

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Jana Buchtíková

**Kvalita života v kontextu hodnocení self-managementu u
pacientů s diabetes mellitus 2. typu**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D

Olomouc 2017

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

Olomouc 2017

podpis

Prohlášení o dedikaci k projektu

Realizace výzkumu diplomové práce Bc. Jany Buchtíkové *Kvalita života v kontextu hodnocení self-managementu u pacientů s diabetes mellitus 2. typu* byla finančně podpořena v rámci Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2015. Diplomová práce je dedikována projektu IGA_FZV_2015_009 *Kvalita života v kontextu hodnocení self-managementu u osob s chronickým onemocněním*.

Spoluřešitelka projektu Bc. Jana Buchtíková se v rámci řešení projektu podílela na jazykové validizaci PIH škály, tvorbě a distribuci dotazníků a na přípravě podkladů pro zpracování dat. Výše uvedené skutečnosti o vymezení rozsahu činnosti Bc. Jany Buchtíkové dokládá *Závěrečná zpráva o řešení projektu* Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci (2016).

V Olomouci 27. 04. 2017

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

řešitelka projektu

Prof., MUDr. David Školoudík, Ph.D., FESO

spoluřešitel projektu

Mgr. Jana Konečná,

spoluřešitelka projektu

Bc. Jana Buchtíková,

spoluřešitelka projektu

Děkuji Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D za odborné vedení diplomové práce, za pomoc a cenné rady při jejím zpracování. Děkuji RNDr. Evě Reiterové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat.

Výzkumné šetření probíhalo v rámci řešení projektu studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci (Projekt FZV_2014_007) a bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Kvalita života v kontextu hodnocení self-managementu u osob s chronickým onemocněním

Název práce: Kvalita života v kontextu hodnocení self-managementu u pacientů s diabetes mellitus 2. typu

Název práce v AJ: Quality of life assessment in the context of Self-management of patients with diabetes mellitus type 2

Datum zadání: 2015-01-20

Datum odevzdání: 2017-15-05

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Bc. Jana Buchtíková

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

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zaměřuje na zjištění úrovně self-managementu u pacientů s diabetes mellitus 2. typu. Pro realizaci výzkumného šetření byl použit dotazník využívající PIH škálu. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 90 respondentů z diabetologických ambulancí, přičemž pro zkoumání definovaných hypotéz bylo nutno vyloučit ze souboru 32 účastníků, kteří nesplnili kritéria výzkumu. Výsledky ukázaly, že nebyla nalezena souvislost mezi celkovou úrovní self-managementu a pohlavím, věkem a sociální situací respondentů. Naopak na ni má vliv úroveň vzdělání a finanční situace oslovených. U zvládnutí vlivu zdravotního stavu na životní styl byla prokázána souvislost s pohlavím a vzděláním. Naopak věk respondentů zde nehrál roli. Výzkumné šetření dále prokázalo, že v oblasti dodržování léčebných opatření není významný rozdíl mezi

zkoumanou skupinou žen a mužů. Informace byly čerpány z následujících recenzovaných periodik: Diabetes Care, Diabetology & Metabolic Syndrome, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, Journal of Diabetes Research, Journal of Medical Internet Research, Preventive Medicine Reports a dalších, dohledaných v databázích PubMed, GOOGLE Scholar a GOOGLE – rozšířené vyhledávání.

Abstrakt v AJ:

The main aim of the thesis is to find out the level of self-management in the group of patients suffering from type 2 diabetes mellitus. A standardized questionnaire using PIH scale was used for the research survey. The survey was attended by 90 respondents from diabetes clinics, while 32 participants must have been excluded from the data file due to mandatory criteria non-compliance. The results showed that there was no relation found between the overall level of self-management and gender, age or social situation of respondents. However, we found correlation with education level and financial situation of the respondents. The ability to manage the impact of surveyors' health status on the life style correlates with gender and education level, while there was no relation found with their age. The research survey shows that there is no significant difference in the group men or women in medical treatment compliance. The information was taken from the following reviewed periodicals: Australian Journal of Primary Health, and others, searched in the databases of PubMed, GOOGLE Scholar and GOOGLE-advanced search.

