci pacienti sa rozhodujú a angažujú v správaní, ktoré môže narušiť ich zdravie. Podpora manažmentu seba samého splnomocňuje a pripravuje pacientov na manažovanie ich zdravia a zdravotného stavu. Podstatné je, aby bol zdravší pacient, spokojnejší poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a redukované náklady na starostlivosť. Pacient/klient robí dennodenne rozhodnutia o manažmente svojho ochorenia tak, aby pociťoval najvyššiu mieru spokojnosti s vlastným životom a strávil každý deň svojho života na vrchole svojich možností. Vo väčšine výskumov týkajúcich sa hierarchie životných hodnôt ľudí sa zdravie ako hodnota umiestňuje ak nie na prvej, tak na jednej z prvých priečok ich hodnotového rebríčka. Zdravie je dôležitou doménou celkovej kvality života. K tomu, aby sa tento rovnovážny stav udržal, je potrebná značná dávka zodpovednosti za seba, svoje správanie a z toho plynúce dôsledky (Slávik et al., 2004, s. 162).

Self-management je samo-manažment realizovaný pomocou naučených strategických krokov zameraných na prevenciu a exacerbáciu ochorenia a zlepšenie kvality života. Self-management môžeme preložiť ako sebariadenie, respektíve riadenie seba samého. V literatúre sa môžeme stretnúť s rôznymi definíciami tohto pojmu, nakoľko každý autor na neho nahliada z iného uhlu. Profesor Ján Porvazník (2007, s. 250), autor knihy Celostný manažment, definoval tento pojem nasledovne „Sebariadenie je proces skladajúci sa z aktivít a činností, prostredníctvom ktorých si každý pracovník a vlastne každý človek stanovuje svoje pracovné a osobné ciele, plánuje a organizuje ich plnenie a hodnotí dosahovanie“. Self-management nie je v oblasti ošetrovateľstva jednoznačne definovaný a dá sa preložiť ako sebariadenie alebo sebaregulácia. K označeniu sebaregulácie sa používa množstvo termínov, ktoré sa obsahovo prelínajú. Jedná sa o termíny ako sebavedenie, self-management, sebakontrola, vôľa, chcenie, a podobne. Všeobecne môžeme povedať, že sa jedná o schopnosť osoby s chronickým ochorením riadiť príznaky a následky svojho ochorenia zahrňujúcu liečbu, fyzikálne, sociálne aspekty a zmenu životného štýlu (Barlow et al., 2002, s. 177-187). Existuje celá rada iných definícií od tých najvšeobecnejších až po definície priamo sa vzťahujúce k chronickým ochoreniam. Základom procesu riadenia seba samého je polozenie si jednoduchej otázky: „čo chcem a akým spôsobom to dosiahnuť?“ Odpoveďou by mal byť zoznam určitých cieľov, o ktoré jedinec usiluje, spolu s výberom a realizáciou postupov, ktorými to chceme dosiahnuť. Po dosiahnutí cieľov je nutné celý proces spätne zhodnotiť

a preveriť, či bola vybraná správna cesta k dosiahnutiu cieľa, ktorá je v súlade s hodnotami, ktoré uznávame. Obsahom sebariadenia sú nasledujúce funkcie, ktoré podľa časovej postupnosti môžeme zoradiť nasledovne:

- sebauvedomenie alebo sebaakceptovanie,
- sebauplatnenie (sebaaplánovanie, sebaorganizácia, sebakontrola),
- sebarozvoj a sebvzdelávanie.

V praxi a odbornej literatúre sa termín self-management často zamieňa za výraz ako self-care, edukácia pacienta alebo rozhodca v zdravotníctve. Self-care je schopnosť pacienta samostatne uspokojovať obvykle potreby, ktoré pomáhajú udržiavať zdravie. Self-care, sebastarostlivosť, definuje starostlivosť zaisťovanú vlastnými silami. Zahrňuje teda samostatné činnosti pacienta, ktoré pomáhajú udržiavať zdravie. Starostlivosť o chorých nie je len na zodpovednosti zdravotníckeho tímu, úspech liečebného plánu závisí na aktívnom zapojení chorého. Aby ošetrovateľská starostlivosť mohla byť prispôsobená potrebám pacienta, je dôležité pomocou meracích nástrojov posúdiť sebariadenie a sebestačnosť pacienta. Pacienti sú nútení zvládať a riadiť svoje ochorenie sami, bez prítomnosti zdravotníckeho personálu, nielen v domácom prostredí, ale i v práci, v škole a vo voľnom čase. Pacienti musia zdokonaľiť svoje znalosti a skúsenosti v oblasti životného štýlu, choroby a jej komplikácii, liečbe, prevencii a psychických problémov spojených s chronickým priebehom ochorenia. Pre ľudí trpiacimi chronickou chorobou je potrebná komplexná dlhodobá starostlivosť, ktorá zahŕňa koordinované vstupy zo širokej škály zdravotných pracovníkov a dostupnosť základných liečebných a monitorovacích systémov, a to všetko optimálne ukotvené v systéme, ktorý podporuje pacienta (Nolte and McKee, 2008, s. 4-91). Splnomocniť a pripraviť pacienta/klienta na manažovanie vlastného zdravia a zdravotnej starostlivosti s využitím interných a komunitných zdrojov je kľúčovou úlohou sestry nového tisícročia. Efektívna podpora manažmentu seba samého znamená viac, ako len povedať pacientovi čo má robiť. Znamená to uvedenie pacienta do kľúčovej roly v jeho starostlivosti, čo značí aj pociťovať zodpovednosť za vlastné zdravie. To predpokladá využívanie programov sprostredkujúcich informovanosť, emocionálnu podporu a výučbu stratégií pre život s chorobou tak, aby pacient pociťoval v čo možno najvyššej miere spokojnosť s vlastným životom a strávil každý deň svojho života na vrchole svojich možností. Pacient realizuje dennodenne rozhodnutia o manažmente svojho ochorenia, čo navodzuje novú paradigmu zdravotnej starostlivosti. Pacienti sú sami sebe hlavnými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a vzájomnou podporou (Slávik et al., 2004, s. 150).

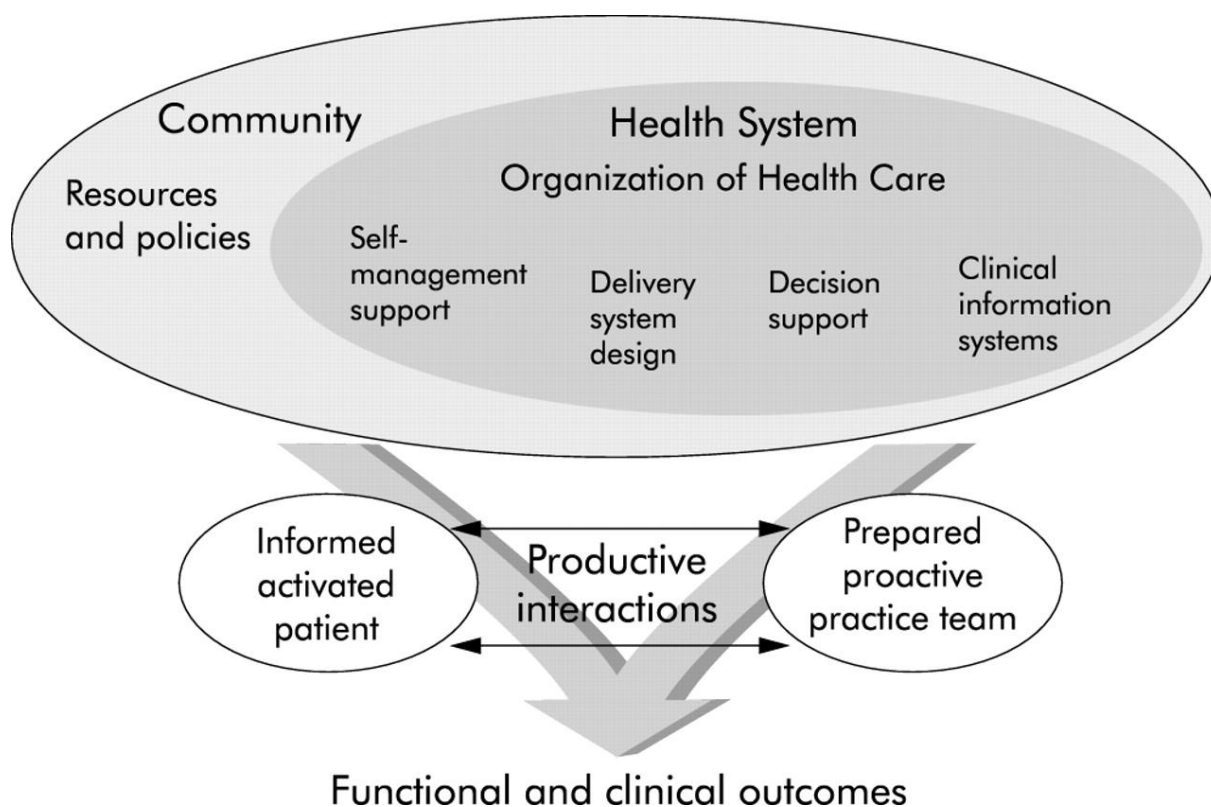
3.1 SELF-MANAGEMENT A CHRONICKÉ OCHORENIE

Jednou z najväčších výziev 21. storočia, ktorým budú musieť čeliť zdravotnícke systémy, bude narastajúca záťaž chronických chorôb (WHO, 2002, s. 100-105). S rastúcim počtom chronických ochorení nie je možné neustále zvyšovať stavy zdravotníckeho personálu, ktorý by sa o týchto pacientov staral. Existuje preto celá rada tzv. komunitných a individuálnych programov sebastarostlivosti a self-managementu, ktorých cieľom je edukácia pacienta a jeho rodiny, inštruktáže self-managementu v rámci daného ochorenia, modifikácia životného štýlu a hlavne emočná a sociálne podpora. Výdobytky moderného zdravotníctva umožňujú prežiť čoraz väčšiemu počtu ľudí s chronickými chorobami vďaka tomu, že ich choroba je kontrolovaná a liečená, ale nie vyliečená. V minulosti boli chronické choroby považované výlučne za problém bohatej a staršej populácie. I keď starnutie populácie je významným faktorom zvyšujúcim percento výskytu chronických ochorení, je dôležité zdôrazniť, že chápanie chronickej choroby ako „choroby starších ľudí“ už nie je adekvátne. Viaceré chronické ochorenia sú spojené s rozhodnutiami v oblasti životného štýlu ako je fajčenie, sexuálne správanie, výživa a fyzická aktivita, ale sú tiež dané genetickou predispozíciou, čoho výsledkom je narastajúci počet mladých ľudí a ľudí stredného veku, u ktorých dochádza k rozvoju určitých foriem chronických zdravotných problémov. Ekonomický dosah chronických chorôb je závažný. Chronické ochorenia znižujú mzdy, pracovné sily, produktivitu práce, tiež zapríčiňujú predčasný odchod do dôchodku, zvyšujú fluktuáciu a pracovnú neschopnosť. Tvorcovia politických rozhodnutí v Európe sa preto čoraz viac snažia nájsť riešenia a vyvinúť stratégie, ktoré by mohli vyvinúť lepšie modely starostlivosti o chronicky chorých, nové modely starostlivosti, ktoré by boli adekvátnejšie pre chorých s komplexnými potrebami (Busse et al., 2010, s. 112).

Self-management (seba-riadenie) pacienta, je kľúčovým prvkom dvoch hlavných modelov starostlivosti o chronicky chorých a je výsledkom stále viac uznávaného faktu, že zníženie rizika a zlepšenie výsledkov nemôže závisieť výhradne len od konania zdravotníckych pracovníkov, ale rovnako závisí aj od konania pacienta. Aktivity self-managementu sú zvyčajne uskutočňované pacientom medzi plánovanými stretnutiami s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Tieto aktivity zahrňujú zvládanie symptómov, ošetrovanie, zmenu životného štýlu a vyrovnávanie sa s fyzickými a psychickými dôsledkami chronickej choroby (Glasgow et al., 2003, s. 565). Cieľom self-managementu je minimalizovať dopad chronickej choroby na fyzický zdravotný stav a fungovanie, napomôcť vyrovnáť sa s psychickými následkami choroby (Lorig et al., 1993, s. 17-28). Spoločným

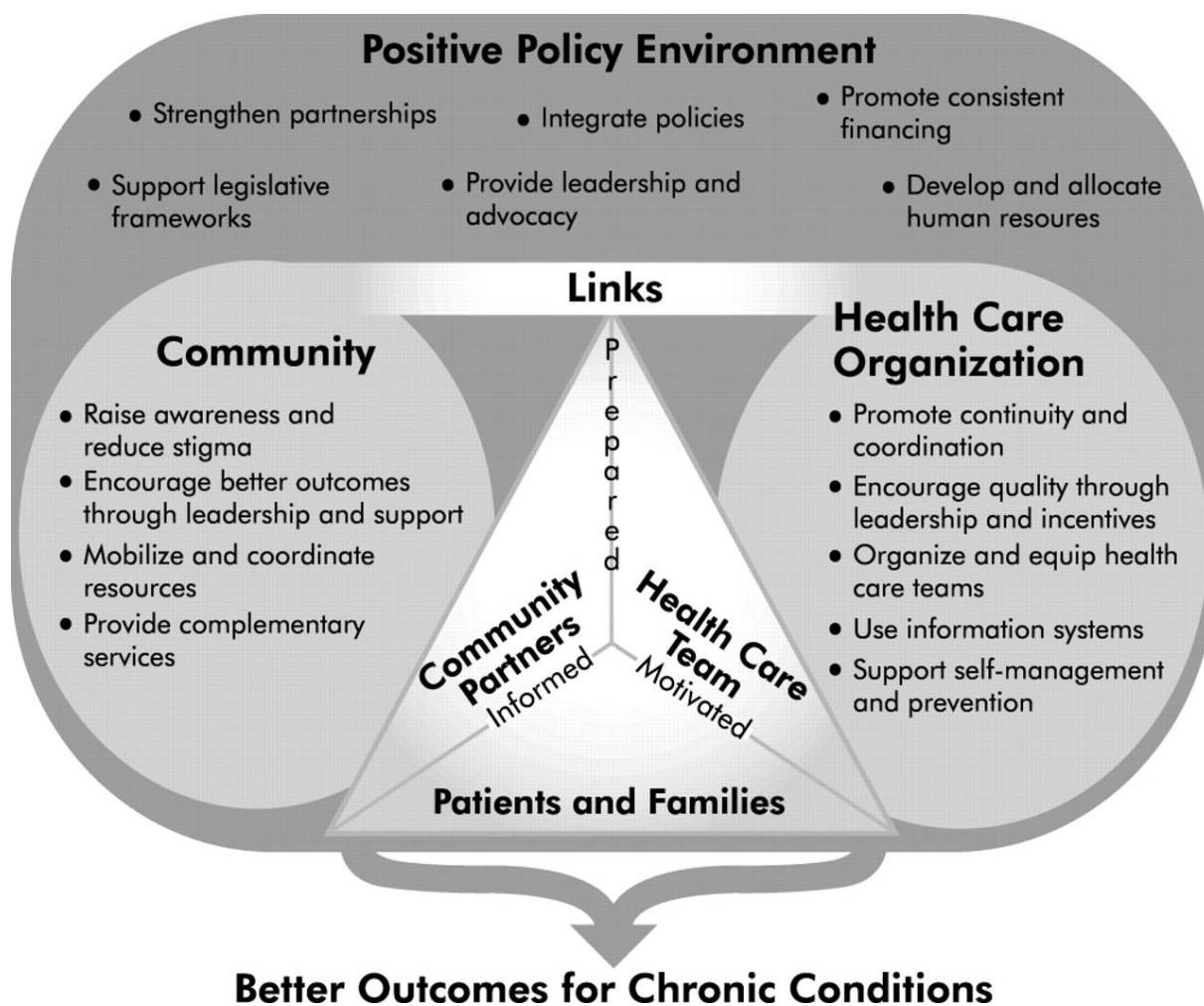
menovateľom mnohých chronických stavov je skutočnosť, že pacienti sú konfrontovaní s celým radom úloh, ktoré si vyžadujú zmeny v správaní a návykoch. Takými úlohami sú napríklad zapájanie do aktivít podporujúcich ich fyzickú a psychickú pohodu, vzájomná interakcia s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, dodržiavanie liečebnej životosprávy, sledovanie zdravotného stavu a rozhodovanie spojené s liečbou, ako aj vyrovnávanie sa s dopadom choroby na fyzické, psychické a sociálne fungovanie (Clark, 2003, s. 289-313). Je málo pravdepodobné, aby tieto úlohy mohli byť adekvátne splnené prostredníctvom tradičného prístupu zdravotnej starostlivosti, ktorý je postavený prevažne na akútnom, epizodickom modeli, a nedokáže preto dostatočne pružne reagovať na potreby ľudí s chronickými zdravotnými problémami. Pre ľudí trpiacimi chronickou chorobou je potrebná komplexná dlhodobá starostlivosť, ktorá zahŕňa koordinované vstupy zo širokej škály zdravotných pracovníkov a dostupnosť základných liečebných a monitorovacích systémov, a to všetko optimálne ukotvené v systéme, ktorý podporuje pacienta. Model starostlivosti, ktorý uplatňuje na pacienta orientovaný prístup prostredníctvom partnerstva so samotným pacientom, ako aj ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi, vedúci k optimalizácii zdravotných výsledkov (Nolte and McKee, 2008, s. 4-91). Prvým modelom komplexnej starostlivosti o chronicky chorých je takzvaný The Chronic Care Model (**CCM**) a druhý je rámec WHO (Svetovej zdravotníckej organizácie) pre inováciu starostlivosti o chronicky chorých - WHO Innovative Care for Chronic Conditions Framework (**ICCC**).

V roku 1999 Wagner so svojimi kolegami predstavili najvplyvnejší teoretický model starostlivosti o chronicky chorých – Model chronickej starostlivosti (the Chronic Care Model - CCM). Model chronickej starostlivosti definuje vzťah medzi informovaným a aktivovaným pacientom, ktorý ma motiváciu a snahu robiť účinné rozhodnutia týkajúce sa jeho zdravia a pripravenými, proaktívnymi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktorý majú informácie o pacientovi, podporujú ho v rozhodovaní pre kvalitnú starostlivosť. Vo všetkých elementoch modelu a aktivitách zohrávajú hlavnú rolu sestry na celom svete. Potvrďuje to aj Medzinárodná rada sestier, ktorá popísala intervencie sestier konkrétne pre každý element tohto modelu. Model pozostáva zo štyroch vzájomne prepojených systémových zložiek, ktoré sú považované za kľúčové pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti o ľudí s chronickou chorobou: podpora self-managementu, dizajn systému poskytovania starostlivosti, podpora rozhodovania a klinické informačné systémy. Tieto zložky sú umiestnené do kontextu zdravotného systému, ktorý spája primerane organizovaný systém poskytovania zdravotníckych služieb s komplementárnymi komunitnými zdrojmi a politikami (Wagner et al., 2005, s. 56-66).



Obrázok 2 Model starostlivosti o chronicky chorých (zdroj: Wagner et al., 1999)

Svetová zdravotnícka organizácia – World Health Organization (WHO) zvažovala rôzne možnosti programu v reakcii na rastúcu prevalenciu chronických chorôb a následnú potrebu pomôcť krajinám transformovať svoje systémy zdravotnej starostlivosti. Prvým krokom bolo preskúmanie relevantnosti a použiteľnosti CCM pre rozvojové krajiny. WHO zvolala skupinu lídrov v oblasti zdravotníctva z mnohých krajín aby preskúmali CCM z perspektívy svojich krajín. Súhlasili s tým, že ak CCM bude upravená, môže slúžiť ako základ pre rozvoj politiky a redizajn systému. Skupina následne revidovala a rozšírila CCM. Výsledné úsilie je rámec Inovačnej starostlivosti o chronické stavy (ICCC). Druhý model WHO pre inováciu starostlivosti o chronicky chorých – WHO Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC) stojí na presvedčení, že pozitívne výsledky v starostlivosti o chronicky chorých môžeme dosiahnuť len v podmienkach spolupráce pripravených, informovaných a motivovaných pacientov, rodín, zdravotníckych tímov a tých, ktorí podporujú komunity. Kľúčové princípy sú: rozhodovanie založené na dôkazoch, zameranie sa na populáciu, zameranie sa na prevenciu, zameranie na kvalitu, integrácia, flexibilita a prispôsobivosť. Rámec obsahuje základné zložky, ktoré môžu byť použité k vytvoreniu alebo prepracovaniu systému zdravotníctva, ktorý tak môže účinnejšie zvládať dlhodobé zdravotné problémy.



Obrázok 3 Model ICCM (zdroj: <http://qualitysafety.bmj.com/content/13/4/299>)

Rámec CCM a ICCM sa v súčasnosti šíri, implementuje a hodnotí v systémoch zdravotnej starostlivosti po celom svete. V roku 2005 Glasgow a jeho tím publikovali vylepšený systém vychádzajúci z The Chronic Care Model – CCM, tzv. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC), v ktorom sa prihliada k pohľadu samotného pacienta na starostlivosť o chronicky chorých. Cieľom modelu bolo vytvoriť relatívne jednoduchý nástroj, ktorý je univerzálne použiteľný v rôznych podmienkach zdravotnej starostlivosti a ktorý je aplikovateľný na dospelých pacientov s jedným alebo viacerými chronickými ochoreniami. Systém bol nastavený podľa série dvadsať bodového dotazníka, ktorý bol počas šiestich mesiacov pacientom predkladaný k vyplneniu. Od pacientoch sa vyžadovali špecifické úlohy a bola im poskytovaná špeciálna starostlivosť v súlade s CCM. Vznikla tak škála, ktorá je vhodná k správne mu návodu na starostlivosť ciele n u pacienta s dôrazom na kľúčové

elementy modernej podpory self-managementu, ako spolupráca, riešenie problémov a follow-up, čiže pokračovanie terapie. Výsledky validaizačnej štúdie PACIC boli zverejnené v roku 2005 (Glasgow, 2005, s. 36-444). 5 A's – (ask, advise, agree, assist, and arrange), pýtať sa, riadiť, dohodnúť sa, pomôcť a usporiadať. Ide o model zmien chovania adaptovaný na potreby zlepšenia podpory self-managementu. Tento model bol nezávisle popísaný v roku 2002 Glasgown a Whitlockem (Glasgow, 2002, s. 80-87; Whitlock, 2002, s. 36-44). Vo svete existuje ďalej celá rada rámcových štúdií, ktoré sa lokálne venujú systému a spracovaniu self-managementu v prostredí danej zemi, kultúry, či sociálnej skupiny. Ako príklad môžeme uviesť The Medical Research Council's (MRC) Framework, WA Chronic Health Condition Framework, The Expanded Chronic Care Model (Barr et al., 2003, s. 73-82). Self-management pacienta je výsledkom stále viac uznávaného fatku, že zníženie rizika a zlepšenie výsledkov liečby nezávisí výhradne len na práci zdravotníckych pracovníkov, ale rovnako tak závisí i na spolupráci a chovaní pacienta. Cieľom self-managementu je minimalizovať dopad chronického ochorenia na fyzický zdravotný stav pacienta a napomôcť mu vyrovnať sa s psychickými následkami ochorenia (Nagyová, 2011, s. 15).

Nie každý pacient s chronickým ochorením je schopný sa o seba postarať, vzhľadom k svojim psychickým a fyzickým schopnostiam. Self-management nie je vhodný pre každého pacienta, veľkú úlohu hrá schopnosť pacienta riadiť sám seba. Schopnosť jedinca sa o seba sám postarať, jeho sebestačnosť a zvládanie základných životných potrieb je definovaná vyhláškou č. 505/2006 Sb s platnosťou od 29.11.2006 a účinnosťou od 01.01.2007, ktorou sa uskutočňujú niektoré ustanovenia zákona o sociálnych službách. Vyhláška je súčasťou Zákona č.108/2006 Sb. O sociálnych službách vydaného Ministerstvom práce a sociálnych vecí Českej republiky. Aktuálne znenie vyhlášky od 01.01.2018 hodnotí sebestačnosť zvládať úlohy starostlivosti o vlastnú osobu a sebestačnosť pre účely stanovenia stupňa závislosti hodnotí podľa činnosti, ktoré sú pre jednotlivé základné životné potreby vymedzené (mobilita, orientácia, komunikácia, stravovanie, obliekanie a obúvanie, telesná hygiena, vyprázdňovanie starostlivosť o zdravie, osobné aktivity a starostlivosť o domácnosť). Schopnosť osoby zvládať základné životné potreby pre účely stanovenia stupňa závislosti sa hodnotí v prirodzenom sociálnom prostredí a s ohľadom na vek fyzickej osoby. Pri hodnotení schopnosti osoby zvládať životné potreby sa hodnotia telesné štruktúry a telesné funkcie duševné, mentálne, zmyslové, dychové, hematologické, imunologické, endokrinologické, metabolické, tráviace, vylučovacie, neuromuskuloskeletálne, hrubá a jemná motorika, funkcia hlasu, reči a kože a to vo vzťahu k rozsahu a záťaži poruchy funkčných schopností (online, portál mpsv ČR, §1, §2).

4 ROLA SESTRY V PREVENCII

Sestra má v oblasti primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie významné úlohy. Tou prvou je všimnúť si príznaky, ktoré sú prvým prejavom vzniku kardiovaskulárneho ochorenia. Tou druhou je vhodne a prístupnou formou poskytnúť potrebné informácie o rizikových faktoroch vzniku tohto ochorenia. Sestra plní dôležitú úlohu v prevencii ochorení a správnu edukáciou môže ovplyvňovať prístup pacientov k dodržiavaniu zásad prevencie vzniku kardiovaskulárnych ochorení. Proces edukácie sa v súčasnej dobe považuje za jeden zo základných pilierov efektívnej liečby. Ukázalo sa, že pokiaľ je pacient na odpovedajúcej úrovni informovaný o svojom zdravotnom stave a oboznámený s liečebným režimom, je omnoho väčšia pravdepodobnosť, že bude liečba úspešnejšia. Edukácia sa však netýka len pacientov a ochorenia, je symbolom nového, aktívneho prístupu k životu a zdravého životného štýlu. Je zameraná na osvetu, výchovu a podporu zdravia obyvateľstva na predchádzanie vzniku ochorenia. Sestra sa stáva dôležitým sprostredkovateľom individualizovanej prevencie a podpory zdravia. Predurčuje ju k tomu odbornosť, poznanie pacienta, jeho rodinnej anamnézy a prostredia v ktorom pracuje a žije. Je potrebné, aby mala dostatok vedomostí, zručností a skúseností, mala by byť príkladom pre zdravých aj chorých ľudí svojim správaním, vzhlľadom a postojmi k zdravému spôsobu života. Pre efektívne zvládnutie edukačnej roly v praxi sestry slúžia rôzne metódy tlačeného a hovoreného slova alebo metódy priamej skúsenosti. Pre neformálnu edukáciu je možné využiť aj priestorové vybavenie zdravotníckeho zariadenia, ako je prostredie čakárne, informačná tabuľa, edukačné plagáty, informačné letáky..., prípadne odporučiť klientovi iné informačné zdroje na danú problematiku (Obročníková et al., 2013, s. 143-157). Medzinárodná rada sestier – International Council of Nurses vyjadruje stanovisko, že prístup k primárnej zdravotnej starostlivosti a obzvlášť k ošetrovateľským službám, je zásadným kľúčom k zlepšeniu zdravia, telesnej a psychickej pohode. Sestry sú najdôležitejšou skupinou zdravotníkov poskytujúcu primárnu zdravotnú starostlivosť na všetkých úrovniach a udržujú spojenie medzi jednotlivcami, rodinami, komunitami a zdravotníckym systémom. Sestry zlepšujú rovnoprávnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti, jej dostupnosť a skvalitňujú výsledky starostlivosti. Jednou z nových vízií budúcnosti ošetrovateľskej starostlivosti je tzv. telehealth, ktorý nezávislé na vzdialenosti a v akomkoľvek prostredí umožní sestram zlepšiť prístup, kvalitu a kontinuálnosť starostlivosti. Tento systém založený na interakcii pacienta a sestry môže poskytnúť včasné zdravotné pokyny pre pacientov bývajúcich vo všetkých oblastiach (zdroj: www.inc.ich). Rola všeobecnej sestry môže hrať veľmi dôležitú úlohu v primárnej prevencii

kardiovaskulárných ochorení. U klientov dokáže zaistiť celú radu úkonov, ktoré sú nevyhnutné v tejto prevencii. Práca sestry by mala začínať tým, že sa podieľajú na základnom vyšetrení klienta a určujú rizika pre rozvoj kardiovaskulárných ochorení. Pokračuje správnou edukáciou pacienta a motiváciou klienta o zdravom životnom štýle, do ktorého by mali hlavne zahrnúť i propagáciu nefajčenia. Posledným nie málo dôležitým opatrením je správne monitorovanie a dodržiavanie príslušných opatrení, ktoré by sa mali stále na základe stavu pacienta individuálne upravovať. Určenie a zhodnotenie rizika kardiovaskulárných ochorení spočíva v posúdení anamnestických údajov a vyšetreniach, ktoré sú zamerané na ukazovatele kardiovaskulárných rizík (Horanská et al., 2011, s. 55-56). Napriek tomu, že sestry by mali byť najdôležitejším článkom v edukácii klienta, niektorí klienti to tak nevnímajú. Na základe analýzy výsledkov výskumu, ktorý prebiehal v roku 2010 sa dokázalo, že sestry sú uvádzané až na desiatom mieste poskytovateľov informácií. Prieskum zameraný na poskytovanie informácií ukázal, že práca sestry by mala byť systematická, ale pri kontrolnej otázke neboli schopné zodpovedať o čom presne svojich klientov edukujú. Edukácia by mala prebiehať systematicky na viacerých stretnutiach a prispôbiť režimové opatrenia danému klientovi, ale opäť sa preukázalo, že častejšie prebieha jednorázovo. Práve zdravotná sestra môže zaistiť radu úloh dôležitých pre úspech prevencie kardiovaskulárných ochorení (Vilánková, 2010, s. 501-503). Edukácia by nemala prebiehať len u klientov s veľmi vysokým rizikom ochorenia, ale samozrejme i u tých s menším rizikom. Sestra sa musí najprv zamerať na vysvetlenie toho, čo je kardiovaskulárne ochorenie a na rizikové faktory. Neskôr by sa mala zamerať na spôsob životného štýlu klienta, zameraného na stravovanie a fyzickú aktivitu. Sestra by mala naučiť klientov osvojiť si názor, že zdravý životný štýl a pravidelná fyzická aktivita zmierňuje kardiovaskulárne riziká, že dôležité je poznať svoj krvný tlak poprípade hladinu cholesterolu v krvi. Vysvetliť rozdiely v hodnotách tlaku, ktoré môžu nastať medzi meraním v domácom prostredí a v ambulancii. Vštípiť klientom ako je nefajčenie, zvládanie stresu a relaxovanie dôležité pre primárnu prevenciu. Prebrať s pacientom jeho diétne zvyky a informovať chorého o možných nežiaducich účinkoch liečby a aktívnom pátraní po ich výskyte. Taktiež edukuje chorého o správnom spôsobe užívania predpísaných liekov. V závere edukácie by mala sestra určiť ciele. Tieto ciele by mal klient zvládnuť do najbližšej preventívnej návštevy. Sestra pravidelne vyhodnocuje úspechy a neúspechy, ktoré klient dokázal v zmene svojho životného štýlu. Veľmi dôležitá je snaha klienta zmeniť svoj životný štýl k lepšiemu. Tieto informácie dostáva pacient od lekára, ale ich opakovanie sestrou rozhodne nie je zbytočné. Je potrebné si uvedomiť, že chorí dostávajú veľké množstvo komplikovaných a ťažko zrozumiteľných informácií a preto je vhodné neustále opakovanie a vysvetľovanie (Tkáčová, 2011, s. 56-60).

5 KVALITA ŽIVOTA

V posledných 30 rokoch sme svedkami výrazného rastu skúmania kvality života v celej rade odboroch medicíny a ošetrovateľstva. Pokiaľ chceme vymedziť, na aký druh hodnotenia je kvalita zameraná, musíme určiť jeho predmet a zároveň normu, s ktorou je predmet porovnávaný. V prípade kvality života je cieľom a predmetom hodnotenia sám život, ktorý zahrňuje javy a činnosti charakterizujúce živý organizmus. V polovici 90 rokov vznikajú prvé konceptuálne modely. Kvalita života, pojem, na prvý pohľad jasný a jednoduchý ale pri podrobnejšom skúmaní však veľmi široký a multidimenzionálny. Uznáva sa, že všeobecným cieľom zdravotnej starostlivosti bolo, je, aj vždy bude dosiahnutie čo najlepšej kvality života, neexistuje v medicíne žiadna všeobecne akceptovaná definícia kvality života. Kvalita života úzko súvisí s hodnotami. Pri snahe o definíciu pojmu je prakticky nemožné ju uchopiť a do požadovanej definície vtiesnať všetko čo predstavuje. Na kvalitu života bolo historicky nahliadnuté z rôznych uhlov, podľa toho boli volené a vyberané rôzne hodnotiace ukazovatele. Rada vedných odborov sa stavia ku kvalite života svojim spôsobom, zo svojho pohľadu a vyberajú si len určitú časť problematiky (Gurkova, 2011, s. 23-66). V medicíne a ošetrovateľstve je podstatné zachytiť subjektívne pocity pacienta v kontexte jeho choroby a aktuálnu situáciu vo fyzických, psychických, sociálnych a spirituálnych rovinách pomocou validných meracích nástrojov a schopnosť porozumieť pacientovi, identifikovať obmedzujúce a limitujúce faktory a oblasti jeho života, ktorým je potrebné venovať pozornosť. Od 70. rokov sa termín kvalita života používal v medicíne a v klinických štúdiách, ktoré prebiehali v USA, ich cieľom bolo stanoviť subjektívne vnímanie kvality života (Payne, 2005, s. 205-212). Medicína pristupuje ku kvalite života z hľadiska zdravia a choroby. Ošetrovateľstvo je orientované na osobu v určitom stave zdravia, ktorá sa nachádza v určitom prostredí. V ošetrovateľstve má úzky vzťah k multifaktorálnemu a biopsychosociálnemu modelu zdravia a chorôb. Psychologický prístup je orientovaný na subjektívne prežívanie pohody, pozitívnych a negatívnych emóciách. Sociológia prezentuje kvalitu života z hľadiska životnej úrovne, spôsobu života a životného štýlu (Musilová, 2009, s. 212-218). World Health Organization – Svetová zdravotnícka organizácia založená 22. Júla 1946 v New Yorku, definuje kvalitu života ako „individuálny vzťah človeka k jeho vlastným životným cieľom, očakávaným hodnotám a záujmom v danom kultúrnom, sociálnom a enviromentálnom kontexte“ (WHO, 2007, s. 1315). CHP (Center for Health Promotion – Centrum pre podporu zdravia) definuje kvalitu života ako „mieru alebo stupeň spokojnosti človeka s možnosťami, ktoré mu jeho život poskytuje“ (CHP, 2008).

Kvalita života je široký pojem, zahrňuje tri hlavné domény:

1. fyzické prežívanie (ukazovatele zdravotného stavu – zdravotné ochorenia, ich liečba, bolesti, obmedzenia),
2. psychickú pohodu (vitalita, emócie),
3. sociálne postavenie (vzdelanie, profesia, partnerstvo, ekonomická situácia) (Payne, 2005, s. 629).

To ako sa bude pacient so svojou chorobou vyrovnávať, závisí na mnohých faktoroch, ako sú intenzita, trvanie a dynamika klinických symptómov ochorenia, prítomnosť bolesti, prognóza a podobne. Preto sa v súčasnosti skloňuje pojem kvalita života vo všetkých pádoch. Predovšetkým to je z dôvodu potreby zachytiť, popísať či kvantifikovať aký dopad má ochorenie, liečba, úroveň zdravotnej starostlivosti, fyzický a psychický stav pacienta na spôsob života a jeho pocit životnej spokojnosti. V súčasnej dobe sa pokúšame charakterizovať či definovať pojem kvalita života (Quality of Life – QoL) predovšetkým z dôvodu snahy komplexne posúdiť životnú situáciu jedinca (Linková et al., 2010, s. 72-74). Obvykle sa u kvality života hodnotí to, aký má dopad na ochorenie, na psychický a fyzický stav, na spôsob života a spokojnosť. Obecná definícia kvality života vychádza z Maslowovej definície teórie potrieb, to je naplnenie základných fyziologických potrieb (potreba nasýtenia, spánku a úľavy od bolesti), substitúcie potreby bezpečia, potreba blízkosti iných a sebaúcty. Medzi ďalšie faktory ovplyvňujúce kvalitu života sa zahrňuje vek, pohlavie, polymorbidita, ekonomická situácia, spoločenské postavenie, náboženstvo, vzdelanie. (Slováček et al., 2004, s. 6-9). Zhoršenie kvality života môže spôsobiť nedostatočné odstraňovanie utrpenia, strata nezávislosti, sebestačnosti, nedostatok pomoci, pochopenia a duševnej podpory či už so strany príbuzných alebo zdravotníckych pracovníkov. Kvalita života je tým lepšia, čím je menší rozdiel medzi očakávaniami a predstavami jednotlivca o živote a realitou skutočného sveta. Z toho pohľadu možno kvalitu života zlepšiť dvoma spôsobmi. Prvým je ovplyvnenie predstáv pacienta tým, že mu podáme čo najpravdivejšie informácie o jeho chorobe a prognóze. A druhým spôsobom je ovplyvnenie samotného stavu pacienta liečbou základného ochorenia a odstraňovaním symptómov (Janiczeková, 2007 s. 194-203). Často zamenená s pojmom kvalita života je osobná pohoda. Well-being je hodnotením kvality života ako celku. Well-being sa vyznačuje stabilitou v rôznych situáciách a čase a je meraná pomocou emočných a kognitívnych zložiek. Zahrňuje duševnú, telesnú a sociálnu dimenziu. Telesná pohoda (Wellness) sa vzťahuje k určitému chovaniu a životnému štýlu, ktoré zahrňuje zvládanie stresu, zdravú výživu, nefajčiť, nepiť alkohol, dostatok spánku a fyzickú aktivitu (Šolcová, 2004, s. 21-32).

5.1 KVALITA ŽIVOTA A CHRONICKE OCHORENIE

Samozrejmosťou a neoddeliteľnou súčasťou plnohodnotného života je zdravie. Podporou fyzického alebo duševného zdravia sa zvyšuje objektívna a subjektívna stránka kvality života, najviac v miere sebestačnosti, nezávislosti na iných osobách, schopnosti pohybu a práce (Hermanová, 2012, s. 63). Výskyt chronických ochorení sa v dnešnej dobe neustále zvyšuje, a to najviac v súvislosti so starnutím populácie, zvyšuje sa kvalitou medicíny, zdravotníctvom a dostupnosťou služieb. Problematika chronických ochorení je veľmi rozsiahla. Má zastúpenie nie len v lekárskejších a nelekárskych odboroch ale i vo výskume. V oblasti výskumu je chronické ochorenie spojené s kvalitou života jedinca. Pojem chronické ochorenie sa používa často, ale neexistuje jednotná definícia, čo je a nie je chronické ochorenie, do akej oblasti zasahuje a ako dlho trvá (Gurková, 2011, s. 112-127). Pri hodnotení zdravia a choroby v rámci definície WHO sa berú do úvahy aj iné aspekty. Rovnaké ochorenie je vnímané ľuďmi rôzne, niektorým i malé ťažkosti spôsobujú veľké utrpenie. Pre potreby medicíny a klinických štúdií, umožňujúcich hodnotiť a študovať dopad ochorenia na človeka, následky a liečbu bol vytvorený koncept kvality života súvisiacej so zdravím HRQoL (Health Related Quality of Life). U chronických chorých sa hodnotenie kvality života stáva jedným z rozhodujúcich faktorov pre prijímanie zásadných a strategických rozhodnutí o liečbe a o celkovom prístupe. Ako nástroj k zisťovaniu a hodnoteniu HRQoL slúžia dotazníky, je to cesta k veľmi efektívnemu ohodnoteniu zdravotného stavu (Faťunová, 2007, s. 94). Chronické ochorenie ako kardiovaskulárne choroby, nádorové ochorenie, diabetes či artritída negatívne ovplyvňujú psychickú pohodu chorého a môžu byť zdrojom mnohoročných bolestí, straty rôznych telesných funkcií a v najhoršom prípade spôsobujú stratu samotného života čím odkazujú chorého na pomoc ostatných. Jednou z najčastejších obáv chronický chorých je byť kompletne odkázaný na pomoc iných, čo neskôr z pravidla postupne vedie k psychickým problémom a stavom hĺbkovej depresie (Zauszniewski, 2007, s. 575-592). Kvalita života chronických ochorení súvisí s demografickými faktormi, lekárskou a ošetrovateľskou diagnózou, rizikami ochorenia, prežívanie chorých a ekonomický dopad chorých pre spoločnosť. V rámci chronického ochorenia sú vymedzené úkony ako zdravotnícko-medicínsky management (medikácia, zmena stravovacích návykov a self-management). Mnoho problémov je spôsobených práve nízkou úrovňou manažérskych znalostí. K úkonom ďalej patrí vznik a udržiavanie nových vzniknutých rolí v pracovnom i rodinnom živote a zvládanie emócií pri chronických ochoreniach (hnev, depresia, strach, frustrácia) (Gurková, 2011, s. 112-127).

5.2 KVALITA ŽIVOTA V OŠETROVATEĽSTVE

Vo väčšine výskumov týkajúce sa hierarchie životných hodnôt ľudí sa zdravie ako hodnota umiestňuje ak nie na prvej, tak na jednej z prvých priečok ich hodnotového rebríčka. Zdravie je dôležitou doménou celkovej kvality života, ide o sústavný dynamický proces, ktorý treba u človeka udržať čo najdlhšie a ustavične posilňovať. K tomu, aby sa tento rovnovážny stav udržal, je potrebná značná dávka zodpovednosti sa seba, svoje správanie a z toho plynúce dôsledky. Úlohou ošetrovateľstva je navodiť, posilniť, či udržať status zodpovednosti klienta za vlastné zdravie, aby mohol robiť plnohodnotné rozhodnutia, týkajúce sa jeho zdravotného stavu pri udržaní maximálne možnej úrovne kvality života. V poslednej dobe v ošetrovateľskej starostlivosti o chronicky chorých došlo k výraznému posunu od tradičných postupov a rutiny. V dnešnej dobe je starostlivosť založená na dôkazoch a výsledkoch odborného výskumu. Dochádza tak k integrácii najlepších vedeckých dôkazoch s klinickou skúsenosťou spoločne s názorom a očakávaním pacienta čo dohromady umožňuje vytvoriť ideálny model starostlivosti o jednotlivca (Gurková, 2011, s. 62-65). Splnomocniť a pripraviť pacienta/klienta na manažovanie vlastného zdravia a zdravotnej starostlivosti s využitím interných a komunitných zdrojov je kľúčovou úlohou sestry nového tisícročia. Ošetrovateľstvo je veda, úzko spojená s človekom, ktorý je vnímaný ako bio-psycho-sociálna a spirituálna bytosť. Cieľom ošetrovateľstva je udržanie, podpora, navrátenie zdravia, rozvoj sebestačnosti, zmiernenie utrpenia nevyliciteľne chorých a pomoc v pokojnom umieraní. Veľmi dôležité v ošetrovateľstve je individuálne vnímanie kvality života. Zahrňuje koncept „well-being“, spokojnosť so životom a zmyslom života, sebarealizáciou a statusom v spoločnosti (Olišarová, 2013, s. 14-21). Cieľom ošetrovateľstva nie je len zlepšenie zdravotného stavu ale i dosiahnutie čo najvyššej možnej kvality života. V kontexte ošetrovateľstva je kvalita života individuálna a subjektívna, má dynamický charakter, je hodnotovo orientovaná a vyjadruje rozpor medzi očakávaním a realitou. Je orientovaná na podporu zdravia, venuje pozornosť zmenám ku ktorým došlo pred a po konkrétnej ošetrovateľskej intervencii. V odbornej literatúre sa používa pojem kvalita života súvisiaca so zdravím (Health Related Quality of Life – HRQoL). Niektorí autori kritizujú univerzálne používanie pojmu kvality života v zmysle zdravotného stavu a kladú dôraz na konceptualizáciu kvality života v rámci hodnotenia efektívnosti intervencii (Gurková et al., 2009, s. 89-103). Jednoznačnými prioritami lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti o chronicky chorých sú aspekty fyzické, preto je vždy snahou ošetrujúceho udržať pomocou správnej terapie čo najdlhšie obdobie remisie. Hlavným cieľom ošetrovateľskej starostlivosti

by mala byť snaha čo najskôr a najkvalitnejšie navrátiť chronicky chorého do normálneho života aby bol schopný zvládať každodenné aktivity a bol zapojený do sociálneho prostredia. Efektívna podpora manažmentu seba samého znamená viac, ako len povedať pacientovi čo má robiť. Znamená to uvedenie pacienta do kľúčovej roly v jeho starostlivosti, čo značí aj pociťovať zodpovednosť za vlastné zdravie. Pacient/klient robí dennodenne rozhodnutia o manažmente svojho ochorenia, čo navodzuje novú paradigmu starostlivosti. Pacienti/klienti sú samí sebe hlavnými poskytovateľmi starostlivosti a v spolupráci s profesionálmi sú si v primárnej i sekundárnej sfére vzájomnou podporou. Táto paradigma obsahuje dva komponenty spolupracujúcu starostlivosť a edukáciu manažmentu seba samého. Sestra naplňa paradigmu spolupracujúcej starostlivosti vzájomnou kooperáciou s pacientom, pri ktorom obaja robia rozhodnutia ohľadom zdravia spoločne. Rešpektovaním skutočnosti, že kým ona je expertom na ošetrovateľskú starostlivosť, pacient je expertom na vlastný život, podporuje vnútornú motiváciu ako hlavný činiteľ zmeny životného štýlu (Gurková, 2011, s. 139-141).

5.3 MERANIE KVALITY ŽIVOTA

Výskumníci pracujúci v oblasti zdravotnej starostlivosti venujú stále viac pozornosti meraniu výsledkov poskytovaných služieb a intervencií. K meraniu kvality života je možné pristupovať z dvoch postojov. Prvý je zameraný na hodnotenie kvality života celej populácie čo môžeme chápať ako objektivizácia parametrov ľudskej populácie. Druhý prístup vychádza z individuálnej kvality života jedinca. V zdravotníctve je využívaný predovšetkým druhý prístup s ohľadom na špecifickú životnú situáciu vzhľadom ku zdravotnému stavu jedinca. Pretože sa kvalita života v zdravotníctve používa pomerne krátku dobu, je na ňu kladený veľký dôraz (Gurkova, 2011, s. 23-27). Za podstatné znaky kvality života sa považuje komplexnosť, subjektivita a merateľnosť. V tomto poňatí je teda kvalita života metodologickým konštruktom, ktorý prevádza subjektívne a kvalitné vlastnosti do podoby merateľnej. Pretože pretrvávajúcej nejednotnosť v definícii kvality života, existuje i mnoho spôsobov, ktorými je možné kvalitu života merať a hodnotiť. Spôsob hodnotenia kvality života sa mení v závislosti na účelu, ktorý pri hodnotení sledujeme (Linková et al., 2010, s. 72-74). Začiatky výskumu kvality života sa sústredili najmä na ľudí s chronickým ochorením a handicapovaných vzhľadom k tomu, že samotná symptomatológia ako aj liečba v mnohých prípadoch negatívne ovplyvňujú kvalitu života pacienta ako aj život jeho rodiny. V súčasnosti môžeme metódy na meranie kvality života rozdeliť na tri základne skupiny:

1. Metódy merania kvality života, keď kvalitu života hodnotí druhá osoba (objektívne metódy).
2. Metódy merania kvality života, keď kvalitu života hodnotí daná osoba sama (subjektívne metódy).
3. Metódy merania kvality života, ktoré vznikli kombináciou metód objektívnych a subjektívnych (Křivohlavý, 2002, s. 162-183).