Klíčová slova v ČJ: Kvalita života, self-managenent, chronická nemoc, nástroje kvality života, diabetes mellitus

Klíčová slova v AJ: Quality of life, self-management, chronic illness, chronic diseases, QoL tools, Diabetes mellitus

Rozsah: 97 stran /10 příloh

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	10
2 KVALITA ŽIVOTA.....	11
2.1 Kvalita života a chronické onemocnění.....	14
2.1.1 Kvalita života v ošetrovatelství.....	18
2.2 Self-management u osob s DM2.....	20
2.2.1 Self-management.....	20
2.2.2 Edukace.....	24
2.2.3 Self-monitoring u DM.....	27
2.3 Hodnocení kvality života.....	29
2.3.1 Nástroje měření kvality života chronicky nemocných.....	31
2.4 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy.....	35
3 METODIKA VÝZKUMU.....	37
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy.....	37
3.2 Charakteristika souboru.....	39
3.3 Metoda sběru dat.....	39
3.4 Realizace výzkumu.....	40
3.5 Metody zpracování dat.....	41
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	42
4.1 Identifikační údaje.....	42
4.2 Výsledky vztahující se k cílům práce a ověření platnosti hypotéz.....	43
5 DISKUZE.....	55
ZÁVĚR.....	58
REFERENČNÍ SEZNAM.....	60
SEZNAM ZKRATEK.....	70
SEZNAM TABULEK.....	71
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73
PŘÍLOHY.....	74

ÚVOD

Kvalita života je velmi diskutované téma ve všech vyspělých zemích a je jedním z významných sociálních a zdravotních pojmů. Obecná kvalita života (Quality of Life QoL) hodnotí zdravotní aspekty jako jedny z nejvíce posuzovaných hodnot. Kvalita života z hlediska zdraví (Health-Related Quality of Life HRQoL) hodnotí zdraví a zdravotní péči, chorobu a její léčbu na úroveň spokojenosti pacienta v různých oblastech života (Balaščík, 2014, s. 114–119). Pohled na kvalitu života ovlivňuje mnoho okolností, především věk, zdravotní stav, sociální postavení, životní zkušenosti a subjektivní vnímání jedince. Kvalita života je úzce propojená s historickým, ekonomickým a společenským prostředím (Dvořáčková, 2012, s. 7). Měření kvality života patří k důležitým ukazatelům celkového stavu. Za nejvhodnější se považuje standardizovaný dotazník orientovaný na určitou nemoc, vyplňovaný samotným pacientem (Balaščík, 2014, s. 114–119).

Chronické onemocnění ovlivňuje kvalitu života nemocného, přináší dlouhodobou nebo trvalou změnu životní situace, sociální pozice, role i statusu (Chrastina, 2012, s. 298–314). S kvalitou života je úzce spjat pojem tzv. self-managementu. Jedná se o schopnost osoby s chronickým onemocněním řídit příznaky a následky vlastního onemocnění, které zahrnují léčbu, fyzikální, sociální aspekty a změnu životního stylu (Barlow, 2002, s. 177–178). Diabetes mellitus je chronické onemocnění negativně ovlivňující a omezující život pacienta. Aby se docílilo optimální léčby, je nutno pacienty řádně seznámit s podstatou onemocnění a možnostmi léčby. Tyto informace lze poskytnout formou edukace, která zahrnuje i self-monitoring. Self-monitoring může nemocným kompenzovat onemocnění a snížit tak rozvoj akutních a pozdních komplikací a zlepšit tak kvalitu života nemocného (Fejfarová, 2008, s. 313–314).

Předmětem diplomové práce bylo zpracování výsledků dotazníkového výzkumu, jehož cílem bylo sumarizovat poznatky o self managementu v případě chronického onemocnění a popsat úroveň self-managementu u osob s diabetes mellitus 2. typu (DM 2). V praktické části byly popsány poznatky získané kvantitativním výzkumným šetřením a také zmapována úroveň self-managementu dotazovaných osob pomocí české mutace dotazníku PIH (Partners in Health) škály.

Pro orientaci v problematice a tvorbu diplomové práce byla prostudována tato vstupní literatura:

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

HASS, L., at al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*. 2014, 37, 1. s. 144-153. DOI 10.2337/dc14-S144.