Najpoužívanejším spôsobom hodnotenia kvality života inou osobou sú kritéria kvality života podľa W.O. Spitzera, ktorá zahrňuje pracovnú schopnosť, spôsob trávenia voľného času, fyzickú nezávislosť na druhých, bolesti, nepohodlie, náladu, finančnú situáciu, komunikáciu, vzťahy s okolím a vedomosti pacienta o ochorení. Najčastejšou používanou metódou hodnotenia kvality života individuálne je metóda SEIQoL (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) (Musilová, 2009, s. 218). Podľa Zemana je metodika SEIQoL jedinečná svojou nepochybne jednoduchou konštrukciou. Respondent uvedie päť životných cieľov, ktoré on sám považuje pre seba v danej situácii za najdôležitejšie. Životný cieľ je jedným z kľúčových pojmov metodiky SEIQoL. Sú to napríklad témy ako rodina, zdravie, šport, duševná pohoda, kultúra a podobne. Ohodnotí ich percentami dôležitosti a spokojnosti a urobí krížik na vizuálne analógovej škále. Nevýhodou môže byť paradoxne práve táto jednoduchosť. Za najväčší prínos je originalita metódy. Dalo by sa povedať, že meranie kvality života touto metódou má ďaleko širší záber než klasické metódy externého posúdenia zdravotného stavu. Do úvahy sa berie celkový stav pacienta tak, jak je pacientom videní a hodnotení (Zeman, 2008, s. 140-149).

Kvalita života sa nedá merať jednoducho a priamo, vychádza z konkrétnych indikátorov, ktorými si špecifikované a sledované rôzne oblasti kvality života. Indikátory môžu spĺňať celý rad funkcií. Môžu zjednodušovať, objasňovať a sprostredkovať súhrnné informácie pre rozhodovanie, pomáhať začleňovaniu prírodných a sociálnych vied do rozhodovania a pomáhať merať a upresňovať pokrok smerom k cieľom udržateľného rozvoja. Môžu poskytovať včasné varovania na možné ekonomické, sociálne a environmentálne ohrozenia. Predstavujú tiež dôležité nástroje na prenos predstáv, myšlienok a hodnôt. Ukazovatele ale nie sú schopné plne obsiahnuť danú problematiku. Rozvojový program OSN (UNDP – Human Development Report) vydal takzvanú Modrú knihu, v ktorej sú uvedené metodické listy pre jednotlivé indikátory (obsahujú napríklad základný popis, definíciu a určenie metód merania). Obsahuje 134 indikátorov v štyroch skupinách (41 sociálnych, 23 ekonomických, 55 environmentálnych a 15 inštitucionálnych). Indikátory nemôžu byť používané súčasne, ale len jednotlivo (Mederly, 2001, s. 6-7).

5.4 HODNOTENIE KVALITY ŽIVOTA

V klinickej praxi na hodnotenie kvality života existujú viaceré nástroje. Mnohé nástroje kvality života sú špecifické a súvisiace so zdravím (Health Related Quality of Life – HRQoL) boli vytvorené a aplikované pre ošetrovateľské účely ako napríklad Quality of Life Index. Vychádzali z podmienok vplyvu a z požiadaviek konkrétneho ochorenia čím mali presnejšie zachytiť efektívnosť ošetrovateľských intervencií. Výskumníci pracujúci v oblasti zdravotnej starostlivosti venujú stále viac pozornosti meraniu výsledkov poskytovaných služieb a intervencií. Pri hodnotení prospešnosti intervencií sú využívané rôzne objektívne a subjektívne ukazovatele odrážajúce zdravotný stav jedinca. V súčasnosti sa prvoradým stáva to, ako sa pacient cíti, a nie to, čo si zdravotnícky personál myslí, ako by sa mal cítiť. Preto sa k takzvaným „objektívnym“ mierkam zdravotného stavu, ako sú morbidita, mortalita, odozva na symptómy alebo miera prežívania, pripájajú mierky „kvality života“ (quality of life). Zvlášť dôležitým sa to javí byť práve pre pacientov s chronickou chorobou, u ktorých je kvalita života určujúcou mierkou, nakoľko úplné vyliečenie je u nich často nepravdepodobné. Kvalita života sa môže hodnotiť pomocou generických alebo špecifických nástrojov merania. V rámci hodnotenia kvality života a tvorby jednotlivých nástrojov sú vytvorené určité zoznamy ucelených dimenzií a domén.

- Životné prostredie a životný priestor – ekonomické faktory života a kvalita životného prostredia,
- fyzické schopnosti a fyzické zdravie – miera samostatnosti človeka, schopnosť sebaobsluhy, mobilita a miera závislosti na svojom okolí,
- psychické zdravie, emocionálny stav, prežívanie a spokojnosť s vlastným životom a zdravím, pocit pohody (well-being), spôsob vnímania, očakávanie a vízia tikajúca sa vlastného života, sebaaktualizácia,
- sociálna dimenzia, sociálna opora a postavenie v sociálnej stratifikácii,
- kultúrne a spoločenské podmienky života, úroveň spoločnosti, kultúrne vplyvy a náhľad na problematiku kvality života,
- duchovná, spirituálna dimenzia, hodnotová orientácia a životný zmysel (Faťunová 2007, s. 94-98).

V súčasnosti sa kvalita života pacienta skúma v oblastiach ako je subjektívne vnímanie dopadu ochorenia, faktory kvality života chorých a hodnotenie efektivity konkrétnych terapeutických intervencií. Výsledky hodnotenia môžu výrazne pomôcť pri nastavení adekvátnej zdravotnej a podpornej starostlivosti. V klinickej praxi sú také výsledky

využitelne nasledovné: výber správnej intervencie, zlepšenie komunikácie s pacientom, podpora compliance a adherence pacienta k liečbe, zaistovanie terapeutických preferencií pacienta, posudzovanie kvality života jednotlivca ale i celej skupiny, súčasť auditu v klinickej praxi – hodnotenie efektívnosti terapie, rozhodovanie o ďalšom postupe v terapii, riešenie psychosociálnej adaptácie pacienta v kontexte ochorenia (Gurková, 2011, s. 140-141). Kvalitu života môžeme hodnotiť v rámci subjektívnych a objektívnych prístupov. Najpodstatnejšie je subjektívne hodnotenie chorého, ako vníma svoj zdravotný stav, sebestačnosť, začlenenie do pracovného, rodinného a sociálneho prostredia (Slováček, 2004, s. 1-9). Subjektívnu rovinu kvality života tvorí prvotná spokojnosť a osobná pohoda jedinca. Sledovanými indikátormi sú pocity životného šťastia, lásky, spokojnosti, seberealizácie, osobný rozvoj a zmysel života. Nástrojom merania je dotazníkové šetrenie zamerané na celkovú spokojnosť a ovplyvňujúce faktory. Používajú sa všeobecné dotazníky QOL alebo špeciálne dotazníky QOL týkajúce sa prežívania ochorenia na vybranej skupine jedincov (Heřmanová, 2012, s. 130-135). K objektívnemu meraniu kvality života chronicky chorého pacienta je potrebné sa zamerať na fyzické zdravie, materiálne a sociálne požiadavky života. Pri meraní sa používa dotazník, ktorý vyplňuje sestra v priebehu rozhovoru s pacientom (intervieweradministered version), kde sestra zaznamenáva odpoveď na jednotlivé položky dotazníku, alebo dotazník vyplňuje samotný pacient (self-administered version). Existujú i verzie, kde sa kombinujú oba vyššie uvedené nástroje. Verzia dotazníku pre pacienta by mala byť čo najprehľadnejšia s adekvátnou grafickou úpravou, to znamená veľkosť, typ písma a riadkovanie s ohľadom na vek a chorobu pacienta. Sestra si pri zaznamenávaní pacientových odpovedí musí dávať pozor, aby ich neovplyvňovala vlastnými názormi. Hodnotiace nástroje by mali jednoznačne spĺňať dané kritéria: validita a reliabilita v jazyku, ktorý bol použitý k hodnoteniu, vysoká štatistická spoľahlivosť, jednotná populácia pacientov, rozsahová primeranosť a autorsky súhlas k použitiu nástroja (Gurková, 2011, s. 118-122). V 80. rokoch bola kvalita života v Českej republike hodnotená päť položkovým dotazníkom VAS (Vizuálna analógová stupnica Křivohlavého (Dragomirecká et al., 2004, s. 91-101). Nárast spokojnosti s kvalitou života bol zaznamenaný Európskym výberovým šetrením o zdravotnom stave českej populácie EHIS (European Health Interview Survey) v roku 2008. V populácii ČR sa v priebehu rokov štruktúra práve podľa subjektívneho hodnotenia vlastného zdravia pomerne výrazne zmenila. Česi hodnotia svoje zdravie častejšie ako pozitívne. Veľmi dobre alebo dobre sa cítilo 83% mužov a 67% žien. Naopak zle alebo veľmi zle vnímalo svoj zdravotný stav 6,5% mužov a 10% žien. Ženy obvykle hodnotia svoje zdravie horšie než muži, s vekom sa podiel osôb hodnotiace svoje zdravie ako zle alebo veľmi zlé zvyšuje (ÚZIS ČR, 2011).

5.5 NÁSTROJE MERANIA KVALITY ŽIVOTA

Všeobecne vieme povedať, že k meraniu kvality života nie je vhodné používať nástroje pre hodnotenie zdravotného stavu alebo na kontrolu symptómov (Gurková, 2011, s.139). K hodnoteniu kvality života sa používajú dotazníky určujúce dopad ochorenia na bežný život chorého. Je vytvorená celá rada dotazníkov používaná k zisťovaniu kvality života chorých, ich spoľahlivosť a výpovedná hodnota je testovaná podľa súčasných štandardov (Slováček, 2004, s. 1-9). Úsilie zachytiť najvýstižnejšie vyjadrenie tohto stavu si vyžiadalo vytvorenie ďalších najrôznejších metód, zachycujúcich kvalitu života pacientov s rozličným ochorením. Väčšina dotazníkov na kvalitu života je určená pre klinické štúdie a nie pre bežnú klinickú prax (Payne, 2005, s. 284-287). K okruhom vyšetrovaným v dotazníkoch kvality života patria po prvé fyzikálne funkcie ako je mobilita, sebestačnosť, zrak a sluch. Po druhé emocionalita ako depresia, ľútosť, pocit strachu. Dôležité sú aj sociálne funkcie – vzťahy v rodine, jej podpora, vzťahy s okolím a náplň voľného času. Ďalej tu patria práce, domáce práce a nakupovanie, bolesť, spánok a jeho kvalita. A v neposlednom rade symptómy špecifické pre dané ochorenie (Slováček, 2004, s. 1-9). WHO stanovila štyri základné oblasti dimenzie ľudského života, bez ohľadu na vek, pohlavie, národnosť alebo ochorenie:

- fyzické zdravie a samostatnosť – energia, únava, odpočinok, schopnosť pracovať, závislosť na cudzej pomoci, bolesť,
- psychické zdravie a spiritualita – sebahodnotenie, učenie, pamäť a koncentrácia, viera,
- osobné vzťahy a sociálne vzťahy,
- prostredie – financie, domácnosť, pracovné prostredie, sloboda a bezpečie.

Tieto oblasti ľudského života korešpondujú s oblasťami v jednotlivých meracích nástrojoch kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100 (Muhlpachr, 2005, s. 59-70). Dotazníky sa delia na dva typy, generické (všeobecné) a špecifické. Generické dotazníky hodnotia celkový zdravotný stav bez ohľadu na aktuálne ochorenie, pohlavie a vek. Sú široko použiteľné. Medzi najznámejšie patria Karnovsky Performance Status Scale, Activities of Daily Living (ADL) – aktivity denného života, Stickness Impact Profil (SIP), ktorý je vhodný pre hodnotenie efektívnosti terapie a tiež pre farmako-ekonomické analýzy, Short Form Health Survey (SF 36), nástroj vytvorený k hodnoteniu všeobecných nešpecifických konceptov súvisiacich so zdravím, dotazník bol preložený, validizovaný a štandardizovaný vo viac než pätnástich krajinách a preto je jedným z najpoužívanejších nástrojov HRQoL, Nottingham Health Profile (NHP) predstavuje nástroj vytvorený k meraniu telesného, psychického a sociálneho distresu, inšpirovaný SIP, viac sa orientuje na emocionálny stav pacienta ako na

denné aktivity. European Quality of Life Questionnaire (EQ – 5D) u ktorého sa hodnotia objektívne a subjektívne ukazovatele, pričom podškálami sú pohyblivosť, sebaopatera, obvyklá činnosť, bolesť a úzkosť, WHOQOL – BREF – skrátaná verzia dotazníka WHOQOL – 100 používaná viac menej pre potreby klinickej praxe, PGWB (Psychological General Well – Being Index) je unidimenzionálny súbor 68 položiek reprezentujúci interpersonálne, afektívne alebo emocionálne stavy, ktoré vždy reflektujú aktuálny stav subjektívneho pocitu pohody alebo naopak distresu (Slováček, 2004, s. 1-10).

Špecifické nástroje hodnotia úzke spektrum faktorov bezprostredne súvisiace s konkrétnym ochorením. Ide o najpresnejšiu identifikáciu faktorov, ktoré ovplyvňujú kvalitu života. Väčšina dotazníkov je konštruovaná tak, aby bolo možné ich vyplniť samotným pacientom, bez pomoci druhej osoby. Štúdie dokazujú, že špecifické nástroje oproti generickým sú schopné lepšie a presnejšie popísať kvalitu života pacienta s konkrétnym onemocnením. Výsledky dosahujú väčšiu citlivosť merania a majú tiež väčšiu diskriminačnú validitu (Gurková 2011, s. 139-148). Špecifické metódy hodnotia kvalitu života konkrétne zameranú na špecifické ochorenie, zmeny či obmedzenie funkcií alebo liečebnú intervenciu. Sú cielene na vybranú populáciu, ktorá spĺňa dané kritéria. Dotazník je viac citlivejší k zmenám, ku ktorým došlo v priebehu ochorenia alebo vplyvom liečby oproti všeobecnému dotazníku. Dôležité je sledovať, či sledovaná zmena je ešte klinicky významná. Dotazníky sú prínosom v rozhodovaní v liečebných postupoch u konkrétneho ochorenia, na ktoré bolo prevádzane šetrenie (Faťunová, 2007, s. 22-27). Špecifickými dotazníkmi na kvalitu života sú napríklad Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q) pre chorých s depresívnou poruchou, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy General Version (FACT-G) typicky pre liečbu s jednotlivými modifikáciami u chronicky chorých pacientov, for patients with solid Brain tumors (FACTBr), for patients with Colorectal cancer (FACT-C), for patients under-going Bone Marrow Transplantation (FACT-BMT), for patients with Esophageal cancer (FACT-E), Functional Assessment of Multiple Sclerosis (FAMS), Functional Assessment of HIV Infection (FAHI), pre chorých s nádorovým ochorením Euro-pean Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) alebo pre chorých v terminálnom štádiu choroby Missoula-Vitas Quality of Life Index V-25 (MVQOLI: 25 Item Version) či jeho modifikácia Missoula-Vitas Quality of Life Index V-15 (MVQOLI: 15 Item Version). S uvedenými dotazníkmi sú v zahraničí prevádzané štúdie na hodnotenie kvality života u chorých na zhodnotenie efektívnosti liečby. V Českej republike nie je bežnou súčasťou hodnotenie kvality života, hodnotenie je skôr z výskumných dôvodov. Vhodné by bolo využiť niektoré z dostupných dotazníkov aj u nás (Slováček, 2004,

s. 1-9). V neposlednej rade boli vytvorené špecifické nástroje, ktoré merajú kvalitu života pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením (Payne, 2005, s. 284-287). Pre porovnanie kvality života skupín je vhodné použiť tradičné nástroje HRQoL. Pri meraní kvality života pacientov so špecifickým ochorením sa jednoznačne doporučuje použiť špecifické nástroje HRQoL týkajúce sa konkrétneho ochorenia (v našom prípade ide o kardiovaskulárne). Vybrané nástroje by mali splňovať podmienku validity a reliability v danej jazykovej mutácii, mali by byť rozsahovo primerané a nakoniec je možné použiť tie nástroje, u ktorých existuje súhlas autora alebo príslušného orgánu k jeho použitiu (Gurková 2011, s. 150-156).

Pre hodnotenie self-managementu je možné použiť škálu Partners in Health (PIH, Škála partnerov v zdraví), jej názov vychádza zo základného princípu vytvorenia partnerského vzťahu medzi pacientom a zdravotníkom. PIH škála bola vytvorená Flinderskou Univerzitou v Austrálii v rámci Flinderského programu najprv ako jedenásť položkový dotazník pre posúdenie self-managementu v centrách zdravia (Battersby et al., 2003, s. 43-45). V roku 2015 bola podpísaná zmluva so súhlasom autorov o požičanie PIH škály Fakulte zdravotníckych vied v Olomouci do roku 2018. Prvá verzia tejto škály bola vytvorená na základe výsledkov programu SA Health Plus koordinovanej starostlivosti (Flinderský program). Bolo preukázané, že poskytovanie starostlivosti osobám s chronickým ochorením vychádza prioritne z ich schopnosti self-managementu, než zo závažnosti a komplexnosti ochorenia. V priebehu vývojových fáz a testovaní škály bol zistený nedostatok konkrétnych otázok na oblasť fyzickej aktivity, psychiky a spoločenského života u osôb s chronickým ochorením (Petkov et al., 2010, s. 1079-1080; Battersby et al., 2003, s. 43-45). Nová koncipovaná škála sa skladá z 12 otázok, ktoré hodnotia dodržovanie liečebných opatrení, vedomosti o ochorení, management vedľajších účinkov a management príznakov a symptómov. Škála je plánovaná pre využitie pracovníkmi v primárnej starostlivosti a ich pacientov. Pacient hodnotí každú položku na Likertovej škále od 0 do 8, kde 0 znamená „veľmi málo“, „nikdy“ alebo „nie moc dobre“ a číslo 8 je „veľa“, „vždy“ alebo „veľmi dobre“. PIH škála je vhodným nástrojom pre hodnotenie self-managementu a je možné ju s úspechom aplikovať v rámci starostlivosti o pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením, čo bolo aj preukázané v skorších výskumných šetreniach (Battersby et al., 2003, s. 43-45; Petkov et al., 2010, s. 1079-1080; Peñarrieta-de Córdova et al., 2014, s. 33-34). Škála identifikuje oblasti rezerv self-managementu pacienta a je pre pacienta a poskytovateľa vodítkom pre ich aktívne zapojenie. To vo svojom výsledku vedie k zlepšeniu kvality života osoby s chronickým ochorením (Battersby et al., 2003, s. 43-45).

6 PSYCHOMETRICKE MERANIE

Validita a reliabilita sú základné pojmy psychometrie, teórie vyjadrujúcej princípy a postupy objektívneho merania premenných veličín súvisiacich s človekom. Psychometria má za sebou storočnú tradíciu, ktorú založil anglický vedec Francis Galton. Jej teóriu postupne rozvinuli osobnosti ako A. Binet, L. L. Thurstone, K. Pearson, W. Stern, Ch. Spearman, R. B. Cattell, L. J. Cronbach a ďalší zaoberajúci sa meraním inteligencie, ďalších schopností, ako aj osobnostných črt. Validita a reliabilita sa viazala najprv na testy, ktoré boli najpoužívanejšími a najrozvinutejšími objektívnymi výskumnými nástrojmi, neskôr k nim pribudli i dotazníky, posudzovacie škály a štruktúrované pozorovanie. Výskumné nástroje využívajúce tieto metódy zberu dát sa použili v experimentoch, v takzvanej výskumnej metóde, ktorá sa najviac chce priblížiť modelu výskumu reprezentovanému prírodnými vedami. Validita a reliabilita sú kľúčovými požiadavkami kladenými na výskumný nástroj v kvantitatívnom výskume. Spolu s ďalšími vlastnosťami, ako je objektivita, verifikovateľnosť a štatistická zovšeobecniteľnosť zistení vytvárajú piliere toho, čo nazývame dobrý kvantitatívny výskum (Atteslander, 2008, s. 160-175). Aby výskumný nástroj fungoval dobre a bol efektívnym prostriedkom na zber dát, musí spĺňať niekoľko predpokladov. Musí vychádzať z istej teórie a ďalšie tri kľúčové vlastnosti výskumného nástroja sú objektivita, validita a reliabilita. Zhromažďovať objektívne údaje o realite respektíve redukovať subjektívnosť je dôležitou vlastnosťou výskumného nástroja. Nástroj musí byť skonštruovaný tak, že ak dáta zbierajú a vyhodnocujú dvaja alebo viacerí výskumníci, musia ich vyhodnotiť úplne rovnako. Objektivitu je potrebné dodržať aj pri používaní výskumného nástroja. Inštrukcia musí byť skúmaným osobám jasná a vždy totožná. Prostredie, v ktorom sa výskumný nástroj používa, má byť nenarušené. Objektivita sa musí dodržať aj pri vyhodnocovaní dát, ktoré výskumník pomocou výskumného nástroja získal. Validita je druhou najdôležitejšou vlastnosťou výskumného nástroja (Benčo, 2001, s. 88). Každý profesionálny výskumný nástroj musí mať dobrú validitu i reliabilitu. Nástroj, ktorý nie je validný, nemôže byť ani reliabilný. Z toho vyplýva, že validita je dôležitejšia ako reliabilita, avšak bez jedného i druhého výskumný nástroj nie je dobrý. Reliabilita je nevyhnutnou, ale nie dostatočnou podmienkou dobrého výskumného nástroja. Všetky dobré výskumné nástroje sú reliabilné, nereliabilné nástroje nie sú validné. Na druhej strane reliabilne nástroje môžu ale aj nemusia byť validné. Validita určitého postupu nikdy neprevyšuje reliabilitu tohto postupu, pretože nereliabilné postupy obsahujú chybu merania. Validné postupy merajú vlastnosti, pre meranie ktorých boli navrhnuté (Salvia et al., 1998, s. 255).

6.1 VALIDITA VÝSKUMNÉHO NÁSTROJA

Jednou zo základných podmienok výskumu je použitie validných výskumných nástrojov. Validita je veľmi dôležitá vlastnosť výskumného nástroja no napriek tomu sa v mnohých výskumoch podceňuje. Autori sa nevyjadrujú k tomu, ako nástroj skonštruovali alebo ako zisťovali jeho vlastnosti. Validita je veľmi dôležitý metodologický pojem. Pri úvahách o validite si musíme položiť otázku: Čo je za týmto nástrojom? Čo nástroj zisťuje? Klasické definície validity v literatúrach znejú: Validita je schopnosť výskumného nástroja zisťovať to, čo bolo zamýšľané zisťovať. Validita je vlastne vzťah výskumného nástroja k teórii, na základe ktorej bol výskumný nástroj vyvinutý. Je to vyjadrenie o platnosti tohto nástroja. Rozlišujeme niekoľko druhov validity a im zodpovedajúce spôsoby jej určovania. Proces zisťovania validity sa nazýva validizácia. Existuje niekoľko druhov validity, ktoré popisujeme nasledovne (Caputo et al., 2009, s. 10-18).

Obsahová validita - Obsahová validita vyjadruje, do akej miery sa obsah a štruktúra výskumného nástroja zhodujú s oblasťou, ktorú výskumný nástroj meria. Vyjadrujú to, do akej miery položky výskumného nástroja reprezentujú skúmané vlastnosti alebo javy. Pritom nejde len o druh alebo charakter jednotlivých položiek, ale aj o ich vzájomnú proporciu a o oblasti, ktoré pokrývajú. Obsah výskumného nástroja musí byť v súlade s cieľom, na ktorý je určený. Pri jeho konštrukcii musí výskumník čerpať z empirického poznania danej oblasti, štúdia literatúry a diskusií s kolegami.

Subežná validita - Subežná validita sa zisťuje porovnaním výsledkov s istým kritériom. Kritériom môže byť napríklad iný merací prostriedok, ktorý meria tú istú vlastnosť a jeho validita už bola overená. Obidva meracie nástroje sa zadajú tým istým subjektom. Tesnosť zhody medzi nimi sa vyjadruje korelačným koeficientom. Čím je korelačný koeficient vyšší, tým istejšie môžeme usudzovať, že autorov merací prostriedok je rovnako validný ako kritérium. Iný spôsob zisťovania súbežnej validity je porovnávanie praktického výkonu skúmaných osôb s ich výsledkom v meracom nástroji. Tento spôsob odhadu validity sa nazýva predikčná validita.

Konštruktová validita - Názov tohto druhu validity je odvodený od slova „konštrukt“. Konštrukt je určitá ľudská vlastnosť, charakteristika alebo črta, napríklad vedomosť, zručnosť, schopnosť alebo postoj. Konštrukty sú vlastnosti, ktoré nie sú priamo pozorovateľné. Výskumník vytvára svoj nástroj podľa teórie, ktorá napĺňa daný konštrukt. Pritom by mal uvažovať aj o jeho blízkosti k iným konštruktom, respektívne protikladnosti k nim. Konštruktová validita sa zisťuje niekoľkými spôsobmi:

- a. Hodnotenie výskumného nástroja expertmi. Experti posúdia položky výskumného nástroja a vyjadria svoj názor, môžu ho hodnotiť na škále alebo percentuálne.
- b. Porovnávanie výsledkov daného nástroja s podobným nástrojom, o ktorom je overené, že zisťuje daný konštrukt. Obidva výskumné nástroje sa administrujú tým istým osobám. Tesnosť vzťahu medzi obidvoma výsledkami sa zistí pomocou korelačného koeficienta. Korelačný koeficient - index vyjadrujúci stupeň vzťahov medzi dvomi premennými. Môže nadobudnúť hodnoty od -1 (vôbec nijaká zhoda) po +1 (úplná zhoda). 0 znamená žiadny vzťah. Ak je dostatočne vysoký, možno vyhlásiť, že nástroj meria ten istý konštrukt.
- c. Tretí spôsob konštruktivej validizácie výskumného nástroja je pomocou štatistickej metódy zvanej faktorová analýza. Výskumný nástroj sa administruje osobám a výsledky sa podrobia tejto analýze. Tá nakoniec ukáže, do akej miery sa výskumný nástroj skladá z daných faktorov.

Kritériová validita - Kritériová validita vyjadruje, aký tesný je vzťah medzi výsledkami zistenými pomocou daného nástroja a určitým kritériom. Kritériom je určitý štandard, norma, výkon. Kritériová validita sa vyjadruje numericky, obyčajne pomocou korelačného koeficienta (Benčo, 2001, s. 90).

Faktorová analýza - faktorová analýza sa používa pri validizácii výskumného nástroja. Faktorová analýza je matematicko-štatistická metóda na stanovenie štruktúry výskumného nástroja, zisťuje sa ňou, z akých základných nástrojov sa výskumný nástroj skladá. Faktorová analýza funguje tak, že pomocou matematických postupov sa z údajov „vytiahnu“ (v jazyku faktorovej analýzy extrahujú) faktory, ktoré na prvý pohľad nevidno. Faktorová analýza redukuje veľké množstvo dát na jednoduchšie a zrozumiteľnejšie štruktúry. Základom faktorovej analýzy sú vzájomné korelácie medzi všetkými položkami výskumného nástroja. Súbor týchto korelácií sa usporiada do tvaru matice. Potom sa v tejto matici hľadá určité rozloženie dát – položky, ktoré vzájomné korelujú, pravdepodobne patria do jedného faktora, zatiaľ čo tie, ktoré korelujú slabo, pravdepodobne patria do iného alebo iných faktorov. Keďže korelačná matica býva značne veľká, faktory, ktoré v sebe skrýva, sa nedajú postrehnúť. Na ich odhalenie slúži práve faktorová analýza. Faktorová analýza patrí medzi viacrozmernú štatistiku a niekedy sa definuje ako spôsob redukcie dát. Vzhľadom na zložitosť a rozsah matematických operácií sa faktorová analýza uskutočňuje pomocou štatistických softvérov. Vzhľadom na pružnosť a rýchlosť počítačového spracovania dát, najmä však vďaka možnosti faktorovej analýzy, sa uvedený spôsob zisťovania validity výskumného nástroja presadzuje najfrekvencovanejšie. Softvéry ako SPSS a Statistica majú programy

umožňujúce realizáciu faktorovej analýzy (Atteslander, 2008, s. 160-175). Existujú dva druhy faktorovej analýzy – exploračná a konfirmačná. Exploračná analýza skúma dáta a hľadá v nich latentné faktory, konfirmačná analýza už predpokladá existenciu konkrétnych faktorov a testuje hypotézy o ich existencii. Konfirmačná faktorová analýza sa používa pri dátach získaných výskumnými nástrojmi, ktoré už boli overené a na nových dátach opätovne a iným spôsobom sa overuje, či tieto faktory existujú a aké sú medzi nimi vzťahy. Aby sa faktorová analýza mohla uskutočniť, je potrebné splniť niekoľko podmienok. Prvou podmienkou je dostatočný počet subjektov. Szeliga uvádza, že najnižší počet je 50 subjektov, to je však podľa našich skúseností málo. Iní autori uvádzajú ako najnižší počet 100 subjektov, ale väčší počet je výhodnejší. Autor berie do úvahy aj počet položiek výskumného nástroja, ktoré budú predmetom faktorovej analýzy. Ten by mal byť trikrát väčší ako počet subjektov. Ďalšie kritérium je odhadovaný počet extrahovaných faktorov. Počet subjektov má byť 20-krát vyšší, než je predpokladaný počet faktorov. Ďalšou podmienkou je, aby dáta mali pokiaľ možno normálne rozdelenie. Ako vstupná kontrola sa používa Bartlettov test sfericity a miera KMO (iniciály autorov Kaisera, Mayera a Olkina). Ak je Bartlettov test štatisticky významný, dáta sú vhodné. Pokiaľ ide o KMO mieru, čím je vyššia, tým sú dáta vhodnejšie na použitie faktorovej analýzy. Hodnoty KMO miery sú nasledovné: 0,90 – vynikajúca, 0,80 – veľmi dobrá, 0,70 – stredná, 0,60 – slabá, 0,50 – nízka, pod 0,40 – nevyhovujúca (Caputo et al., 2009, s. 40). Dáta, ktoré sa podrobujú faktorovej analýze, sú údaje, ktoré výskumník získal vo všetkých položkách výskumného nástroja. Základom faktorovej analýzy je korelačná matica vytvorená na základe korelácii medzi všetkými položkami. Po vytvorení korelačnej matice sa uskutoční extrakcia faktorov - z dát sa vytiahnu „zoskupenia“ položiek, teda faktorov. Výskumník sa môže rozhodnúť medzi viacerými metódami extrakcie: metódou hlavných zložiek, metódou hlavnej osi, metódou maximálnej vierohodnosti, alpha metódou a metódou image factoring. Pri exploračnej faktorovej analýze sa najviac používajú prvé dve. Pomocou metódy hlavných zložiek sa získa najmenší počet vhodných faktorov, keď nie je k dispozícii predbežný model na vysvetlenie premenných. Toto je najbežnejšia používaná metóda faktorovej analýzy a je to typická exploračná metóda. Metóda hlavnej osi (zvaná tiež metóda hlavného faktora) sa naopak, používa vtedy, keď je k dispozícii vhodný model na vysvetlenie premenných. Voľba extrakčnej metódy je na rozhodnutí každého výskumníka a možno povedať, že závisí od toho, ktorá z metód smeruje k jednoduchšej štruktúre a čo najlepšej interpretovanosti (Szeliga, 2005, s. 22). Nastavenie počtu faktorov výskumníkom pri ich extrakcii je rozhodujúce pre úspech faktorovej analýzy. Pri rozhodovaní sa uplatňujú kombinácie nasledujúcich možností. Výskumník má obvyčajne aspoň približnú predstavu,

koľko faktorov očakáva. Svoju predstavu si môže skontrolovať pomocou sutinového grafu (scree test), ktorý poskytujú softvéry. Je to grafický spôsob odhadu počtu faktorov, ktoré budú produktom faktorovej analýzy. Na osi X sú predpokladané počty faktorov, na osi Y sú zodpovedajúce vlastné čísla matice. Graf sa na jednom mieste láme, mení uhol. Počet bodov nad týmto zlomom je počet faktorov, s ktorými môže výskumník počítať. Toto však nie je definitívne rozhodnutie o počte faktorov. Výskumník študuje extrahovanú faktorovú maticu a skúma, ako by ju najlepšie interpretoval. Pri tomto skúmaní sa môže vrátiť k predchádzajúcemu kroku a skúšať iný počet faktorov. Softvér najprv poskytne nerotovanú faktorovú maticu. Pôvodná faktorová matica sa obyčajne zle interpretuje, preto výskumník dá príkaz na rotáciu. Rotácia je matematická operácia, pomocou ktorej sa z pôvodnej matice získa nová matica s cieľom získať čo najjednoduchšiu faktorovú štruktúru. Tým sa nadobudne faktorové riešenie, ktoré je síce totožné s predchádzajúcim (počet faktorov sa nezmenil a aj súčet vlastných čísel zostal rovnaký, zmenili sa však záťaž), ale sa dá jednoduchšie interpretovať. Existujú dva základné druhy rotácie, ortogonálna (pravouhlá) a šikmá (kosouhlá). Ortogonálna rotácia zachováva nezávislosť faktorov, korelácia medzi nimi je nulová. Šikmá rotácia produkuje korelované faktory. K dispozícii sú rotácie varimax, quatrimax, orthomax, equamax, promax, centroidná a tak ďalej. Niektoré majú viaceré pomenovania (Bamberg et al., 2008, s. 250-266).

6.2 RELIABILITA VÝSKUMNÉHO NÁSTROJA

Reliabilita znamená súčasne presnosť a spoľahlivosť. Niektoré výskumné nástroje sa vyznačujú vysokou, iné nízkou reliabilitou, tie by sa však nemali používať v serióznom výskume. Existuje niekoľko spôsobov zisťovania reliability. Zistenie stability výskumného nástroja, zistenie ekvivalencie jeho foriem a zistenie vnútornej konzistencie výskumného nástroja.

Zistenie stability výskumného nástroja - opakovanie administrácie výskumného nástroja. Táto metóda sa nazýva aj test-retest. Pri opakovaní administrácie sa postupuje tak, že sa ten istý výskumný nástroj zadáva dvakrát tým istým ľuďom s časovým odstupom. Potom sa vypočíta miera zhody medzi výsledkami prvého a druhého administrovania. Miera zhody medzi obidvomi výsledkami sa obyčajne vyjadruje korelačným koeficientom. Čím je korelačný koeficient vyšší, tým je reliabilita lepšia. Od dobrých výskumných nástrojov sa požaduje, aby korelácia bola minimálne 0,70. Nižšie korelácie ukazujú na menšiu presnosť a spoľahlivosť. Samozrejme, záleží aj na type a obsahu výskumného nástroja. Výskumný

nástroj má tým vyššiu reliabilitu, čím sú menšie rozdiely medzi prvým a druhým výsledkom u tých istých subjektov (Benčo, 2001, s. 90).

Ekvivalentné varianty dotazníka. Druhý spôsob zisťovania reliability je použitie dvoch ekvivalentných variantov výskumného nástroja pri tej istej skupine osôb. Medzi prvým a druhým zadáním je malý časový odstup. Štruktúra, obsah, počet položiek a ich obťažnosť v oboch variantoch sú rovnaké, len znenie jednotlivých položiek je odlišné. Porovnaním výsledkoch obidvoch zadaní sa zistí stupeň zhody alebo rozdielu. Čím je rozdiel menší, tým je reliabilita vyššia. Vyjadruje sa formou korelácie. Tento spôsob zisťovania reliability sa používa vtedy, keď výskumník potrebuje dva rovnaké varianty výskumného nástroja.

Zistenie vnútornej konzistencie výskumného nástroja. Dobrý výskumný nástroj nie je zmesou rôznych položiek, naopak, položky sú zostavené tak aby zisťovali ten istý konštrukt, tú istú vlastnosť. Potom hovoríme, že výskumný nástroj má dobrú vnútornú konzistenciu. Na spôsoby určenia vnútornej konzistencie sa používajú v praxi tri spôsoby: metóda rozpolenia výskumného nástroja, výpočet pomocou vzorca Kuder-Richardsona a výpočet pomocou vzorca Cronbacha (Atteslander, 2008, s. 180). Rozpolenie výskumného nástroja alebo metóda split-half sa používa ak je výskumný nástroj dostatočne homogénny, možno reliabilitu zisťovať tak, že stačí test administrovať jedenkrát. Pri výpočte sa test rozdelí na dve polovice. Jednu polovicu tvoria výsledky párných položiek a druhú výsledky nepárnych položiek. Osobitne sa vypočíta skóre pre párne a pre nepárne položky. Výsledky nepárnych a párných položiek sa skorelujú. Inými slovami, zisťuje sa stupeň zhody a rozdielu vo výsledkoch obidvoch polovic. Čím je rozdiel menší, tým je reliabilita vyššia. Na rozdiel od zisťovania reliability ekvivalentnými formami sa v tomto prípade uskutoční len jedno meranie – výskumný nástroj sa použije len raz. Z dvoch častí sa vypočíta korelačný koeficient. Pri zisťovaní reliability rozpolením sa vlastne skrakuje výskumný nástroj na polovicu, vzniknú tak dva výskumné nástroje. Dĺžka výskumného nástroja je jedným z dôležitých determinantov jeho reliability. Skráteneý výskumný nástroj preto nemôže mať reliabilitu výskumného nástroja v plnej dĺžke, ale máva reliabilitu nižšiu. Našťastie, matematická štatistika poskytuje spôsob, ako sa s týmto problémom vyrovnat'. Je to Spearman-Brownov korekčný koeficient (Caputo et al., 2009, s. 20). Vnútna konzistencia sa zisťuje aj vzorcom Kudera a Richardosona č.2, ktorý je náročný na výpočet. Ak sa vo výskumnom nástroji skóruje každá položka dichotomicky, na výpočet sa používa vzorec Kudera a Richardosona č. 21 (autori zostavili viacero vzorcov, ktoré sa odlišujú číslaním). Tento vzorec sa môže použiť len vtedy, keď je skórovanie výsledku dichotomické (áno – nie) a keď sú položky homogénne, teda nie vtedy, keď výskumný nástroj obsahuje veľmi rôznorodé položky. Pomocou tohto

vzorca sa získa koeficient s hodnotou, ktorá sa blíži koeficientu reliability pri použití metódy rozpolenia výskumného nástroja. V oboch prípadoch koeficienti poskytujú skôr skromný než prehnaný výsledok. Preto ak sú uvedené podmienky aplikácie vzorca splnené, sú koeficienty dobrou mierou reliability. **Výpočet pomocou koeficientu Cronbacha - Cronbachovo alfa.** Podobne ako to bolo pri zisťovaní validity, aj pri výpočtoch reliability výskumného nástroja s v posledných rokoch zaznamenal značný pokrok. Najmä vďaka komplexným počítačovým programom ako sú SPSS alebo Statistica. V súčasnosti sa vnútorná konzistencia dotazníkov a posudzovacích škál zisťuje najčastejšie pomocou Cronbachovho koeficientu alfa. Ten zisťuje vzťahy medzi položkami výskumného nástroja a medzi výskumným nástrojom ako celkom. Ak sa výskumný nástroj skladá z položiek, ktoré nie sú dichotomické, ale majú väčšie rozpätie bodovania, používa sa tento koeficient nazvaný Cronbachovo alfa. Tento koeficient sa používa typicky pri dotazníkoch, kde sú položky škálované (všetky položky v dotazníku majú škály rovnakej hodnoty a dĺžky). Jeho výpočet je presnejší, a preto sa na výpočet používajú štatistické softvéry, napríklad SPSS alebo Statistica, pomocou ktorých sa výpočet uskutočňuje veľmi rýchlo. Okrem celkového údaja o reliability štatistický program poskytuje údaje o korelácii medzi každou položkou výskumného nástroja a celkom, po odobratí danej položky z celku. Tieto údaje sú užitočné pre autora výskumného nástroja pri jeho konštrukcii. Podľa korelácie medzi položkami výskumného nástroja a výskumným nástrojom ako celkom vidí, ako sa jednotlivé položky „rýmujú“ s dotazníkom ako celkom. Ak je korelácia nízka, autor musí položku vylúčiť alebo preformulovať a výskumný nástroj opakovane zadať a opäť zistiť jeho reliability. Teoretické hodnoty koeficientu sa pohybujú v rozmedzí 0-1 (0-10%). Bežne sa za reliabilný súbor dát považuje ten, ktorého Cronbachovo alfa je väčšia než 0,7 (Bamberg et al., 2008, s. 250-265).

Reliabilita pri metóde pozorovania. Pri metóde pozorovania je obvyklým spôsob určenia reliability miera zhody medzi dvomi alebo viacerými zacvičenými pozorovateľmi, ktorí zaznamenávajú výskyt pozorovacích kategórií nezávisle od seba. Na konci pozorovania sa ich kódy porovnávajú a určí sa miera zhody. Pozorovatelia musia dobre poznať daný pozorovací systém a musia byť dobré zacvičení. Autori pozorovacích systémov obyčajne vyjadrujú, aká tesná má byť zhoda medzi pozorovateľmi, aby mohli daný systém spoľahlivo používať a často udávajú odhad, koľko hodín zácvičenia potrebujú pozorovatelia na to, aby systém dokonale ovládali. Prirodzene, k reliability prispieva to, ako je daný pozorovací systém postavený a aký typ pozorovacích kategórií používa. Cieľom je, aby ten istý pozorovaný jav pozorovatelia kódovali vždy rovnakým spôsobom (Rimarčík, 2007, s. 143).

7 VÝSKUM ZAMERANÝ NA PSYCHOMETRICKÚ VALIDIZÁCIU PIH ŠKÁLY

7.1 CIEĽ VÝSKUMU

Hlavným a prioritným cieľom výskumu bolo predstaviť českú verziu PIH škály (Škály partnerov v zdraví), ako hodnotiaceho nástroja self-managementu u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením v sociokultúrnom prostredí českej spoločnosti s využitím kvantitatívnych metód výskumu a psychometricky spracovať vybrané aspekty reliability a validity.

Medzi sekundárne a čiastkové ciele psychometrického spracovania patrilo zistenie vnútornej konzistencie škály, veľkosť koeficientu reliability a testovanie konštruktivej validity pomocou faktorového modelu na sledovanom súbore pacientov. Výskum a posúdenie self-managementu u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením za použitia PIH škály ako meracieho nástroja.

7.2 VEĽKOSŤ VÝSKUMNÉHO SÚBORU

Výskumný súbor tvorilo 432 probandov, pacienti s chronickým kardiovaskulárnym ochorením, ktorí splnili stanovené kritéria. Na základe analýzy počtu respondentov u štúdiu zameraných na psychometrickú validizáciu hodnotiacich technik u kardiovaskulárneho ochorenia bol stanovený minimálny počet respondentov na 401. Odhad minimálneho rozsahu výberu pre validizáciu PIH škály s presnosťou 95% ($\Delta = 1,64$, $\sigma = 16,75$ – vypočítané z dát pre test-retest, $n = 40$, I. testovanie) bol potvrdený výpočtom podľa vzorca:

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

(Hendl, 2004, s.173)

Pre výskumné šetrenie bolo potrebných minimálne 401 respondentov.

7.3 CHARAKTERISTIKA SÚBORU

Z publikovaných skúsenosti súvisiacich so štandardizáciou PIH škály bola predbežná veľkosť výskumného súboru stanovená na 500 pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením (počítalo sa s 20% rezervou). Výskumný súbor tvorili pacienti s chronickým kardiovaskulárnym ochorením. Medzi toto ochorenie patrí akékoľvek ochorenie srdca a ciev, vysoký krvný tlak, ateroskleróza, infarkt myokardu. V užšom zmysle sa tento pojem používa pre označenie ochorení spôsobených aterosklerotickými degeneratívnymi zmenami (ischemická choroba srdca, ischemická choroba dolných končatín). Minimálny počet respondentov bol stanovený na $n = 401$, veľkosť vzorky bola vyčíslená na základe údajov z predchádzajúcich štúdií.

Kritéria výberu respondentov boli:

- osoby s diagnostikovaným chronickým kardiovaskulárnym ochorením,
- vek pacientov 18-90 rokov,
- podpísaný informovaný súhlas,
- absencia diagnóz: depresia, demencia,
- sebestačnosť v zaistovaní svojich potrieb,
- orientácia v priestore a čase.

Splnenie kritérií pre účasť vo výskume boli overené konzultáciou s ošetrojúcim lekárom, rozhovorom alebo kontrolou v osobnej dokumentácii pacienta. Súbor 40-tich respondentov pre test-retest bol vytvorený z pacientov kardiologických ambulancií Fakultnej nemocnice Olomouc. Tento súbor bol testovaný dotazníkom dvakrát v rozmedzí troch týždňoch na začiatku výskumu.

7.4 REALIZÁCIA VÝSKUMU

Výskumné šetrenie prebiehalo v období od Januára do Júna 2017. Po konzultácii s hlavnou sestrou a po schválení žiadosti o umožnenie realizácie výskumného šetrenia v rámci diplomovej práce boli dotazníky distribuované pacientom u siedmich rôznych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na pracoviskách s interným zameraním vo Fakultnej nemocnici Olomouc, Fakultnej nemocnici v Ostrave, Fakultnej nemocnici v Motole, v Thomayerově nemocnici, v Masarykove nemocnici v Ústí nad Labem a v kúpeľoch Teplice nad Bečvou a Poděbrady.

V rámci výskumného projektu bolo rozdanych celkom 500 dotazníkov respondentom – pacientom splňujúce stanovené kritéria do štúdie. Konečná vzorka respondentov zaradených do štúdie bola 432 respondentov. Vybraný pacient bol oslovený za účelom spolupráce na výskumnom šetrení. Pacientovi bol predstavený dotazník a vysvetlený princíp šetrenia. Najprv prebehol pilotný výskum pre overenie reliability dotazníkov, kde sme dvakrát otestovali 40 respondentov v rozmedzí troch týždňoch. Následne štatistické spracovanie ukázalo predbežné výsledky. Po tejto pilotnej verzii prebehol vlastný výskum.