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

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Stanovená vyhledávací kritéria:

Klíčová slova v ČJ: Kvalita života, self-managenent, chronická nemoc, nástroje kvality života, diabetes mellitus

Klíčová slova v AJ: Quality of life, self-management, chronic illness, chronic diseases, QoL tools, Diabetes mellitus

Jazyk: český, slovenský, anglický

Vyhledávací období: 2000 - 2015

Další vyhledávací kritéria:

- abstrakt v anglickém jazyce
- odborná periodika
- články týkající se dané problematiky



DATABÁZE:

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



Dohledáno celkem 250 článků



Vyřazovací kritéria:

- duplicitní články a abstrakta
- články s odlišnou tematikou



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

BMČ- 12 článků
EBSCO- 1článek
MEDLINE-2 články
GOOGLE scholar- 7 článků
PubMed- 18 článků
ScienceDirect – 10 článků

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Medicína pro praxi- 4 články
Interní medicína pro praxi – 1článek
Kontakt- 4 články
Profese on-line- 2 články
Diabetes a obezita – 1článek
Teória, výzkum a vzdelavanie v ošetrovatelstve – 4 články
Teória, výzkum a vzdelavanie v ošetrovatelstve a porodnej asistencii – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 67 dohledaných dokumentů.

2 KVALITA ŽIVOTA

Otázkou kvality života se lidé zabývali již několik století, jenom kvalitu života pojmenovávali jinak. Jedni se zabývali duchovním (náboženským) životem – spiritualitou, kde šlo o otázky „dobrého a moudrého života” oproti chytrosti a vychytralosti. Druhý zájem o kvalitu života se zabýval filozofií, kde šlo o otázky „dobrého a špatného života”. (Křivohlavý, 2002, s. 162–183). První zmínky o kvalitě života se objevily ve 20. letech v souvislosti s ekonomickým vývojem a materiální podporou nižších vrstev. Od 70. let se termín kvalita života používal v medicíně a v klinických studiích, které probíhaly v USA, jejichž cílem bylo stanovit subjektivní vnímání kvality života. Sledování kvality života začalo u onkologických pacientů. Studie kvality života probíhaly nejvíce v posledních deseti letech (Payne, 2005, s. 205–212). Samotné slovo „kvalita” je odvozeno od latinského slova *quails* „jaký”. Kvalitou rozumíme určitou jakost, hodnotu nebo charakteristický rys, kterým se určitý celek odlišuje od jiného celku (Zeman, 2008, s. 141). Kvalita života, pojem na první pohled zcela jasný a jednoduchý, při podrobnějším zkoumání však velmi široký, multidimenzionální a v podstatě všezahrnující s výrazným subjektivním nábojem. Při snaze o definici pojmu je prakticky nemožné jej dobře uchopit a do požadované definice vtěsnat vše, co představuje. Na kvalitu života bylo historicky nahlíženo z různých úhlů, podle toho byly také voleny a vybírány různé hodnotící ukazatele. Řada vědních oborů se staví ke kvalitě života svým způsobem, ze svého pohledu a vybírají si vždy jen určitou část problematiky. (Gurková, 2011, s. 23–27). Jako příklad lze uvést pohled ekonomický, sociologický, psychologický (nejvíce propracovaný), environmentální a zdravotnický, ten je předmětem studia předkládané práce. Z tohoto pohledu je asi klíčová definice WHO (World Health Organization – Světová zdravotnická organizace), která definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze jako absenci nemoci“ (WHO, 1947, s. 1315)

Definice kvality života je dle WHO „individuální vztah člověka k jeho vlastním životním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům, v daném kulturním, sociálním a environmentálním kontextu“ (WHO, 1997, s. 1405). Kvalita života je široký pojem, zahrnuje tři hlavní domény: fyzické prožívání (ukazatele zdravotního stavu - zdravotní obtíže, jejich léčba, bolesti, omezení), psychická pohoda (vitalita, svěžest, emoce) a sociální postavení (vzdělání, profese, partnerství, ekonomická situace) (Payne, 2005, s. 351). V současné době se kvalita života považuje za kritérium pro srovnávání skupin v

populaci, hodnocení zdravotních a sociálních programů. První vědecké práce napsané na toto téma se objevují v 70. letech 20. století, přičemž od 80. let se objevuje v klinických studiích pojem kvalita života vztažená ke zdraví neboli Health Related Quality of Life (HRQoL). Postupně se rozšiřuje a stává se nezbytnou pro hodnocení efektu léčby, kdy v polovině 90let vznikají první konceptuální modely (Gurková, 2011, s. 15–66). V medicíně je v současné době primárně hodnocen a posuzován subjektivní pocit životní pohody, jenž koresponduje s nemocí či úrazem, s léčbou a případnými vedlejšími účinky. Hodnotí se dopad zmíněných faktorů na jednotlivé dimenze, které ovlivňují kvalitu života (Payne, 2005, s. 629). Obvykle se hodnotí u kvality života to, jaký má dopad na onemocnění, na psychický a fyzický stav, na způsob života a spokojenost. Obecná definice kvality života vychází z Maslowovy definice teorie potřeb, tj. základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánku, úlevy od bolesti), substituce potřeb bezpečí, blízkosti, sebeúcty. Mezi další faktory ovlivňující kvalitu se zahrnuje věk, pohlaví, polymorbidita, ekonomická situace, společenské postavení, náboženství, vzdělání (Slováček, 2004, s. 1–9). Shrnujícím způsobem se snaží postihnout přístupy různých oborů práce R. Veenhovenové, která vytyčila „čtyři kvality života“. Její dělení je založeno na následujících kategoriích – životní šance neboli předpoklady, životní výsledky, vnější kvality neboli charakteristiky prostředí včetně společnosti a vnitřní kvality neboli charakteristiky individua“ (Veenhoven, 2000, s. 1–39).