7.5 METODIKA VÝSKUMU

Výskumné šetrenie skúmajúce psychometrickú validizáciu PIH škály u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením bolo realizované pomocou kvantitatívnej prierezovej štúdie. Išlo o kvantitatívne výskumne dotazníkové šetrenie za použitia PIH škály ako hodnotiaceho výskumného nástroja. Štruktúrovaný dotazník obsahuje identifikačné údaje a PIH škálu, ktorá hodnotí úroveň self-managementu. Jednotlivé položky sú hodnotené pomocou Likertovej stupnice od 0 do 8. Čím vyššia hodnota, tým lepší (efektívnejší) self-management osoby s chronickým kardiovaskulárnym ochorením. Dotazník je rozdelený na dve časti. Prvá časť zahŕňa 12 položiek, ktoré slúžia ako identifikačné údaje. Druhá časť obsahuje 12 otázok PIH škály, v ktorých sa hodnotí úroveň self-managementu. Položky 1 a 2 súvisia so znalosťami, s tým čo respondent vie o svojom zdravotnom stave. Položky 3-5 monitorujú dodržiavanie liečebných opatrení a mieru spolupráce pacienta so zdravotníkom, lekárom alebo zdravotníckym zariadením. Položky 6-8 odhalia mieru schopnosti pacienta rozpoznať a riešiť symptómy svojho ochorenia. Majú za úlohu zistiť aké aktivity pacient prevádza pre správne monitorovanie priebehu a stavu svojho chronického ochorenia a ako je schopný rešpektovať požiadavky liečebného režimu. Položky 9-12 napomáhajú zistiť úroveň schopnosti self-managementu v rámci respondentovho zdravotného stavu. Na základe štúdia odbornej literatúry bol najskôr vypracovaný algoritmus lingvistickej validizácie PIH škály predstavujúci jej modifikovaný postup (Polit et al., 2008, s. 481-485). PIH škála v anglickej verzii bola preložená dvoma nezávislými prekladateľmi do českého jazyka. Tieto preklady boli vyhodnotené tímom odborníkov – vysokoškolských akademických pracovníkov v odbore ošetrovateľstva. Následne bola vytvorená česká verzia PIH škály. Táto bola preložená dvoma nezávislými prekladateľmi do anglického jazyka. Panel expertov tvorený akademickými pracovníkmi - riešitelia projektu v rámci internej grantovej agentúry

Univerzity Palackého, prekladateľom dotazníku do češtiny a autorom spätného prekladu do angličtiny predviedol hodnotenie originálnej verzie PIH škály, prekladu do českého jazyka a spätne prekladu do angličtiny (Mandysová et al., 2010, s. 165-174). Výsledkom hodnotenia bola definitívna verzia PIH škály v českom jazyku, ktorá bola overená šetrením u šiestich respondentov, ktorí posudzovali jednotlivé položky dotazníku z pohľadu lingvistickej a kultúrnej zrozumiteľnosti, relevancie a špecifity položiek vo vzťahu ku konštruktú a vo vzťahu k pacientom s chronickým ochorením. Po spracovaní návrhu z pilotného šetrenia bola k dispozícii finálna verzia PIH škály v českej verzii. V roku 2015 bol získaný súhlas Flinderskej univerzity v Austrálii s použitím PIH škály a jeho prekladu do českého jazyka. Táto jazykovo validizovaná 12 položková česká verzia PIH škály bola doplnená o identifikačné údaje pacientov. Jednotlivé položky PIH škály boli hodnotené pomocou deväťstupňovej Likertovej škály od 0 do 8, kde 0 znamená veľmi málo, niekedy, nie moc dobre a 8 znamená veľa, vždy, veľmi dobre. K zaisteniu úrovne self-managementu slúži celkové PIH skóre, ako súčet výsledkov jednotlivých položiek. Čím vyššia hodnota, tým je lepší (efektívnejší) self-management osoby s chronickým kardiovaskulárnym ochorením. Cieľom psychometrického spracovania bolo zistiť veľkosť koeficientu reliability PIH škály a jej faktorovú štruktúru. To znamená overiť pomocou Faktorovej analýzy koľko faktorový model PIH škály bude aplikovateľný na dáta získane od pacientov v českom prostredí. Faktorová analýza patrí medzi metódy, ktoré určitým spôsobom redukovujú informácie obsiahnuté v dátach. Jej cieľom je vysvetliť korelačnú štruktúru skupiny manifestných premenných na základe menšieho počtu neznámych latentných faktorov. Metódou Exploratívnej faktorovej analýzy (EFA) bol zistený počet faktorov PIH škály. Hlavnou výskumnou metódou faktorovej analýzy bola Metóda hlavných komponent s najlepšimi rotáciami faktorov (varimax, oblimax, kvartimax). Výsledky boli následné porovnané s výsledkami zahraničných štúdií. Aby bolo možné zistiť reliabilitu dotazníka PIH škály alebo či metóda správne meria, je nutné previesť štatistický výpočet reliability a vnútornej konzistencie PIH dotazníka pomocou Cronbachovej alfy. Teoretické hodnoty tohto koeficientu sa pohybujú v rozmedzí 0-1. Bežne sa za reliabilný súbor dá považovať ten, ktorého Cronbachová alfa je väčšia než 0,7 (Dickson et al., 2017, s. 431-4). Súbor 432 pacientov bol spracovaný deskriptívnou a testovacou štatistikou. Celý výskumný súbor bol testovaný X^2 testom normality a na jeho základe boli vybrané vhodné štatistické metódy. Reliabilita škály bola testovaná metódou analýzy vnútornej konzistencie s použitím Cronbachovej alfy a metódami split-half (Spearman–Brown koeficient) a test-retest (Spearmanův korelačný koeficient počítaný pre celkové PIH skóre, Wilcoxonův test pre

zaistenie rozdielu v celkových PIH výsledkoch u 40-tich pacientov testovaných opakovane po troch týždňoch. Konštruktívna validita bola testovaná pomocou exploračnej faktorovej analýzy. Predpoklady faktorovej analýzy boli zisťované Kaiser-Mayer-Olkinovou mierou a Bartlettovým testom sfericity. Pre výpočet vlastných čísel bola zvolená metóda hlavných komponentov s rotáciou varimax. Dáta boli spracované deskriptívnou, komparatívnou a testovacou štatistikou. K spracovaniu dát boli použité programy Microsoft Excel, SPSS (modul IBM SPSS Base) a Statistica.cz. Kategoriálne premenné boli spracované pomocou početných tabuliek a stĺpcových grafov. Premenná vek a položky PIH škály boli spracované pomocou popisnej štatistiky. U každej položky bol vypočítaný aritmetický priemer, smerodajná odchýlka a medián. Všetky štatistické testy boli prevedené na hladine významnosti $p < 0,05$.

Výskum úrovne self-managementu s použitím PIH škály u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením za účelom validácie použitého hodnotiaceho nástroja bol schválený Etickou komisiou Fakulty zdravotníckych vied Univerzity Palackého. Účast' respondentov na výskume bola dobrovoľná a všetky získané údaje boli spracované anonymne. Výskum je podporovaný projektom IGA_FZV_2017_003 Psychometrická validizácia PIH škály u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením.

7.6 VÝSLEDKY VÝSKUMU

Identifikačné údaje

Výskumného šetrenia sa spolu zúčastnilo 432 pacientov z toho 230 mužov (53,2%) a 202 žien (46,8%). Súbor pacientov pre test-retest tvorilo 21 mužov (52,5%) a 19 žien (47,5%). Výskumu sa mohli zúčastniť len pacienti splňujúci dané kritéria. Osoby s diagnostikovaným chronickým kardiovaskulárnym ochorením, vek pacientov 18-90 rokov, podpísaný informovaný súhlas, absencia diagnóz: depresia, demencia, sebestačnosť v zaist'ovaní svojich potrieb a orientácia v priestore a čase. V rámci deskriptívnej štatistiky sú v tabuľke 1 analyzované premenné pohlavie, vek, sociálna situácia, vzdelanie a finančná situácia na súbore 432 pacientov a na súbore 40-tich pacientov pre test-retest. Vekovú hranicu celej výskumnej vzorky tvorili prevažne pacienti nad 55 rokov (66,7%). Z hľadiska dosiahnutého vzdelania bolo v súbore prevažné zastúpenie 50,7% pacientov s úplným stredoškolským vzdelaním. Najviac pacientov 246 (56,9%) deklaruje bývanie s manželom/kou a najčastejšou finančnou situáciou pacientov je dôchodok 222 (51,4%).

Tabuľka1 Charakteristika výskumného súboru (n₁=432) a súboru pre test-retest (n₂=40)

Popisná štatistika	Výskumný súbor	Celkové PIH skóre pre výskumný súbor		Súbor pre test-retest
	n ₁ (%)	priemer	SD	n ₂ (%)
Celý súbor	432 (100,0)	72,6	15,2	40 (100,0)
Pohlavie				
Muži	230 (53,2)	72,2	13,9	21 (52,5)
Ženy	202 (46,8)	73,2	16,8	19 (47,5)
Vekové kategórie				
Do 44 rokov	86 (19,9)	77,6	12,5	12 (30)
45 až 54 rokov	58 (13,4)	74,7	12,2	10 (25)
55 a viac rokov	288 (66,7)	70,5	16,3	18 (45)
Sociálna situácia				
Bývam sám/sama	101 (23,4)	73,8	12,5	11 (27,5)
Bývam s manželom/kou	246 (56,9)	71,5	16,2	17 (42,5)
Bývam s partnerom	45 (10,8)	74,6	13,8	7 (17,5)
Bývam s príbuznými	35 (8,4)	72,0	19,1	5 (12,5)
Iné	5 (1,2)	79,0	1,4	
Vzdelanie				
Základné	60 (13,9)	67,4	15,4	0,0
Stredné	219 (50,7)	72,7	14,8	24 (60,0)
Vyššie odborné	77 (17,8)	76,6	13,0	4 (10,0)
Vysokoškolské	69 (16,0)	78,9	10,1	10 (25,0)
Iné	7 (1,6)	72,6	19,8	2 (5,0)
Situácia finančná				
Mzda, plat	174 (40,3)	74,9	13,6	19 (47,5)
Dôchodok	222 (51,4)	73,1	14,8	17 (42,5)
Sociálne príspevky	11 (2,5)	61,3	12,9	2 (5,0)
Podpora rodiny	6 (1,4)	74,5	16,3	2 (5,0)
Iné	19 (4,4)	74,0	9,1	

V tabuľke 2 sú uvedené položky PIH škály a súčtové PIH skoré s popisom, priemer a smerodajná odchýlka pre celý výskumný súbor (n = 432). PIH škála obsahuje 12 otázok, v ktorých sa hodnotí úroveň self-managementu. Jednotlivé položky sú hodnotené pomocou Likertovej stupnice od 0 do 8. Čím vyššia hodnota, tým lepší (efektívnejší) self-management osoby s chronickým kardiovaskulárnym ochorením. Položky 1 a 2 súvisia so znalosťami, s tým čo respondent vie o svojom zdravotnom stave. Súčet priemeru týchto otázok bol 12,12. Položky 3-5 monitorujú dodržiavanie liečebných opatrení a mieru spolupráce pacienta so zdravotníkom, lekárom alebo zdravotníckym zariadením. Spoločný priemer položiek bol 19,19. Položky 6-8 odhalia mieru schopnosti pacienta rozpoznať a riešiť symptómy svojho ochorenia. Majú za úlohu zistiť aké aktivity pacient prevádza pre správne monitorovanie

priebehu a stavu svojho chronického ochorenia a ako je schopný rešpektovať požiadavky liečebného režimu. Vypočítaný spoločný priemer bol 19,2. Položky 9-12 napomáhajú zistiť úroveň schopnosti self-managementu v rámci respondentovho zdravotného stavu. Súčet priemeru otázok 9-12 bol 23,11. Výskum ukázal pozitívne informácie v úrovni informovanosti pacientov o svojom zdravotnom stave a užívaní liekov. Väčšina pacientov si uvedomuje dôležitosť pravidelných prehliadok u svojho lekára a podieľajú sa spoločne na rozhodovaní o ich zdravotnom stave. Môžeme teda zhodnotiť, že pacienti sa k týmto otázkam vyjadrili pozitívne.

Tabuľka 2 Tabuľka položiek PIH škály s priemernými hodnotami a smerodajnými odchýlkami

Položky	Text	Priemer	SD
PIH1	Celkovo viem o svojom zdravotnom stave	6,10	1,604
PIH2	Celkovo viem o liečbe mojich zdravotných ťažkostí vrátane užívaných liekov	6,02	1,682
PIH3	Užívam lieky alebo podrobujem sa liečbe doporučenej mojím lekárom alebo zdravotníkom	6,95	1,618
PIH4	Podieľam sa na rozhodovaní o mojom zdravotnom stave spoločne s mojím lekárom alebo zdravotníkom	6,27	1,955
PIH5	Dokážem jednať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti o službách, ktoré potrebujem a ktoré sú v súlade s mojimi kultúrnymi zvykmi, hodnotami a názormi	5,97	1,898
PIH6	Chodím na kontroly, ako vyžaduje môj lekár alebo zdravotník	6,96	1,621
PIH7	Sledujem prejavy môjho ochorenia a včasné varovné príznaky, napr. hodnoty krvného cukru, maximálna výdychová rýchlosť, váhu, dusnosť, bolesti, problémy so spánkom, náladu apod.	5,99	1,798
PIH8	Pri zhoršení prejavov môjho ochorenia a včasných varovných príznakov prevádzam vhodné opatrenia	6,25	1,702
PIH9	Zvládam vplyv svojho zdravotného stavu na svoju fyzickú aktivitu napr. chôdza, domáce práce, apod.	5,74	1,897
PIH10	Zvládam vplyv svojho zdravotného stavu nato ako sa cítim, čo prežívam, napr. vplyv na svoje emócie, na duševnú pohodu, apod.	5,71	1,814
PIH11	Zvládam vplyv svojho zdravotného stavu na svoj spoločenský život napr. nadväzovanie kontaktov s druhými ľuďmi, apod.	5,88	1,791
PIH12	Celkovo zvládam dodržiavať zdravý životný štýl napr. nefajčenie, príležitostné pitie alkoholu, zdravé stravovanie, pravidelná telesná aktivita, zvládanie stresu, apod.	5,78	1,890
PIH skóre	Skóre všetkých 12tich položiek	73,61	14,13

Prioritným cieľom celého výskumu diplomovej práce bolo predstaviť českou verziu PIH škály, ako hodnotiaceho nástroja self-managementu u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením v sociokultúrnom prostredí českej spoločnosti s využitím kvantitatívnych metód výskumu a psychometricky spracovať vybrané aspekty reliability a validity. Medzi čiastkové ciele psychometrického spracovania patrilo zistenie vnútornej konzistencie škály, veľkosť koeficientu reliability a testovanie konštruktivej validity pomocou faktorového modelu na sledovanom súbore pacientov. Cieľom psychometrického spracovania bolo zistiť veľkosť koeficientu reliability PIH škály a jej faktorovú štruktúru. Pomocou faktorovej analýzy overiť koľko faktorový model PIH škály bude aplikovateľný na dáta získane od pacientov v sociokultúrnom prostredí českej spoločnosti.

Pre zaistenie reliability PIH škály sme využili metódu test-retest, ktorú sme aplikovali na súbor 40-tíich respondentov pri dvoch meraniach (opakovane po troch týždňoch). Výsledkom použitej metódy bol Spearmanův korelačný koeficient s hodnotou 0,81 vypočítaný z dvojíc celkových súčtových skóre (TOTPIH). Pre potvrdenie reliability test-retest bola neparametrickým Wilcoxonovým testom preukázaná nevýznamnosť rozdielu v celkovom PIH skóre ($p = 0,815$). Taktiež druhý koeficient, získaný metódou split-half (Spearman-Brown koeficient = 0,782) aplikovaný na súbor 432 pacientov, preukázal akceptovateľnú reliabilitu. Vnútorná konzistencia a spoľahlivosť bola hodnotená pomocou Cronbachovo alfa. Podľa protokolu štúdie koeficient 0,7 a väčší je považovaný za dobrú spoľahlivosť. V našom súbore Cronbachovho alfa dosiahlo hodnotu väčšiu ako 0,7 vo všetkých subškálach a PIH skóre 0,89. Tieto výsledky sú zaznamenané v tabuľke 7.

Tabuľka 3 zaznamenáva maticu kde sú obsiahnuté korelácie každej položky PIH škály s každou, pričom všetky sú signifikantné, štatisticky významné na hladine 1%. Korelácia položky so sebou je vždy 1 (úplná zhoda) a v ďalších výpočtoch sa nepoužíva. Tieto korelačné koeficienty (Spearman) sú štatisticky významné, nemusia byť však významne klinicky. Pre faktorovú analýzu sú tieto korelácie v našom výskume dostatočné.

V rámci konštruktivej validity bola vypočítaná korelačná matica pre všetkých 12 položiek PIH škály. Validita PIH škály bola testovaná exploračnou faktorovou analýzou (EFA). Predpoklady pre použitie exploračnej faktorovej analýzy boli splnené ako ukazuje tabuľka 4. Kaiser-Mayer-Olkinova miera ukazuje na vhodný model pre použitie EFA a Bartlettov test sfericity vychádza vysoko signifikantí. Všetky korelácie medzi položkami PIH škály sú vysoko signifikantné, čo je dobrým predpokladom pre následnú exploračnú faktorovú analýzu (EFA). Na základe splnenia týchto troch predpokladov sme mohli prejsť ku následnej exploračnej faktorovej analýze.

Tabuľka 3 Korelačná matica položiek PIH škály

Položky	PIH1	PIH2	PIH3	PIH4	PIH5	PIH6	PIH7	PIH8	PIH9	PIH10	PIH11	PIH12
PIH1	1											
PIH2	,816**	1										
PIH3	,368**	,397**	1									
PIH4	,410**	,450**	,500**	1								
PIH5	,450**	,481**	,453**	,539**	1							
PIH6	,322**	,368**	,638**	,482**	,437**	1						
PIH7	,386**	,444**	,411**	,449**	,458**	,428**	1					
PIH8	,424**	,439**	,427**	,446**	,457**	,474**	,547**	1				
PIH9	,313**	,373**	,205**	,243**	,287**	,172**	,340**	,297**	1			
PIH10	,386**	,372**	,212**	,257**	,304**	,181**	,310**	,302**	,611**	1		
PIH11	,344**	,360**	,216**	,264**	,344**	,201**	,343**	,333**	,628**	,674**	1	
PIH12	,361**	,354**	,275**	,313**	,324**	,310**	,368**	,345**	,501**	,523**	,552**	1

Predpoklady pre použitie exploračnej faktorovej analýzy boli splnené. Kaiser-Mayer-Olkinova miera (KMO) 0,89 ukázala na vhodný model pre použitie exploračnej faktorovej analýzy. Bartlettov test sfericity vyšiel vysoko signifikantný ($p < 0,000$) ako vidieť v tabuľke 4 a zamietá nulovú hypotézu, že neexistuje korelácia medzi položkami. Všetky korelácie medzi položkami PIH škály boli vysoko signifikantné.

Tabuľka 4 Kaiser-Mayer-Olkinova miera a Bartlettov test

Kaiser-Mayer-Olkinova miera	0,890
Bartlettov test	2493,195
df (stupne voľnosti)	66
Sig. (významnosť)	0,000

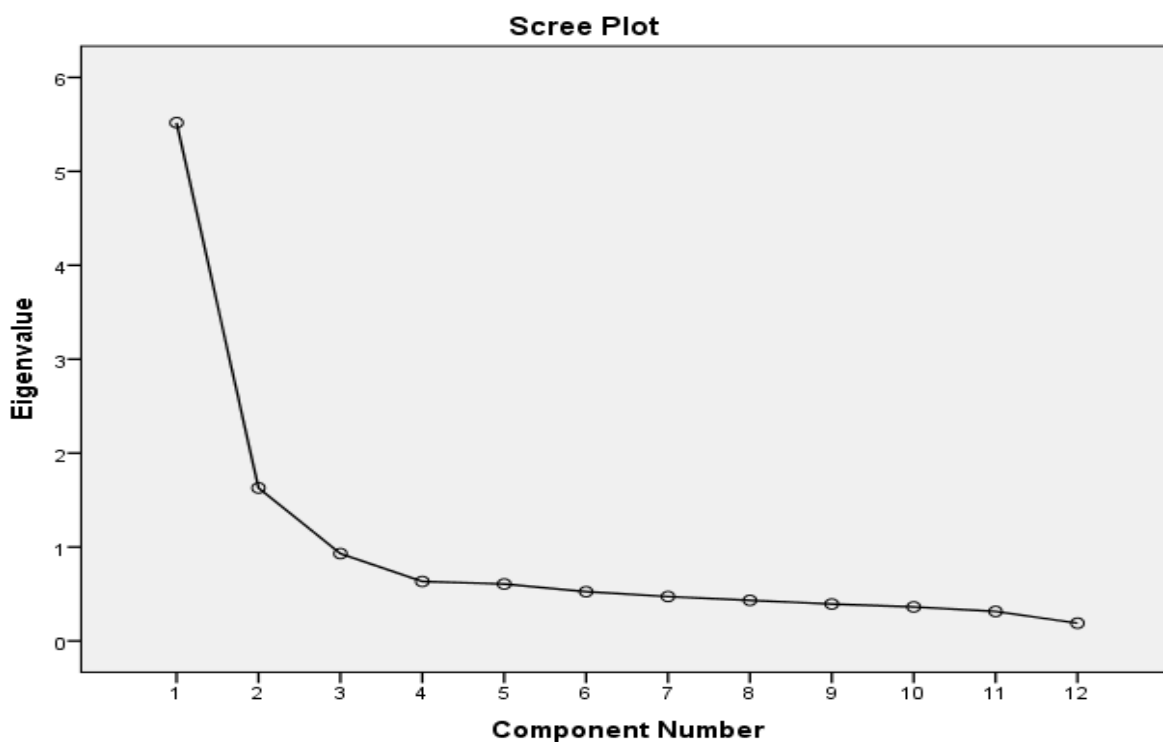
Pre výpočet vlastných čísel bola zvolená metóda hlavných komponent s rotáciou varimax. Vyextrahované boli 3 hlavné komponenty, ktoré ďalej budeme nazývať faktory a ktoré dohromady vysvetľujú 67,3% z celkového rozptylu ako vyplýva z tabuľky 5. Podľa Kaiserova kritéria by sme mali správne do nášho modelu zahrnúť len tie komponenty/faktory, ktorých vlastné čísla sú väčšie než 1. Pracovali sme a zahrnuli sme do nášho trojfaktorového modelu i tretí komponent, ktorého vlastné číslo dosiahlo hodnotu 0,93, prinášalo do nášho modelu takmer 8% rozptylu.

Tabuľka 5 Hlavné komponenty – faktory

Faktory	Vlastné čísla	% rozptylu	Kumulatívne %
1	5,518	45,981	45,981
2	1,629	13,572	59,554
3	0,930	7,747	67,300

Grafický spôsob odhadu počtu faktorov, ktoré sú produktom faktorovej analýzy znázorňuje sutinový graf, ktorý poskytol softvér (Graf 1). Na osi X sú predpokladané počty faktorov, na osi Y sú zodpovedajúce vlastné čísla matice. Graf sa na jednom mieste láme, mení uhol. Počet bodov na týmto zlomom je počet faktorov, s ktorými sme počítali. Na základe sutinového grafu sme predpokladali existenciu trojfaktorového riešenia nášho modelu.

Graf 1 Sutinový graf



Vo faktorovej matici v tabuľke 9 sú tučne označené záťaže jednotlivých faktorov. Z tabuľky 9 vyplýva že prvý faktor najviac koreluje s položkami PIH3-PIH8 a môžeme ich dohromady označiť ako subškálu „Spolupráca so zdravotníkmi a management symptómov ochorenia“. Druhý faktor najviac koreluje s položkami PIH9-PIH12 a môžeme ho označiť ako

subškálu „Zvládanie zdravotného stavu a jeho vplyv na životný štýl“. Faktor 3 zahrňuje položky PIH1 a PIH2 a označujeme ho ako subškálu „Znalosti zdravotného stavu pacienta.“

Tabuľka 6 Faktorová záťaž

Faktory			
Položky	1	2	3
PIH1	0,286	0,236	0,866
PIH2	0,332	0,223	0,850
PIH3	0,734	0,053	0,162
PIH4	0,659	0,153	0,294
PIH5	0,643	0,213	0,323
PIH6	0,828	0,103	0,052
PIH7	0,691	0,284	0,179
PIH8	0,644	0,301	0,229
PIH9	0,119	0,804	0,158
PIH10	0,108	0,840	0,184
PIH11	0,184	0,831	0,144
PIH12	0,345	0,687	0,103

Hodnoty popisnej štatistiky celkového PIH skóre a subškálových skóre, rozdelených podľa výsledkov exploračnej faktorovej analýzy, ukazuje tabuľka 7. Reliabilita PIH škály a jej subškál bola dobrá. Bola určená pomocou analýzy vnútornej konzistencie (Cronbachova alfa). Hodnoty Cronbachovej alfy pre celú PIH škálu (položky PIH1-PIH12) a pre subškály F1, F2 a F3 sú zaznamenané v tabuľke 7.

Tabuľka 7 Hodnoty popisnej štatistiky celkového PIH skóre a subškálových skóre

	Priemer	SD	Min	Max	Me	Mo	Cronb.alfa
PIH skóre	73,61	14,13	18	96	76	72	0,89
F1	38,42	8,02	7	48	40	48	0,85
F2	23,14	6,12	3	32	24	32	0,85
F3	12,11	3,14	2	16	12	16	0,89

Kategoriálne premenné sme spracovali pomocou početných tabuliek a stĺpcových grafov. Účasť všetkých respondentov bola dobrovoľná a anonymná. Štruktúrovaný dotazník obsahuje identifikačné údaje a PIH škálu, ktorá hodnotí úroveň self-managementu. Jednotlivé položky sú hodnotené pomocou Likertovej stupnice od 0 do 8. Čím vyššia hodnota, tým lepší (efektívnejší) self-management osoby s chronickým kardiovaskulárnym ochorením. Dotazník je rozdelený na dve časti. Prvá časť zahŕňa 12 položiek, ktoré slúžia ako identifikačné údaje. Druhá časť obsahuje 12 otázok PIH škály, v ktorých sa hodnotí úroveň self-managementu. Položky 1 a 2 súvisia so znalosťami, s tým čo respondent vie o svojom zdravotnom stave. Položky 3-5 monitorujú dodržiavanie liečebných opatrení a mieru spolupráce pacienta so zdravotníkom, lekárom alebo zdravotníckym zariadením. Položky 6-8 odhalia mieru schopnosti pacienta rozpoznať a riešiť symptómy svojho ochorenia. Majú za úlohu zistiť aké aktivity pacient prevádza pre správne monitorovanie priebehu a stavu svojho chronického ochorenia a ako je schopný rešpektovať požiadavky liečebného režimu. Položky 9-12 napomáhajú zistiť úroveň schopnosti self-managementu v rámci respondentovho zdravotného stavu. Jednotlivé položky PIH škály sme popísali v tabuľkách a grafoch, ktoré sú uvedené v prílohe diplomovej práce. Aký prínos majú vedomosti na život a zdravotný stav? Vedomosti sú prostriedkom realizácie, vďaka novým vedomostiam sme schopný urobiť veci, ktoré sme predtým urobiť nevedeli. V otázke 1 PIH škály sme sa zaujímali na vedomosti o zdravotnom stave pacienta. Čo pacienti o svojom zdravotnom stave vedia. Na Likertovej stupnici od 0 do 8 najviac pacientov 116 (26,9%) deklarovalo, že o svojom zdravotnom stave vedia veľa, na stupnici uviedli číslo 8. Jeden (0,2%) zo všetkých oslovených pacientov uviedol, že o svojom zdravotnom stave vie veľmi málo. Z tabuľky 8 vyplýva, že v oblasti vedomosti o svojom zdravotnom stave je u oslovených dostatočne veľká znalosť (tabuľka 8, graf 2).

Tabuľka 8 Vedomosti o zdravotnom stave

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
1	1	0,2	0,2
2	6	1,4	1,6
3	14	3,2	4,9
4	68	15,7	20,6
5	55	12,7	33,3
6	97	22,5	55,8
7	75	17,4	73,1
8	116	26,9	100,0
Celkom	432	100,0	

V ďalšej otázke sme zisťovali čo respondenti vedia o liečbe svojich zdravotných ťažkostiach a užívaní liekov. Najviac respondentov 109 (25,2%) sa vyjadrilo k tejto otázke pozitívne. Na Likertovej stupnici označili číslo 8, čo vyjadruje, že o liečbe svojich zdravotných ťažkostí vedia veľa. Ako v predchádzajúcej otázke aj v tejto jeden (0,2%) z oslovených uviedol, že o liečbe svojich zdravotných ťažkostí vrátane užívania liekov vie veľmi málo (tabuľka 9, graf 3).

Tabuľka 9 Vedomosti o liečbe zdravotných ťažkostiach

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
0	1	0,2	0,2
1	4	0,9	1,2
2	6	1,4	2,5
3	15	3,5	6,0
4	67	15,5	21,5
5	64	14,8	36,3
6	82	19,0	55,3
7	84	19,4	74,8
8	109	25,2	100,0
Celkom	432	100,0	

V oblasti dodržiavania liečebných opatrení sa respondenti najčastejšie prikláňali k najvyššej hodnote Likertovej stupnice. V otázke 3 sme zisťovali, či sa respondenti podrobujú liečbe a užívaní liekov na odporúčanie svojho lekára alebo zdravotníka. 249 (57,6%) respondentov v dotazníku uviedlo na Likertovej stupnici číslo 8, že na odporúčanie svojho lekára alebo zdravotníka sa vždy podrobujú liečbe a užívaní liekov. Z oslovených sa vyskytli 4 (0,9%) pacienti, ktorí tvrdili opak (tabuľka 10, graf 4).

Tabuľka 10 Podrobenie sa liečbe na odporúčanie svojho lekára

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
0	4	0,9	0,9
1	2	0,5	1,4
2	2	0,5	1,9
3	10	2,3	4,2
4	30	6,9	11,1
5	20	4,6	15,7
6	52	12,0	27,8
7	63	14,6	42,4
8	249	57,6	100,0
Celkom	432	100,0	

V otázke 4 sme sa pýtali, či sa respondenti podieľajú na rozhodovaní o svojom zdravotnom stave spoločne so svojim lekárom alebo zdravotníkom. Najčastejšou odpoveďou respondentov 174 (40,3%) na Likertovej stupnici bolo číslo 8 čiže vždy. 7 (1,6%) z oslovených pacientov uviedlo, že sa na rozhodovaní o svojom zdravotnom stave nikdy nepodieľa spoločne so svojim lekárom alebo zdravotníkom (tabuľka 11, graf 5).

Tabuľka 11 Rozhodovanie o zdravotnom stave s lekárom

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
0	7	1,6	1,6
1	6	1,4	3,0
2	4	0,9	3,9
3	18	4,2	8,1
4	63	14,6	22,7
5	33	7,6	30,3
6	58	13,4	43,8
7	69	16,0	59,7
8	174	40,3	100,0
Celkom	432	100,0	

V otázke 5 sme sa zaujímali či respondenti dokážu jednať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti o službách, ktoré potrebujú a ktoré sú v súlade s jeho kultúrnymi zvyklosťami, hodnotami a názormi. 133 (30,8%) respondentov si uvedomuje dôležitosť jednanía s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti o službách, ktoré potrebujú a ktoré sú v súlade s jeho kultúrnymi zvyklosťami, hodnotami a názormi. Z oslovených sa našlo 6 (1,4%) pacientov, ktorí na stupnici uviedli, že nikdy nedokážu jednať s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti o službách, ktoré potrebujú (tabuľka 12, graf 6).

Tabuľka 12 Jednanie o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
0	6	1,4	1,4
1	3	0,7	2,1
2	7	1,6	3,7
3	20	4,6	8,3
4	82	19,0	27,3
5	42	9,7	37,0
6	71	16,4	53,5
7	68	15,7	69,2
8	133	30,8	100,0
Celkom	432	100,0	

Pri hodnotení frekvencií dochádzky na zdravotné kontroly, ako si vyžaduje lekár alebo zdravotník pacientov sme zisťovali v otázke 6. Svoj súhlas k pravidelnejším kontrolám na vyžiadanie lekára alebo zdravotníka vyjadrilo 262 (60,6%) respondentov. Z oslovených pacientov 2 (0,5%) uviedli na Likertovej stupnici, že nikdy nedochádzajú na kontroly ako si vyžaduje ich lekár alebo zdravotník (tabuľka 13, graf 7).

Tabuľka 13 Dochádzky na kontroly

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
0	2	0,5	0,5
1	1	0,2	0,7
2	5	1,2	1,9
3	13	3,0	4,9
4	28	6,5	11,3
5	26	6,0	17,4
6	48	11,1	28,5
7	47	10,9	39,4
8	262	60,6	100,0
Celkom	432	100,0	

Výskum ukázal aj pozitívne informácie v schopnostiach respondentov rozpoznať a riešiť symptómy ochorenia. Sledovanie prejavov ochorenia a včasné varovné príznaky ako napríklad hodnoty krvného tlaku, cukru, maximálna výdychová rýchlosť, váha, dušnosť, bolesť, problémy so spánkom, nálada, apod. vyjadrilo na Likertovej stupnici 105 (24,3%) respondentov slovom vždy. Z oslovených pacientov 5 (1,2%) uviedlo, že nikdy nesledujú prejavy svojho ochorenia a včasné varovné príznaky a postavili sa k tejto otázke negatívne a nezodpovedne (tabuľka 14, graf 8).

Tabuľka 17 Sledovanie prejavov ochorenia

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
0	5	1,2	1,2
1	5	1,2	2,3
2	6	1,4	3,7
3	15	3,5	7,2
4	75	17,4	24,5
5	39	9,0	33,6
6	83	19,2	52,8
7	99	22,9	75,7
8	105	24,3	100,0
Celkom	432	100,0	

V záujem zachovania zdravia a pohody je veľmi dôležité prijať vhodné podporné opatrenia. Či pri zhoršení prejavov ochorenia a včasných varovných príznakov respondenti prevádzajú vhodné opatrenia, sme sa dozvedeli v otázke 8. Znalosti o vhodnom opatrení vyjadrilo 137 (31,7%) respondentov. Z oslovených 1 (0,2%) pacient na túto otázku uviedol, že pri zhoršení svojho ochorenia neprevádza nikdy vhodné opatrenia (tabuľka 15, graf 9).

Tabuľka 15 Vhodné opatrenia pri zhoršení zdravotného stavu

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
0	1	0,2	0,2
1	1	0,2	0,5
2	8	1,9	2,3
3	15	3,5	5,8
4	66	15,3	21,1
5	43	10,0	31,0
6	66	15,3	46,3
7	95	22,0	68,3
8	137	31,7	100,0
Celkom	432	100,0	

Self-care, definuje starostlivosť zaisťovanú vlastnými silami. Zahrňuje teda samostatné činnosti pacienta, ktoré pomáhajú udržiavať zdravie. Úroveň schopnosti self-managementu sme zisťovali v otázkach 9 – 12. Otázka 9 súvisí či respondenti zvládajú vplyv svojho zdravotného stavu na svoju fyzickú aktivitu, ako je napríklad chôdza, domáce práce, apod. Ako tabuľka ukazuje, číslo 8 na Likertovej stupnici uvádza 104 (24,1%) respondentov. 7 (1,6%) z oslovených pacientov uvádzalo, že nezvláda vplyv svojho zdravotného stavu na svoju fyzickú aktivitu (tabuľka 16, graf 10).

Tabuľka 16 Vplyv zdravotného stavu na fyzickú aktivitu

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
0	7	1,6	1,6
1	6	1,4	3,0
2	6	1,4	4,4
3	25	5,8	10,2
4	79	18,3	28,5
5	59	13,7	42,1
6	79	18,3	60,4
7	67	15,5	75,9
8	104	24,1	100,0
Celkom	432	100,0	

Naše choroby sú odrazom našich myšlienok a pocitov. Aj myšlienky, pocity a emócie nám môžu poškodzovať zdravie. V otázke 10 nás zaujímal názor respondentov ako zvládajú vplyv svojho zdravotného stavu vzhľadom nato ako sa cítia, čo prežívajú, napríklad vplyv na svoje emócie, na duševnú pohodu, a podobne. Na túto otázku odpovedalo „celkom dobre“ 96 (22,2%) respondentov. Z oslovených 5 (1,2%) pacientov uviedlo, že nie moc dobre zvládajú vplyv svojho zdravotného stavu nato ako sa cítia (tabuľka 17, graf 11).

Tabuľka 17 Vplyv zdravotného stavu na emócie

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
0	5	1,2	1,2
1	3	0,7	1,9
2	10	2,3	4,2
3	19	4,4	8,6
4	96	22,2	30,8
5	47	10,9	41,7
6	87	20,1	61,8
7	74	17,1	78,9
8	91	21,1	100,0
Total	432	100,0	

Zdravie potrebuje aktívny spoločenský život. V niekoľkých štúdiách z posledných dvoch rokov sa dokázalo, že kvalitný spoločenský život má pozitívny vplyv na zdravie človeka. V nasledujúcej tabuľke sú uvedené výsledky, ktoré hovoria o tom, či respondenti zvládajú vplyv svojho zdravotného na svoj spoločenský život, napríklad nadväzovanie kontaktu s ďalšími ľuďmi, a podobne. Najčastejšia odpoveď bola na Likertovej stupnici číslo 8. 114 (26,4%) oslovených zvládalo vplyv svojho zdravotného stavu na spoločenský život veľmi dobre (tabuľka 18, graf 12).

Tabuľka 18 Vplyv zdravotného stavu na spoločenský život

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
0	1	0,2	0,2
1	6	1,4	1,6
2	3	0,7	2,3
3	20	4,6	6,9
4	98	22,7	29,6
5	51	11,8	41,4
6	63	14,6	56,0
7	76	17,6	73,6
8	114	26,4	100,0
Celkom	432	100,0	

Zdravie ovplyvňujeme svojim vlastným životným štýlom. Jednotlivé návody ako dodržiavať zdravý životný štýl sa líšia, ale snáď všetky majú jedno spoločné – snažia sa nájsť recept, ako byť zdravý a cítiť sa príjemne a fit. V našom výskume nás v závere zaujímalo aká je úroveň self-managementu respondentov na celkové dodržiavanie zdravého životného štýlu, napríklad nefajčenie, príležitostné pitie alkoholu, zdravé stravovanie, pravidelná telesná aktivita, zvládanie stresu, apod. Zistili sme a z odpovedí vyplýva, že 102 (23,6%) respondentov zvládalo dodržiavať zdravý životný štýl veľmi dobre. Z oslovených sa 2 (0,5%) pacienti vyjadrili, že nie moc dobre zvládajú dodržiavať zdravý životný štýl (tabuľka 19, graf 13).

Tabuľka 19 Dodržiavanie zdravého životného štýlu

	Frekvencia	Percento %	Kumulatívne %
0	2	0,5	0,5
1	10	2,3	2,8
2	11	2,5	5,3
3	22	5,1	10,4
4	82	19,0	29,4
5	44	10,2	39,6
6	76	17,6	57,2
7	83	19,2	76,4
8	102	23,6	100,0
Celkom	432	100,0	

Predpokladali sme a vo všeobecnosti sme zistili, že z výsledkov psychometrického skúmania vyplýva, že exploračná faktorová analýza ukázala trojfaktorové riešenie. Hodnota Cronbachovo alfy 0,89 vyjadruje vysokú reliabilitu PIH škály. Split-half reliabilita 0,83 a metóda test-retest 0,81 vykazujú jej dobrú spoľahlivosť. Jednotlivé položky PIH škály spolu významne korelujú ($p < 0,05$). Zhodnotený prístup oslovených pacientov k danej problematike z hľadiska ich informovanosti poukázal na dostatočné znalosti a vedomosti. Ukázal aj malé nepatrné rezervy. Výsledky ukázali, že väčšina pacientov sa vyjadrilo pozitívne a uvedomujú si dôležitosť prevádzať vhodné opatrenia vzhľadom k svoju zdravotnému stavu. V závere nás zaujímalo aká bola úroveň self-managementu. Zistili sme a z odpovedí vyplýva, že úroveň schopnosti self-managementu oslovených pacientov je dostatočná a pacienti sa nachádzajú v dobrom stave.

DISKUSIA

Ako uvádzame v teoretickej časti diplomovej práce kardiovaskulárne choroby sú podľa štatistických ukazovateľov dlhodobo najčastejšie príčiny smrti vo svete. Sú jedným z najrozšírenejších chronických ochorení a dlhodobo im patrí dominantná pozícia v príčinách hospitalizácie v zdravotníckych zariadeniach (Rovný, 2011, s. 240). Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb sa pre skupinu kardiovaskulárnych chorôb používa všeobecný názov choroby obehovej sústavy. Na tieto choroby ročne zomiera približne 12 miliónov ľudí (Valachovičová 2014, s. 83). Globálna záťaž chronickými kardiovaskulárnymi ochoreniami je na svete obrovská. Pri riešení tohto problému do budúcnosti je dôležitá edukácia celej populácie (Murín, 2014, s. 2-3). Rizikové faktory životného štýlu ako fyzická inaktivita, fajčenie a nezdravá strava môžu mať príčinný vplyv takmer u 80% kardiovaskulárnych ochorení. Veľký vplyv na kvalitu života pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením má fyzická a emocionálna zložka. Je potrebné klásť dôraz na prevenciu, čo je v prípade ochorenia predovšetkým zdravý životný štýl. V praxi je dôležité zlepšovať edukačný program a self-management, čo je schopnosť pacienta samostatne uspokojovať potreby, ktoré pomáhajú udržovať zdravie. Úspech je daný aktívnym zapojením pacienta do ozdravného procesu a vytvorením dôvery medzi pacientom a zdravotníkom. S týmto úzko súvisí schopnosť pacientov riadiť zdravotné aspekty svojej choroby, riadiť svoju životnú rolu, súvisiacu so zmenou spôsobenou ochorením a v neposlednom rade tiež riadiť psychologické následky svojej choroby. Trendom súčasnej doby je preto zameranie sa na sebariadenie takzvaný self-management pacienta.

Pre hodnotenie self-managementu sme v našej práci použili škálu Partners in Health (PIH, Škála partnerov v zdraví), jej názov vychádza zo základného princípu vytvorenia partnerského vzťahu medzi pacientom a zdravotníkom. V roku 2015 bola podpísaná zmluva so súhlasom autorov o požičanie PIH škály našej fakulte do roku 2018. Prvá verzia tejto škály bola vytvorená na základe výsledkov programu SA Health Plus koordinovanej starostlivosti (Flinderský program). Bolo preukázané, že poskytovanie starostlivosti osobám s chronickým ochorením vychádza prioritne z ich schopnosti self-managementu, než zo závažnosti a komplexnosti ochorenia. V priebehu vývojových fáz a testovaní škály bol zistený nedostatok konkrétnych otázok na oblasť fyzickej aktivity, psychiky a spoločenského života u osôb s chronickým ochorením (Petkov et al., 2010, s. 1079–1080; Battersby et al., 2003, s. 43–44). Nová koncipovaná škála sa skladá z 12 otázok, ktoré hodnotia dodržovanie liečebných opatrení, vedomostí o ochorení, management vedľajších účinkov a management

príznakov a symptómov. V roku 2015 bola v rámci projektu IGA na Fakulte zdravotníckych vied Univerzity Palackého vykonaná obsahová a lingvistická validizácia tejto škály a bol stanovený formulár záznamu v českej verzii s identifikačnými údajmi.

Náš záujem o skúmanú problematiku ako aj vyššie uvedené dôvody nás viedli k zameraniu výskumu na psychometrickú validizáciu PIH škály aplikovanú na pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením v sociokultúrnych podmienkach Českej republiky. Na základe tejto práce sa prevedením psychometrickej validizácie PIH škály získal štandardizovaný mieriaci nástroj pre stanovenie úrovne self-managementu. Následne je možnosť PIH škálu využiť v prevencii poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Táto validizovaná a štandardizovaná PIH škála bude môcť byť využitá pri naplnení kompetencii všeobecných sestier v oblasti edukácie pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením. Výskumné šetrenie bolo organizované a realizované s rešpektovaním požiadaviek etiky výskumu. Kvantitatívny výskum sme realizovali distribúciou štandardizovaných dotazníkov. Výskumné šetrenie prebiehalo v období od Januára do Júna 2017. Po konzultácii s hlavnou sestrou a po schválení žiadosti o umožnenie realizácie výskumného šetrenia v rámci diplomovej práce boli dotazníky distribuované pacientom u siedmich rôznych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na pracoviskách s interným zameraním. V rámci výskumného projektu bolo rozdanych celkom 500 dotazníkov respondentom – pacientom spĺňajúce stanovené kritéria. Konečná vzorka respondentov zaradených do výskumu bola 432 respondentov. Vybraný pacient bol oslovený za účelom spolupráce na výskumnom šetrení. Pacientovi bol predstavený dotazník a vysvetlený princíp šetrenia. Najprv prebehol pilotný výskum pre overenie reliability dotazníkov, kde sme dvakrát otestovali 40 respondentov v rozmedzí troch týždňoch. Následne štatistické spracovanie ukázalo predbežné výsledky. Po tejto pilotnej verzii prebehol vlastný výskum.

Vo výskumnej časti sme testovali psychometrickú validizáciu PIH škály. Medzi čiastkové ciele psychometrického spracovania patrilo zistenie vnútornej konzistencie škály, veľkosť koeficientu reliability a testovanie konštruktivej validity pomocou faktorového modelu na sledovanom súbore pacientov. Predpokladali sme a vo všeobecnosti sme zistili, že škála vykazuje vysokú reliabilitu meraní prostredníctvom Crobachovo alfa a potvrdzuje vysokú vnútornú konzistenciu škály. Konštruktová validita bola testovaná faktorovou analýzou a bolo nájdené trojfaktorové riešenie. Prostredníctvom exploračnej faktorovej analýzy sme identifikovali 3 faktory s vlastnými hodnotami. Prvý faktor (F1) sme pomenovali ako „Spolupráca so zdravotníkmi a management symptómov ochorenia“, ktorý najviac koreloval s položkami 3, 4, 5, 6, 7 a 8. Faktor 2 (F2) sa vzťahoval k subškále s položkami 9,

10, 11, 12 a označili sme ho ako „Zvládanie zdravotného stavu a jeho vplyv na životný štýl“. Taktiež sme identifikovali faktor 3 (F3), ktorý sme nazvali „Znalosti zdravotného stavu pacienta“ obsahoval len položky 1 a 2. Môžeme konštatovať, že PIH škála sa javí ako vhodný nástroj k zisťovaniu úrovne self-managementu u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením v sociokultúrnom prostredí Českej republiky.