Osobní pohoda je velmi často zmiňována s pojmem kvalita života. Well-being je hodnocením kvality života jako celku. Z psychologického hlediska se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém se odráží spokojenost s vlastním životem. Well-being se vyznačuje stabilitou v různých situacích a čase a je měřena pomocí kognitivních a emočních složek. Zahrnuje duševní, tělesnou a sociální dimenzi. Dimenze tělesné pohody (wellness) se vztahuje k určitému chování a životnímu stylu, které zahrnuje zvládání stresu, zdravou výživu, nekouřit, nepít, dostatek spánku a fyzickou aktivitu. Kromě této psychologické podstaty zahrnuje well-being i holistický přístup ke zdraví (životní styl, rizikové a protektivní faktory). Vliv životního stylu má nepříznivý vliv i na duševní pohodu (Šolcová, 2004, s. 21–32). V přehledové studii A. Hunta (2003, s. 96–105) jsou uvedeny hlavní přínosy tělesné zdatnosti pro spokojenost a osobní pohodu. Týkalo se to především nezávislosti, sebeobslužnosti a samostatnosti, kdy zvyšování tělesné zdatnosti zvyšuje i kvalitu života.

Kvalita života se úzce prolíná se zdravím a je chápána ve dvou dimenzích. Do subjektivní kvality života je zahrnuta lidská emocionalita a životní spokojenost a

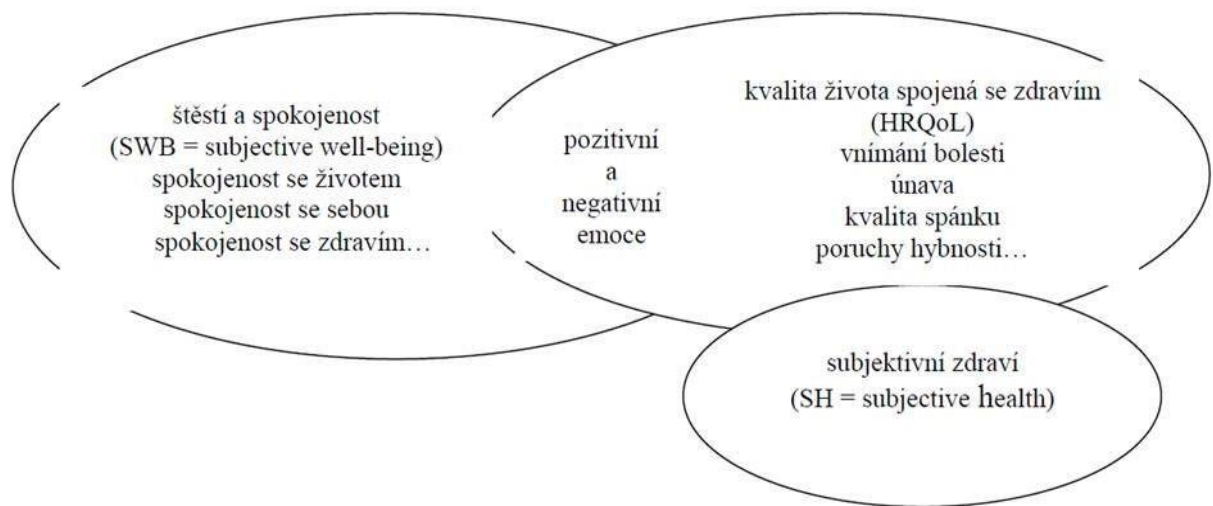
objektivní kvalitu představuje životní úroveň, sociální postavení, fyzické zdraví a materiální zabezpečení. Diskutuje se, jak tyto dvě úrovně spolu souvisí a jak nejlépe kvalitu života měřit. V medicíně se sleduje dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní domény určující právě kvalitu života (Payne, 2005, s. 207–213).