Výsledky nášho testovania validity sú porovnateľné s výsledkami zahraničných verzii. Z dohľadaných validných zdrojov je zrejme rôzne vnímanie faktorovej štruktúry PIH škály. V literatúre je možné nájsť práce, v ktorých autori pracujú s rôznym počtom faktorov. Konštruktovú validitu skúmal pomocou exploračnej faktorovej analýzy už v roku 2003 na jedenásť položkovej PIH škále Battersby a vynašiel trojfaktorové riešenie (Battersby et al., 2003, s. 41-52). Naš trojfaktorový model korešponduje s touto verziou PIH škály. Vnútoraná konzistencia a vytvorená platnosť originálnej verzie revidovanej štvorfaktorovej 12-položkovej stupnice Partners in Health (PIH), ktorá sa používa na posúdenie poznatkov a správanie pacientov v chronických podmienkach v austrálskej komunite bola otestovaná v štúdiu, ktorej autorom bol Petkov. Petkov v roku 2010 vytvoril dvanásť položkovú verziu so štvorfaktorovým riešením. Táto verzia PIH škály bola rozdelená do štyroch subškál: „Znalosti“ položky 1, 2, 3, 4, 8. „Porozumenie a management symptómov ochorenia“ položky 6, 7, 9. „Adherencia k liečbe“ položky 3, 5 a „Zvládanie liečby“ položky 10, 11, 12 (Petkov, 2010, s. 1079-1086). Okrem štvorfaktorového modelu je tiež popísaný model dvojfaktorový. Na tento model sa odvoláva Lenferink, ktorý analyzoval dvojfaktorové riešenie PIH škály v holandskej verzii PIH (Du) na 118tich pacientoch s chronickou obštrukčnou pľúcnou chorobou – COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). V prvej subškále „Znalosti a coping“ sú v PIH (Du) zastúpené položky 1, 2, 8, 9, 10, 11 a 12 v druhej subškále „Management a adherencia k liečbe“ sú zastúpené položky 3, 4, 5, 6 a 7 (Lenferink, 2016). V rámci validizačnej dvojfázovej štúdie čínskej verzie PIH škály v Hong Kongu (C-PIH HK) na súbore 209 chronických chorých respondentov bola testovaná konštruktová validita, vnútoraná konzistencia a test-retest reliabilita. Konštruktová validita bola potvrdená metódou hlavných komponent s rotáciou oblimax. V prvej fáze výskumu bolo najdené štvorfaktorové riešenie a v druhej fáze dvojfaktorové riešenie C-PIH HK škály (Chiu et al., 2016, s. 199-203). V našom výskume bola tiež použitá metóda hlavných komponent, ale s rotáciou varimax. Štvorfaktorový a dvojfaktorový model riešenia PIH škály, aplikovanej na chronický chorých pacientov, vynašiel taktiež Smith (Smith et al., 2016, s. 149-159). Trojfaktorový model PIH-OA škály na súbore geriatrických pacientov, ktorých priemerný vek bol 81,7 rokov bol prezentovaný v holandskej verzii a jeho tri subškály boli označené ako

„Znalosti“, „Management“ a „Coping“ (Veldman, 2016). Trojfaktorové riešenie v mexickej štúdií rozdelilo položky do subškál „Znalosti“ položky 1 a 2, „Adherence“ položky 3, 4, 5, 6, 7, 8 a „Management“ položky 9, 10, 11, 12 (Peñarrieta-de Córdova et al., 2014, s. 33-34). V našom výskume sme subškálu s položkami 3, 4, 5, 6, 7, 8 označili F1 a nazvali „Spolupráca so zdravotníkmi a management symptómov ochorenia“. Subškálu s položkami 9, 10, 11, 12 sme označili F2 a nazvali „Zvládanie zdravotného stavu a jeho vplyv na životný štýl“ s subškálu s položkami 1,2 označenú ako F1 a nazvanú „ Znalosti zdravotného stavu“. Ako ďalší krok pri štúdií faktorovej analýzy dotazníka sa realizuje konfirmačná – potvrdzujúca analýza, ktorej účelom je zistiť, či štruktúra naznačená exploračnou faktorovou analýzou poskytuje úplný popis vplyvov, ktoré determinujú odpovedanie respondentov na položky. Na túto analýzu sú ale potrebné špeciálne software, ktoré autori zatiaľ nemajú k dispozícii. Do budúcnosti by som sa chcela týmto problémom taktiež zaoberať. PIH škála na našej vzorke 432 pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením vykazuje akceptovateľnú hodnotu reliability test-retest 0,81 a vysokú hodnotu vnútornej konzistencie meraní koeficientom Cronbachovo alfa = 0,89. Tieto zistenia korešponujú s výsledkami zahraničných štúdií. Napríklad v mexickej práci, kde bola skúmaná reliabilita PIH škály na chronicky chorých pacientov. Hodnoty Cronbachovo alfy vnútornej konzistencie škály sa v tejto štúdií pohybovali v rozmedzí 0,74-0,88 (Peñarrieta-de Córdova et al., 2014, s. 33-34). Vnútorná konzistencia našej dvanásť položkovej PIH škály meraná hodnotou Cronbachovo alfy vykazuje rovnaké hodnoty ako v pôvodnej štúdií Battersbyho (Battersby et al., 2003, s. 41-52). Predpokladali sme a vo všeobecnosti sme zistili, že z výsledkov psychometrického skúmania vyplýva, že exploračná faktorová analýza ukázala trojfaktorové riešenie. Hodnota Cronbachovo alfy 0,89 vyjadruje vysokú reliabilitu PIH škály. Split-half reliabilita 0,83 a metóda test-retest 0,81 vykazuje jej dobrú spoľahlivosť. Jednotlivé položky PIH škály spolu významne korelujú ($p < 0,05$). Výskumní pracovníci v oblasti zdravotnej starostlivosti venujú stále viac pozornosti meraniu výsledkov poskytovaných služieb a intervencií. Pri hodnotení prospešnosti intervencií sú využívané rôzne objektívne a subjektívne ukazovatele odrážajúce zdravotný stav pacienta. V súčasnosti sa prvoradým stáva to, ako sa pacient cíti, a nie to, čo si zdravotný personál myslí, ako by sa mal cítiť. Preto sa k takzvaným objektívnym mieram zdravotného stavu, akými sú morbidita, mortalita, odozva na symptómy alebo miera prežívania, pridávajú aj miery kvality života. Zvlášť dôležitým sa tieto subjektívne miery stávajú u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením, u ktorých je kvalita života určujúcou mierou, nakoľko úplné vyliečenie je u nich často málo pravdepodobné (Gurková, 2011, s. 223). Zhodnotený prístup oslovených pacientov k danej problematike z hľadiska ich

informovanosti poukázal na dostatočné znalosti a vedomosti. Ukázal aj malé nepatrné rezervy. Výsledky ukázali, že väčšina pacientov sa vyjadrilo pozitívne a uvedomujú si dôležitosť prevádzať vhodné opatrenia vzhľadom k svojmu zdravotnému stavu. V závere nás zaujímala aká je úroveň self-managementu. Zistili sme a z odpovedí vyplýva, že úroveň schopnosti self-managementu oslovených pacientov je dostatočná a pacienti sa nachádzajú v aktuálnom dobrom stave. V porovnaní s kvantitatívnym výskumom pomocou dotazníkov EQ – 5D, EQ VAS a „Modifikovaný Minnesotský dotazník kvality života – Život so srdcovým zlyhaním“ aplikovaných na súbor 65 respondentov, kde cieľom bolo zistiť, či pacienti s chronickým srdcovým zlyhaním vedia doporučené režimové opatrenia, ich postoj k dodržiavaniu režimových opatrení a akú majú kvalitu života (Zelinková, 2016, s. 16), sú naše výsledky na rovnakej úrovni. Predpokladom úspechu liečby chronického ochorenia je vzájomná dôvera medzi pacientom a zdravotníckym personálom. Potrebne je klásť dôraz na prevenciu, ktorou je v prípade civilizačných chorôb predovšetkým zdravý životný štýl. Je dôležité diskutovať s pacientmi a ich blízkymi o možnostiach liečby a správne zvolenou komunikáciou posilňovať ich dôveru v účinnosť liečby. V praxi je dôležité stále zlepšovať edukačný program – aktívna spolupráca zdravotníkov, pacientov a ich blízkych, holistický prístup a v neposlednom rade self-management. Naše zistenia ukázali, že stupnica PIH škály je relevantný a štrukturálne platný nástroj na meranie chronického stavu pacientov. PIH škála môže pomôcť zdravotníckym pracovníkom zaviesť koncept self-managementu pre svojich pacientov a poskytnúť hodnotenie oblastí samosprávy. Obmedzením je užší rozsah validovaných vlastností merania PIH.

ZÁVER

Výskyt chronických ochorení sa v dnešnej dobe neustále zvyšuje, a to najviac v súvislosti so starnutím populácie, zvyšuje sa kvalitou medicíny, zdravotníctvom a dostupnosťou služieb. Problematika chronických ochorení je veľmi rozsiahla. Má zastúpenie nie len v lekárskejších a nelekárskych odboroch ale i vo výskume. Kardiovaskulárne ochorenie je trvalou hrozbou pre zdravie i život ľudskej populácie vo svete. Pojem zdravie chápajú ľudia rozlične, súvisí so spoločnosťou, v ktorej človek žije, vzdelaním a hodnotovým systémom človeka. Ľudská bytosť je z hľadiska svojho správania veľmi rôznorodá a preto je veľmi ťažké predpokladať a očakávať určitý spôsob správania človeka. Takmer každá choroba je zbytočná. Preto treba chrániť svoj život pred zbytočným ochorením, ktorému môžeme predísť. Pretože vznik chorôb v modernej spoločnosti je z veľkej časti ovplyvňovaný konaním a správaním človeka. Pre zmenu správania však nestačia len vedomosti, ale potrebná je i zmena postojov a praxe, ako aj nadobudnutie zručností. Dimunová zdôrazňuje, že „ošetrovatelstvo svojím zameraním na zdravie a jeho podporu plní dôležitú rolu v oblasti prevencie“ (2008, s. 70). V medicíne a ošetrovatelstve je podstatné zachytiť subjektívne pocity pacienta v kontexte jeho choroby a aktuálnu situáciu vo fyzických, psychických, sociálnych a spirituálnych rovinách pomocou validných meracích nástrojov a schopnosť porozumieť pacientovi, identifikovať obmedzujúce a limitujúce faktory a oblasti jeho života, ktorým je potrebné venovať pozornosť. Edukáciou manažmentu seba samého pomáha sebra pacientovi/klientovi prežívať väčšiu kvalitu života v zmysle zlepšenia vnímania kontroly nad zdravotným stavom a pozitívnu spätnou aj zvyšuje kvalitu zdravotnej starostlivosti.

Nami realizovaný výskum ukázal pozitívne informácie v úrovni informovanosti pacientov o svojom zdravotnom stave a užívaní liekov. Väčšina pacientov si uvedomuje dôležitosť pravidelných prehliadok u svojho lekára a podieľajú sa spoločne na rozhodovaní o ich zdravotnom stave. Cieľom starostlivosti je aktívne zapojenie pacienta do preventívneho alebo liečebného režimu. To znamená, že pacient si musí osvojiť nielen vedomosti, postoje, zručnosti, ktoré súvisia so všeobecnou prevenciou ochorenia, ale zároveň musí prijať veľkú zodpovednosť za ochranu a podporu svojho zdravia i za kontrolu svojho ochorenia a svojho zdravotného stavu. Z výsledkov psychometrického skúmania na českej populácii s kardiovaskulárnym ochorením vyplýva analógia s inými výskumnými štetreniami v oblasti definovaných subškál. Česká verzia PIH škály vykazuje podobné psychometrické vlastnosti ako verzie vytvorené a validizované v zahraničí. Škála vykazuje vysokú reliabilitu meraní

metódami test-retest a split-half Spearman-Brown a Spearmanovým korelačným koeficientom. Crobachovo alfa potvrdzuje vysokú vnútornú konzistenciu škály. Konštruktová validita bola testovaná exploračnou faktorovou analýzou a bolo nájdené trojfaktorové riešenie. Na základe našich zistení môžeme konštatovať, že sa jazykovo a psychometricky validizovaná PIH škála javí ako vhodný nástroj k zisťovaniu úrovne self-managementu u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením v sociokultúrnom prostredí Českej republiky. Jej výhodou je časová nenáročnosť a ľahký spôsob administrácie. Pre finálnu validizáciu PIH škály doporučujeme realizovať výskum na väčšom kvantitatívne reprezentatívnejšom súbore respondentov. Výsledky výskumu boli prezentované aj v odbornom periodiku z odboru ošetrovateľstva. Článok v časopise Ošetrovateľstvo, ktorý je momentálne v tlači v č.1, 2018. Aktívnou účasťou som sa s výsledkami výskumu zapojila do študentskej vedeckej odbornej činnosti na Fakulte zdravotníckych vied Univerzity Palackého kde som danú problematiku podala a obhájila pred odbornou komisiou a verejnosťou. Táto práca bola podporovaná projektom IGA_FZV_2017_003 Psychometrická validizácia PIH škály u pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením.

LITERÁRNE ZDROJE

1. ATTESLANDER, P., 2008. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag. 359 s. ISBN 9-783503-10690-5.
2. BAMBERG, G. et al., 2008. *Statistik Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. 324 s. ISBN 978-3-486-58619-0.
3. BARLOW, J. et al., 2002. Self-management approaches for people with chronic illness: A review. *Patient Education and Counseling*. [online]. Vol. 48., no. 2, s. 177-87. ISSN 0738-3991. [cit. 2018-01-12].
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12401421>
4. BATTERSBY, M. et al., 2003. The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. In: *Australian Journal of Primary Health*. Vol. 9., no. 2-3, s. 41 – 52. ISSN 1448-7528.
5. BENČO, J., 2001. *Metodológia vedeckého výskumu*. Bratislava: IRIS. 194 s. ISBN 80-89018-27-0.
6. BUSSE, R. et al., 2010. *Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, interventions and challenges*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 112 s. ISBN 9789289041928.
7. CAPUTO, A. et al., 2009. *Arbeitsbuch Statistik*. Berlin: Springer Verlag. 118 s. ISBN 978-3-540-85082-3.
8. CLARK, NM., 2003. Management of chronic disease by patients, *Ann Rev Public Health*. [online]. Vol. 24. s. 289–313. [cit.2018-03-05]. ISSN 24:289-313. Dostupné z: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.24.100901.141021>
9. CHAN, J., McBURNEY, H., BELL, L., 2014. A pilot study to assess the efficacy of the Flinders Program of Chronic Condition Self-management on the health and wellbeing of haemodialysis patients. In: *Renal Society of Australasia Journal*. Vol. 10, no. 2, s. 66 – 74. ISSN 1832-3804.
10. CHIU T. M. et al., 2016. Validation study of a Chinese Version of Partners in Health in Hong Kong (C-Pih HK). In: *Quaity of Life Research*. [online]. Vol. 26, no. 1, s. 199-203. [cit. 2018-04-15].
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/27216940/>

11. DICKSON, V.V. et al., 2017. Psychometrics Testing of the Self-care of Hypertension Inventory. In: *Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 32, no. 5, s. 431-438. ISSN 0889-4655.
12. DRAGOMIRECKÁ, E. et al., 2006. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. World Health Organization Quality of Life Assessment. *Průručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, s. 9. ISBN 978-80-8512-182-7.
13. EGNEROVÁ, A., 2012. Kardiovaskulárne choroby. In: *Verejné zdravotníctvo*. Bratislava: VEDA. ISBN 978-80- 224-1283-4.
14. FAŤUNOVÁ, Z. *Kvalita života*. [online]. Praha 2007. [cit. 2018-04-1]. Diplomová práce. Filozofická fakulta University Karlovy Katedra psychologie. Vedoucí práce: Hrachovinová, T. 94 s.
15. GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1.vyd. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
16. GURKOVÁ, E. et al., 2009. Konceptualizácia kvality života v ošetrovatel'stve. In: *Profese on-line*. č. 2, s. 89–103. ISSN 1803-4330.
17. GLASGOW, R. et al., 2003. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management, *Jt Comm J Qual Saf*. PubMed. [online]. Vol. 29, s. 563–74. [cit. 2018-04-1]. PMID: 14619349.
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14619349>
18. HORANSKÁ, V et al., 2011. Úloha ošetrovatel'ství při prevenci ICHS. In: *Sestra*. Roč. 21, č. 12, s. 55-56. ISSN 1210-0404.
19. HALL, C.E. et al., 2016. A needs assessment of people living with diabetes and diabetic retinopathy. In: *BMC Research Notes* [online]. vol. 2, no. 25, s. 14. [cit. 2017-09-15]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4736166/>
20. HENDL, J., 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat*. Analýza a metaanalýza dat. Praha: Portál. ISBN 80-7178-820-1.
21. HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1.vydání. Praha: Slon. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
22. JANICZEKOVÁ, E., 2007. *Ošetrovatel'stvo teória, výskum a vzdelanie*. Martin. Vydavateľ'stvo Osveta, s.r.o., 701 s. ISBN 978-80-88866-43-5.
23. KONEČNÁ, J. et al., 2016. *Hodnocení self managementu u pacientů s chronickým onemocněním za použití PIH škály*. Sborník příspěvků z X. mezinárodního symposia ošetrovatel'ství. s.145-146. ISBN 978-80-7464-826-7.

24. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. Psychologie nemoci. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
25. LENFERINK, A. et al., 2016. Construct Validity of the Dutch Version of the 12-Item Partners in Health Scale: Measuring Patient Self-Management Behaviour and Knowledge in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In: *Plos One*. [online]. Vol. 11, no 8. [cit. 2018-04-25].
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/27564410/>
26. LINKOVÁ, M. et al., 2010. Kvalita života chronicky chorého človeka. In: *Bedeker zdravia*. Roč. 6, č. 3, s. 72-74. ISSN 1337-2734.
27. LORIG, K., HOLMAN, H., 1993. Arthritis self-management studies: a twelve-year review, In: *Health Education quarterly*. [online]. Vol. 20, no. 1, s. 17–28. [cit. 2018-01-18].
Dostupné z: <file:///C:/Users/Anna/Downloads/ArthritisSelfManagementStudiesATwelveYearReview.pdf>
28. MANDYSOVÁ, P. et al., 2010. Preklad zahraničných nástrojov pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v Českej republike: Podporujú ošetrovateľstvo založené na dôkazoch ?. In: *Profese on-line*. Roč. 3, č.3, s. 165-174. ISSN 1338-6263.
29. MEDERLY, P., 2001. Indikátory. REC Slovensko. Bratislava. júl 2001. [online]. Vydané v rámci projektu "Capacity 21 - informačná kampaň na podporu trvalo udržateľného rozvoja v SR". [cit. 2018-01-17]. Dostupné z: <http://www.regioplan.sk/files/20/Indikatory%20TUR%20v%20SR%202001.pdf>
30. MŮHLPACHR, P., 2005. Meranie kvality života ako metodologická kategória. *Kvalita života a rovnosť príležitostí*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov. s. 59–70. ISBN 80-8068-425.
31. MURÍN, J., 2014. Globálna záťaž kardiovaskulárnym ochorením. Praktická a preventívna kardiológia. Odborná príloha časopisu *Bedeker zdravia* [online]. vydavateľ RE-PUBLIC s.r.o., ISSN 1337-2734. [cit.2018-06-07]. Dostupné z: <http://bedekerzdravia.sk/domains/bedekerzdravia/UserFiles/Files/kardio14%20web.pdf>
32. MUSILOVÁ, M., 2009. *Ošetrovateľstvo a kvalita života*. In Farkašová, D. a kol. *Ošetrovateľstvo: teória*. 3. doplnené vyd. Martin: Osveta. s. 212-218. ISBN 978-80-8063-322-6.

33. NAGYOVÁ, I., 2011. *Posilovanie systému verejného zdravotníctva*. Strengthening Public Health Systems. Vydavateľ: Equilibria, s.r.o., Košice, SR. Október 2011. ISBN: 978-80-89284-92-4.
34. NEMČEKOVÁ, M. et al., 2004. *Práva pacientov: Medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. Martin: Osveta. 216 s. ISBN 80-8063-162-X.
35. NOLTE, E., MCKEE, M., 2008. *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press. [online]. ISBN 033523370-8. [cit. 2018-03-05].
Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf
36. OBROČNÍKOVÁ, A. et al., 2013. Miera využitia sesterských intervencií v onkologickej prevencii. In: *Ošetrovateľství*. [online]. Roč.10, č. 12. [cit.2018-01-18]. Dostupné z: <http://casopiszsfsj.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130619084056566397.pdf>
37. OLIŠAROVÁ, V. et al., 2013. Kvalita života ako súčasť ošetrovateľstva. In: *Kontakt*. [online]. Roč. 1, s. 14–21. ISSN 1212-4117. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://casopiszsfsj.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130321134930700275.pdf>
38. PAYNE, J. et al., 2005. *Kvalita života a zdravia*. Vyd.1. Praha, Czechia: Triton. 630 s. ISBN 9788072546572.
39. PETKOV, J., HARVEY, P., BATTERSBY, M., 2010. The internal consistency and construct validity of the partners in health scale: validation of a patient rated chronic condition self-management measure. [online]. In: *Quality of Life Researc*. Vol. 19, s. 1079 – 1086. [cit. 2018-05-02]. ISSN 0962-9343.
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20437206>
40. PEŇARRIETA –DE CÓRDOVA, I. et al., 2014. Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation. In: *Nursing Management-UK*. Vol. 20, no. 10, s. 32-37. ISSN 1354-5760.
PORVAZNÍK, J. et al., 2007. *Celostný manažment*. Vydavateľstvo: Poradca podnikateľa. 540 s. ISBN 9788088931508.
41. RIMARČÍK, M., 2007. *Štatistika pre prax*. Vydavateľstvo: Marián Rimarčík. 200 s. ISBN 8096981311.
42. RUPRICH, J., 2014. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <http://www.szu.cz>

43. ROVNÝ, I. et al., 2011. *Vybrané kapitoly verejného zdravotníctva I*. Bratislava: PRO. 592 s. ISBN 978-80-89057- 33-7.
44. SALVIA, J. et al., 1998. *Assessment*. 7th ed. Boston: Houghton Mufflin. 816 s. ISBN 0-395-87440-8.
45. SLÁVIK, M., GÁBOROVÁ, L., 2004. *Niektoré aspekty kvality života súčasného človeka*. [online]. ISBN 80-8068- 282-8. [cit. 2018-06-07]. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/elpub/FF/Dzuka3/index.htm>>
46. SLOVÁČEK, L., 2004. Kvalita života nemocných – Jeden z dôležitých parametrov komplexného hodnotenia liečby. In: *Vojenské zdravotnícké listy*. [online]. Roč LXXIII, č.1. [cit.2018-04-12].
Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf
47. SMITH, D. et al., 2016. Measuring Chronic Condition Self-Management in an Australian Community: Factor Structure of the Revised Partners in Health (PIH) Scale. In: *Qual Life Research*. [online]. Vol. 26, no. 1, s. 149-159. [cit. 2018-01-12].
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/27432251/>
48. SZELIGA, P., 2001. Predpoklady adekvátnosti použitia faktorovej analýzy vo výskume. Súčasne trendy v analýze sociologických údajov - zborník prác, Martin: Honner. ISBN 978-80-7378-119-4.
49. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a., s. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
50. TM CHIU et al., 2016. Validation study of a Chinese Version of Partners in Health in Hong Kong (C-Pih HK). [online]. *Qual Life Res*. [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/27216940/>
51. TKÁČOVÁ, et al., 2011. Ateroskleróza jako následek špatného životního stylu. In: *Sestra*. Roč. 21, č. 12, s. 56-60. ISSN 1210-0404.
52. ÚZIS ČR, 2016. *Zdravotnická ročenka České republiky 2015*. [online]. Praha: ÚZIS ČR, [cit. 2018-03-20] ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>
53. VALACHOVIČOVÁ, M. et al., 2014. Vybrané kardiovaskulárne markery v epidemiologickej štúdii. In: *Životné podmienky a zdravie*. Zborník vedeckých prác. Vydavateľ: Úrad verejného zdravotníctva SR, Bratislava. s.83-85. ISBN 978-80-7159-216-7.
54. VELDMAN, K. et al., 2016. The Partners in Health Scale for Older Adults: Design and Examination of Its Psychometric Properties in a Dutch Population of Older