2.1 Kvalita života a chronické onemocnění

Součástí a samozřejmostí plnohodnotného života je zdraví. Podporou fyzického či duševního zdraví se zvyšuje objektivní a subjektivní kvalita života, nejvíce v míře soběstačnosti, nezávislosti na jiných osobách a schopnosti pohybu a práce. V celospolečenském významu je zdraví vnímáno jako sociální indikátor kvality života a má význam pro sociální a ekonomický rozvoj jednotlivých regionů (Heřmanová, 2012, s. 63). Křivohlavý při formulaci vztahu zdraví a kvality zdraví vychází z definice WHO zmíněné výše (WHO, 1947, s. 1315) a ze spokojenosti člověka. „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (Křivohlavý, 2009, str. 32).

Výskyt chronických nemocí se neustále zvyšuje, a to nejvíce v souvislosti se stárnutím populace, zvyšující se kvalitou medicíny, zdravotnictvím a dostupností služeb. Problematika chronických chorob je velmi rozsáhlá. Zajímá lékařské i nelékařské obory, má své zastoupení i ve výzkumu. V oblasti výzkumu je chronické onemocnění spojeno s kvalitou života jedince. Pojem chronická nemoc se užívá velmi často, ale neexistuje jednotná definice, co je a není chronická nemoc, do jaké oblasti zasahuje a jak dlouho trvá (Chrastina, 2011, s. 112–127).

Při hodnocení zdraví/nemoci v rámci definice WHO se berou v potaz i jiné aspekty. Jedno stejné onemocnění je vnímáno lidmi různě, některým i malé obtíže způsobují velké utrpení. S užitím pojmu kvalita života v různých oborech a zdůrazněním hodnocení subjektivního náhledu člověka na život je posunuto vnímání a hodnocení zdraví a úspěchu léčby, hodnotí se celková kvalita života. Byl vytvořen koncept kvality života vztahované ke zdraví HRQoL (Health Related Quality of Life) pro potřeby medicíny a klinických studií, umožňující hodnotit a studovat dopad nemoci na člověka, následky a léčbu, kde nemocný sám hodnotí subjektivní spokojenost se životem versus ideální stav (Fařunová, 2007, s. 20–21) viz obr. 1.



Obrázek 1. Grafické vymezení kvality života (Fařunová, 2007, s. 22).

Chronická onemocnění, jako různé srdeční choroby, diabetes, nádorová onemocnění či artritida, negativně ovlivňují psychickou pohodu nemocného a mohou být zdrojem mnohaletých bolestí, ztráty různých tělesných funkcí a v nejhorším případě způsobují ztrátu samostatného života, čímž odkazují nemocného na pomoc ostatních. Jednou z nejzávažnějších obav chronicky nemocných je proto být kompletně odkázán na pomoc jiných, což zpravidla postupně vede k psychickým problémům a stavům hluboké deprese. Pokles celkové fyzické kondice a obecně schopností vykonávat běžné každodenní aktivity, které jsou způsobeny chronickým onemocněním, generují potřebu zdravotní i nelékařské péče (Zauszniewski, 2007, s. 575–592).

Chrastina a kol. ve své studii vymezuje definici chronické nemoci, fáze chronické nemoci a proces chápání jedincem. Pracovali se 22 definicemi chronického onemocnění. Dle stanovených kritérií vybrali 2 definice, které mohou být použity v oblasti ošetrovatelského výzkumu (Chrastina, 2012, s. 298–314). Dle první definice je chronické onemocnění „nemoc, která vyžaduje alespoň 6 měsíců nepřetržité lékařské péče, způsobuje trvalé změny životního stylu, chování a neustálý proces adaptace na nepředvídatelný průběh nemoci“ (LeBlanc, 2003, s. 859) a druhá definice chronického onemocnění je „onemocnění, které je trvalé nebo trvající po dlouhou dobu. V průběhu času se může pomalu zhoršovat. Může vést ke smrti, nebo může zcela odeznít. Dále může způsobovat trvalé tělesné změny. Jistě bude ovlivňovat kvalitu života nemocného jedince“. (Chrastina, 2012, s. 301).

Chronická nemoc ovlivňuje každodenní aktivity jedince, ale i jeho rodinu. V průběhu chronické nemoci přizpůsobuje nemocný svůj životní styl nemoci, dochází k ovlivnění

potřeb, které se vlivem choroby modifikují a dochází ke změnám v hodnotovém systému nemocného. Kvalitu života ovlivňuje i dostupnost komplexní péče (Chrastina, 2009, s. 193–212).