- Adults. In: *Health Expectations*. [online]. Vol. 20, no. 4, s. 601-607. [cit.2018-03-5].
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/27714892>
55. VILÁNKOVÁ, A. et al., 2010. Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárních chorob. *Medicína pro praxi*, [online]. Roč. 7, č. 12, s. 501-503. [cit. 2018-05-14]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/12/11.pdf>
56. VON, K. M. et al., 1997. Collaborative management of chronic illness. In: *Ann. Intern Med.* [online]. Vol. 15, no. 127, s. 1097-1102. [cit. 2016-03-25]. DOI: 10.7326/0003-4819-127-12-199712150-00008
Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.975.1048&rep=rep1&type=pdf>
57. WHO, 2002. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: World Health Organization. [online]. 103 s. ISBN 92 4 159 017 3. [cit. 2018-01-15].
Dostupné z: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf>
58. WAGNER, EH. et. al., 2005. Finding common ground: patient-centeredness and evidencebased chronic illness care. In: *J Alteru Complement Meal*. Vol.11, no. 1, s. 7-15. PMID: 16332190.
59. WAGNER, E. et. Al., 1999. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?. In: *Managed Care Quarterly*. [online]. Vol. 7, no. 3, s. 56-66. [cit.2018-01-12]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/082f/f5ec5e56b0d75dfd58e032c151fbeb1e7e55.pdf>
60. ZAUSZNIEWSKI, J. A. et al., 2007. Effects of Teaching Resourcefulness and Acceptance on Affect, Behavior, and Cognition of Chronically Ill Elders. In: *Issues Ment. Health Nurs*. Vol. 28, no. 6, s. 575-592. DOI:10.1080/01612840701354547.
61. ZELINKOVA, M., 2016. Zborník abstrakt X. kongresu kardiologických sestier, s medzinárodnou účasťou. Vydavateľ: Kardiovaskulárne oddelenie FN Ostrava, tr. 17. Listopadu 1790, Ostrava, 708 52, 1 vydanie.
62. ZEMAN, M., 2008. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. In: *Kontakt*. České Budějovice: ZSF JU. Roč. 10, č. 1, s. 140-149. ISSN 1212-4117.
63. Zákon pro lidi.cz. online, portál mpsv ČR, §1, §2. [cit. 2018-06-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505/zneni-20180101#cast1>

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1 Charakteristika výskumného súboru ($n_1=432$) a súboru pre test-retest ($n_2=40$).....	46
Tabuľka 2 Tabuľka položiek PIH škály s jej priemernými hodnotami a smerodajnými odchýlkami.....	47
Tabuľka 3 Korelačná matica položiek PIH škály.....	49
Tabuľka 4 Kaiser-Mayer-Olkinova miera a Bartlettuv test.....	49
Tabuľka 5 Hlavné komponenty – faktory.....	50
Tabuľka 6 Faktorová záťaž.....	51
Tabuľka 7 Hodnoty popisnej štatistiky celkového PIH skóre a subškálových skóre.....	51
Tabuľka 8 Vedomosti o zdravotnom stave.....	52
Tabuľka 9 Vedomosti o liečbe zdravotných ťažkostiach.....	53
Tabuľka 10 Podrobenie liečbe na odporúčanie svojho lekára.....	53
Tabuľka 11 Rozhodovanie o zdravotnom stave s lekárom	54
Tabuľka 12 Jednanie o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.....	54
Tabuľka 13 Dochádzky na kontroly.....	55
Tabuľka 14 Sledovanie prejavov ochorenia.....	55
Tabuľka 15 Vhodné opatrenia pri zhoršení zdravotného stavu.....	56
Tabuľka 16 Vplyv zdravotného stavu na fyzickú aktivitu.....	56
Tabuľka 17 Vplyv zdravotného stavu na emócie.....	57
Tabuľka 18 Vplyv zdravotného stavu na spoločenský život.....	57
Tabuľka 19 Dodržiavanie zdravého životného štýlu.....	58

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obrázok 1 Graf vývoja špecificky hospitalizovaných na ICHS a IM.....	13
Obrázok 2 Model starostlivosti o chronicky chorých.....	18
Obrázok 3 Model ICCC.....	19

ZOZNAM PRÍLOH

Prílohy 1 Dotazník

Príloha 2 Grafy

Príloha 3 Informovaný súhlas

Príloha 4 Sprievodný list k sociologickému výskumu

Príloha 5 Sprievodný list k sociologickému výskumu

Príloha 6 Sprievodný list k sociologickému výskumu

Príloha 7 Sprievodný list k sociologickému výskumu

Príloha 8 Sprievodný list k sociologickému výskumu

Príloha 9 Sprievodný list k sociologickému výskumu – elektronická forma

Príloha 10 Sprievodný list k sociologickému výskumu – elektronická forma

Príloha 11 Stanovisko Etickej komisie - FZV UP

Prílohy 1 Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

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

Autoři projektu

1. Jste a) muž b) žena

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

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

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

4. Jaká je Vaše sociální situace?

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

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

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

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

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

7. Máte momentálně akutní zdravotní problémy?

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

8. Máte diagnostikovanou depresi?

- a) ano
- b) ne

9. Máte problémy s orientací v místě a čase?

- a) ano
- b) ne

10. Jste závislý/á na péči druhé osoby?

- a) ano
- b) ne

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

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

1. Celkově vím o svém zdravotním stavu:

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

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

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

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8
nikdy				někdy				vždy

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8
nikdy				někdy				vždy

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8
nikdy				někdy				vždy

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8
nikdy				někdy				vždy

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8
nikdy				někdy				vždy

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8
nikdy				někdy				vždy

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

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

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

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

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

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

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

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

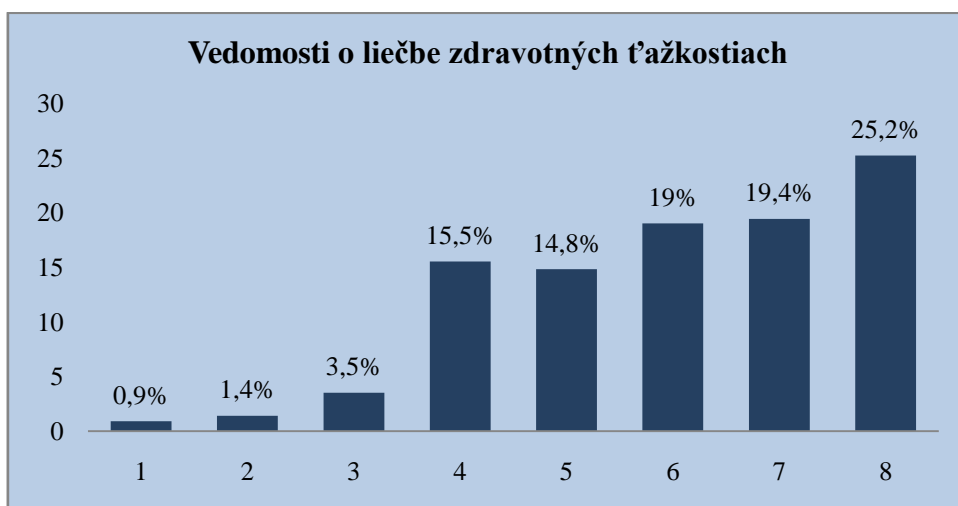
Děkujeme za vyplnění dotazníku

Príloha 2 Grafy

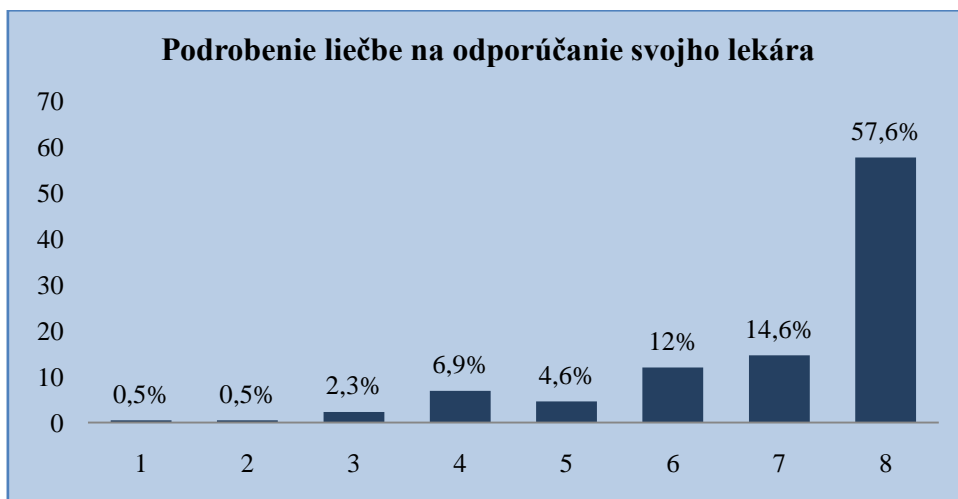
Graf 2



Graf 3



Graf 4



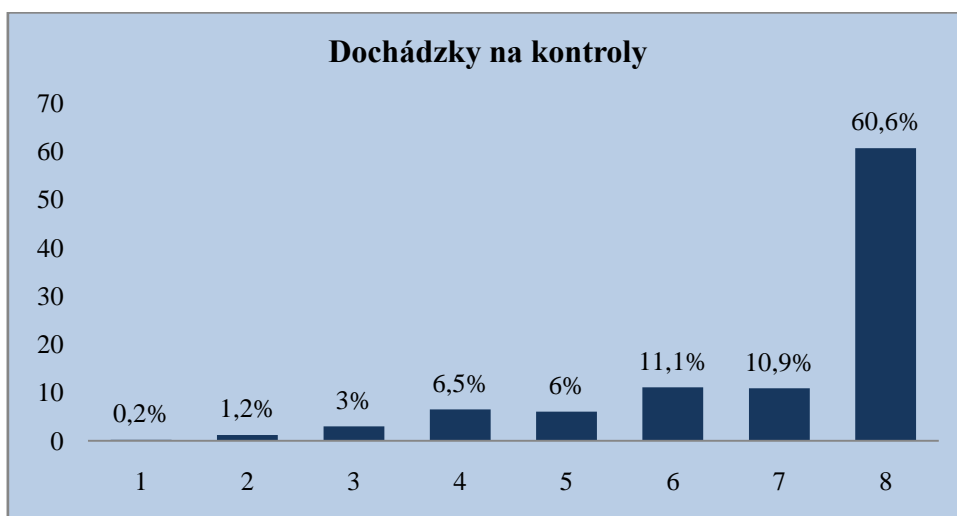
Graf 5



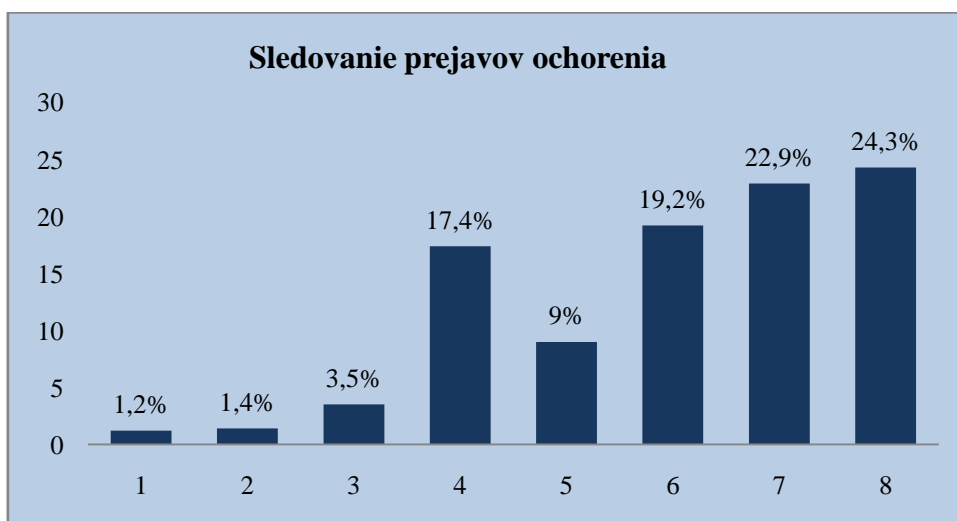
Graf 6



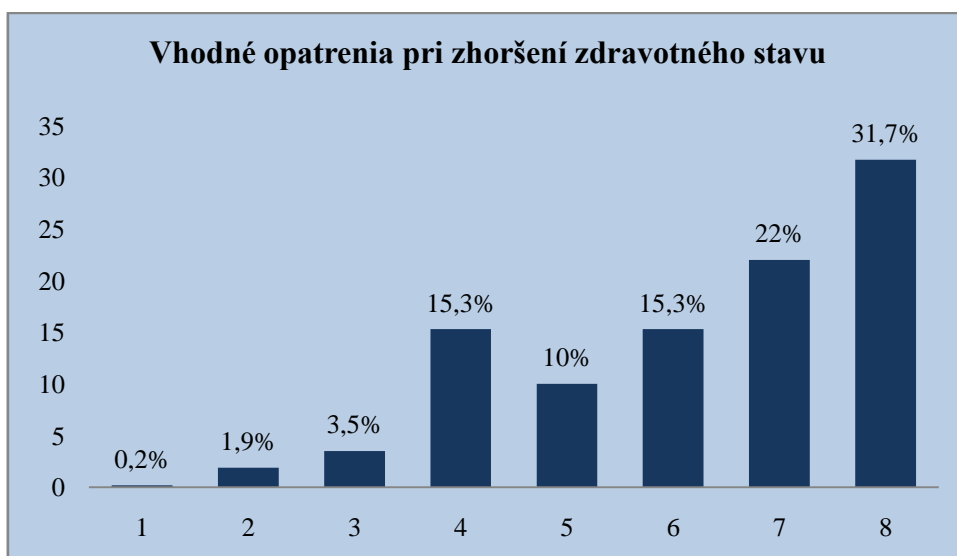
Graf 7



Graf 8



Graf 9



Graf 10



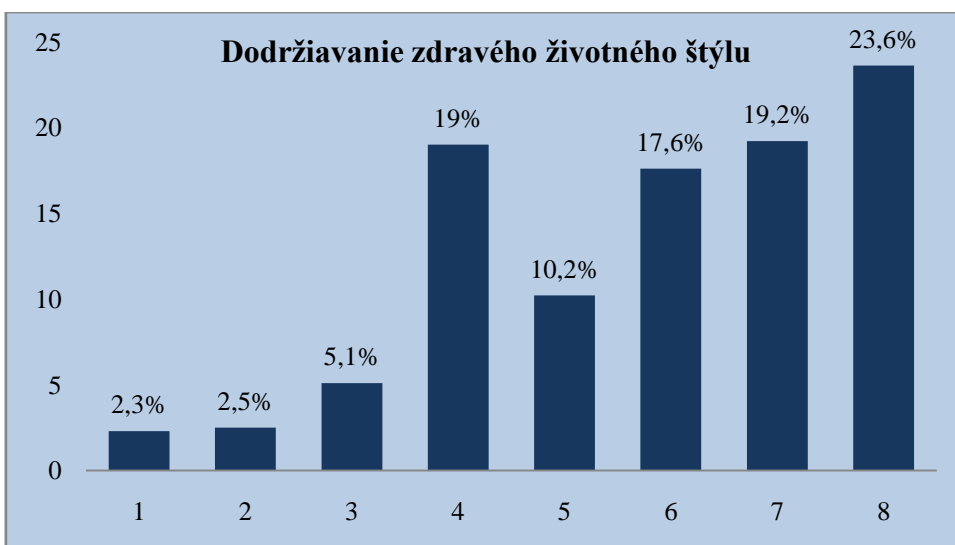
Graf 11



Graf 12



Graf 13



Príloha 3 Informovaný súhlas

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: IGA

Psychometrická validizace PIH škály u pacientů s chronickým kardiovaskulárním onemocněním

Období realizace: březen 2017 – únor 2018

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

Vážená paní, vážený pane,

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

Prohlášení

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

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

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Príloha 4 Sprievodný list k sociologickému výskumu



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLMOUC
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
Tel: 585 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČO: 00068893

ODBOR KVALITY

Dokument č.:
Fis-MP-2015-05-PRL/ST-001

verze č.: 1, str. 1/1

Průvodní list k sociologickému průzkumu

Název sociologického průzkumu:

Psychometrická validizace FIH škály u pacientů s chronickým kardiovaskulárnym ochorením

Pracoviště FNOL dotčené průzkumem: I. Interná klinika FNOL

Zadávateľ: Anna Džurnáková

Datum realizace průzkumu: April – Máj 2017

Typ výzkumné strategie:

kvantitační

kvalitativní

Stručný popis výzkumné strategie:

Právata kontroly nad svojou chorobou je kľúčom k úspechu. Self-care je schopnosť pacienta samostatne upokojuvať obvyklé potreby, ktoré mu pomáhajú udržiavať zdravie. Súvedivosť o chorobe nie je len na zodpovednosť zdravotníckeho tímu, úspech liečebného plánu závisí na aktívnom zapojení chorého. Aby ošetrovateľská starostlivosť mohla byť prispôbená potrebám pacienta, je dôležitá pomocou domácich nástrojov poskytť sberateľenie a sebestačnosť pacienta. Pri hodnotení self-managements je možné použiť škálu Partners in Health, jej názov vychádza zo základného princípu vytvorenia partnerského vzťahu medzi pacientom a zdravotníkom. FIH škála bola vytvorená Flinderskou Univerzitou v Austrálii v rámci Flinderského programu pre posilovanie self-managements v centrách zdravotníctva. Škála je prispôbená pre vyšetrenie pracovísk v primárnej starostlivosti a ich pacientov. Pacient hodnotí každú položku na Likertovej škále od 0 do 8, kde 0 znamená „veľmi málo“, „skazy“ alebo „nie moc dobre“ a číslo 8 je „veľa“, „vždy“ alebo „veľmi dobre“. Škála identifikuje oblasti znovuzískania self-managements pacienta a je pre pacienta a poskytovateľa vodičom pre ich aktívne zapojenie. V rámci tejto práce sa sprovedenie psychometrickej validizácie FIH škály, zamerané na pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením, zobrať štandardizovanej matrici nástroj pre stanovenie úrovne self-managements. Následne bude možnosť FIH škály využiť v praxi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Validizovaná a štandardizovaná FIH škála bude mať byť využita pri hodnotení kompetencií všeobecných sestier v oblasti starostlivosti pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením. Teoretická časť diplomovej práce bude zameraná na sberateľenie, tzv. self-management pacienta, na zlu sestier odborníky pri kardiovaskulárnom ochorení a na rizikové faktory životného štýlu pacienta.

Cieľom práce bude psychometrická validizácia FIH škály aplikovaná na sber pacientov s chronickým kardiovaskulárnym ochorením v sociokultúrnom prostredí českej spoločnosti a využitím kvantitatívnych metód výskumu. Najprv prebehne pilotný výskum pre overenie reliability dotazníkov, kde sa otestuje 40 respondentov. Dotazník bude obsahovať identifikované údaje a FIH škálu, ktorá hodnotí úroveň self-managements. Jednotlivé položky budú hodnotené pomocou Likertovej stupnice od 0 do 8. Čím vyššia hodnota, tým je lepší (efektívnejší) self-management osoby s chronickým kardiovaskulárnym ochorením. Následne budú dotazníky distribúované minimálne 400 respondentom. Nasledovať bude spracovanie a štatistická analýza získaných dát. Dátá budú spracované deskriptívne, komparatívne a testovane štatisticky. Psychometrický spracovanie sa zistí veľkosť koeficientu reliability FIH škály a jej faktoriálna štruktúra. Na spracovanie výsledkov použijeme programy ako Microsoft Excel, SPSS (model IBM SPSS Base) a Statistica.cz.

Bc. Andrea Drobníčková

Vypracoval:

Drobníčková

Schválil:

[Signature]
Odbor kvality
Fakultní nemocnice Olomouc

Ukončení průzkumu:

Poznámky:

Príloha 5 Sprievodný list k sociologickému výskumu

PRŮVODNÍ LIST K SOCIOLOGICKÉMU PRŮZKUMU

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

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

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

Datum realizace průzkumu: únor 2017-červen 2017

Typ výzkumné strategie: kvantitativní

Stručný popis výzkumné strategie:

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

Výběr respondentů: osoby s diagnostikovaným chronickým kardiovaskulárním onemocněním

věk respondentů 18-90let

nezávislost v zajišťování potřeb

Metodika: dotazník

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

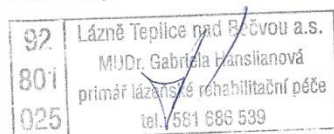
Etické aspekty studie: bude respektována osobní svoboda, rasová a etnická tolerance

nebudou zařazeni respondenti, kteří nebudou souhlasit s výzkumem

Vypracovala: Bc. Eva Prušová

31.1. 2017

Analýza



Príloha 6 Sprievodný list k sociologickému výskumu

PRŮVODNÍ LIST K SOCIOLOGICKÉMU PRŮZKUMU

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

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

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

Datum realizace průzkumu: únor 2017-červen 2017

Typ výzkumné strategie: kvantitativní

Stručný popis výzkumné strategie:

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

Výběr respondentů: osoby s diagnostikovaným chronickým kardiovaskulárním onemocněním

věk respondentů 18-90let

nezávislost v zajišťování potřeb

Metodika: dotazník

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

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

nebudou zařazeni respondenti, kteří nebudou souhlasit s výzkumem

Vypracovala: Bc. Eva Prušová

31.1. 2017

LÁZNĚ PODĚBRADY
akciová společnost
290 33 PODĚBRADY
(20)

Príloha 7 Sprievodný list k sociologickému výskumu

PRŮVODNÍ LIST K SOCIOLOGICKÉMU PRŮZKUMU

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

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

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

Datum realizace průzkumu: únor 2017-červen 2017

Typ výzkumné strategie: kvantitativní

Stručný popis výzkumné strategie:

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

Výběr respondentů: osoby s diagnostikovaným chronickým kardiovaskulárním onemocněním

věk respondentů 18-90let

nezávislost v zajišťování potřeb

Metodika: dotazník

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

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

nebudou zařazeni respondenti, kteří nebudou souhlasit s výzkumem

Vypracovala: Bc. Eva Prušová

31.1. 2017

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

Príloha 8 Sprievodný list k sociologickému výskumu

Náměstek pro ošetrovatelskou péči

Mgr. Jana Nováková, MBA

FN v Motole

V Úvalu 84/1

PRAHA 5

150 06

Eva Prušová

Prodloužená 24

Brno

620 00

Fakultní nemocnice v Motole

Doručeno: 28.03.2017

FNMO/17/011943/



fnmoes684f1445

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

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

Přikládám dotazník.

Děkuji za laskavost, vstřícnost a spolupráci.

S uctivým pozdravem *Eva Prušová*

Eva Prušová

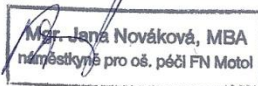
e-mail: eprusova11@seznam.cz

tel. 605 920 481

V Brně dne 26.4. 2017

29-03-2017

Jana Nováková



Príloha 9 Sprievodný list k sociologickému výskumu – elektronická forma

----- Původní e-mail -----

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

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

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

Předmět: FW: Žádost o výzkumné šetření

Dobrý den,

s výzkumným šetřením ve FN Ostrava souhlasím.

S pozdravem

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

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

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

To: Vilímková Andrea, PhDr.

Subject: Žádost o výzkumné šetření

Vážená paní doktorko,

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

Děkuji a přeji pěkný den.

Eva Prušová

Príloha 10 Sprievodný list k sociologickému výskumu – elektronická forma

----- Původní e-mail -----

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

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

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

Předmět: RE: Žádost o schválení dotazníkového šetření

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

Přeji Vám příjemný den

Jitka Vaňková

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

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

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

To: Vaňková Jitka, Mgr.

Subject: Žádost o schválení dotazníkového šetření

Príloha 11 Stanovisko Etickej komisie - FZV UP

UPOL-7639/1040-2017

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

2017-01-24

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní doktorko,

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

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

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

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

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