Kvalita života u chronického onemocnění souvisí s faktory, jako jsou, demografické faktory, lékařská a ošetrovatelská diagnóza, rizika onemocnění, přežití nemocných, ekonomický dopad nemoci pro společnost. V rámci chronického onemocnění jsou vymezené úkony:

- a) Zdravotnicko-medicínský management (medikace, změna stravovacích návyků, self-management)
- b) Vznik a udržování nově vzniklých rolí v pracovním a rodinném životě
- c) Zvládání emocí při chronickém onemocnění (hněv, deprese, strach, frustrace)

(Chrastina, 2011, s. 112–127).

Život nemocného výrazně ovlivňuje průběh a následky chronické nemoci, a to životní styl a kvalitu života. Chronická nemoc se vyznačuje několika typy průběhu nemoci:

- stále se zhoršující onemocnění
- nemoc je provázená obdobími remise (dočasné ustoupení příznaků), relapsů (návrat příznaků nemoci) a exacerbacemi (znovu vzplanutí nemoci)
- dlouhodobý průběh končí smrtí nemocného (Chrastina, 2009, s. 193–212).

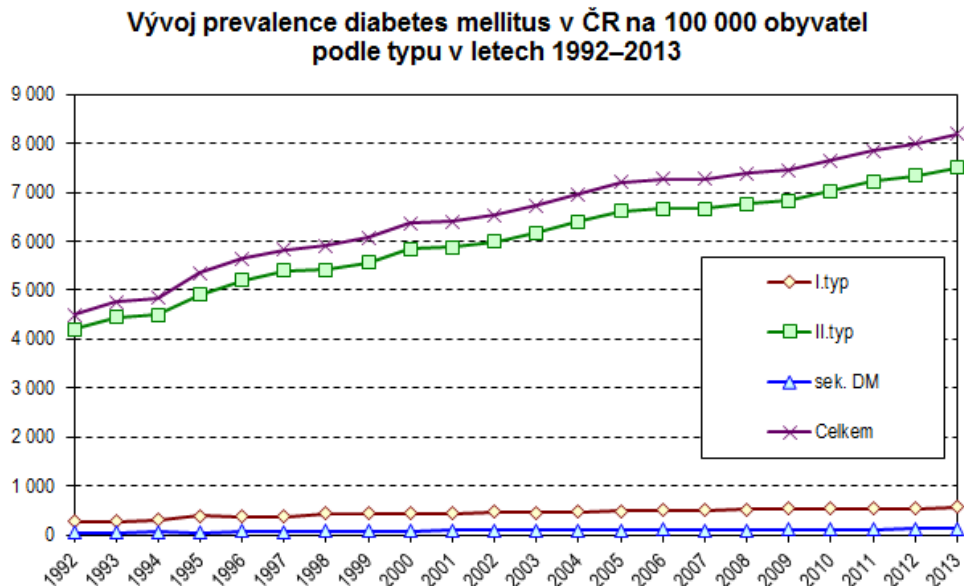
Světová zdravotnická organizace (WHO) pravidelně zveřejňuje statistická data týkající se tzv. Non-communicable diseases (NCD), tedy nepřenositelných, resp. chronických chorob. Nejnovější data z ledna 2015 shrnují následující:

- NCD zabíjejí každým rokem ve světě 38 milionů lidí
- K téměř ¾ úmrtí na NCD (28 milionů) dochází v zemích s nízkou až střední životní úrovní
- K šestnácti milionům z úmrtí dojde před 70. rokem života; 82% těchto předčasných úmrtí postihuje země s nízkou až střední životní úrovní
- Největším zabijákem z NCD jsou kardiovaskulární choroby (17,5 milionů ročně), následují nádorová onemocnění (8,2 mil.), respirační choroby (4 mil.) a diabetes (1,5 milionu ročně)
- Tyto čtyři výše zmíněné choroby způsobují 82% úmrtí ze všech NCD
- Největším rizikem úmrtí na NCD je nadměrné užívání tabákových výrobků, nedostatek pohybu, nadměrné užívání alkoholu a nezdravá strava.

WHO věnuje této problematice velmi významnou pozornost a všechny hlavní body prevence a boje proti chronickým onemocněním shrnuje ve svém globálním akčním plánu, viz příloha č. 1 (celosvětový akční plán WHO ke snížení NCD) (WHO, 2015 report).

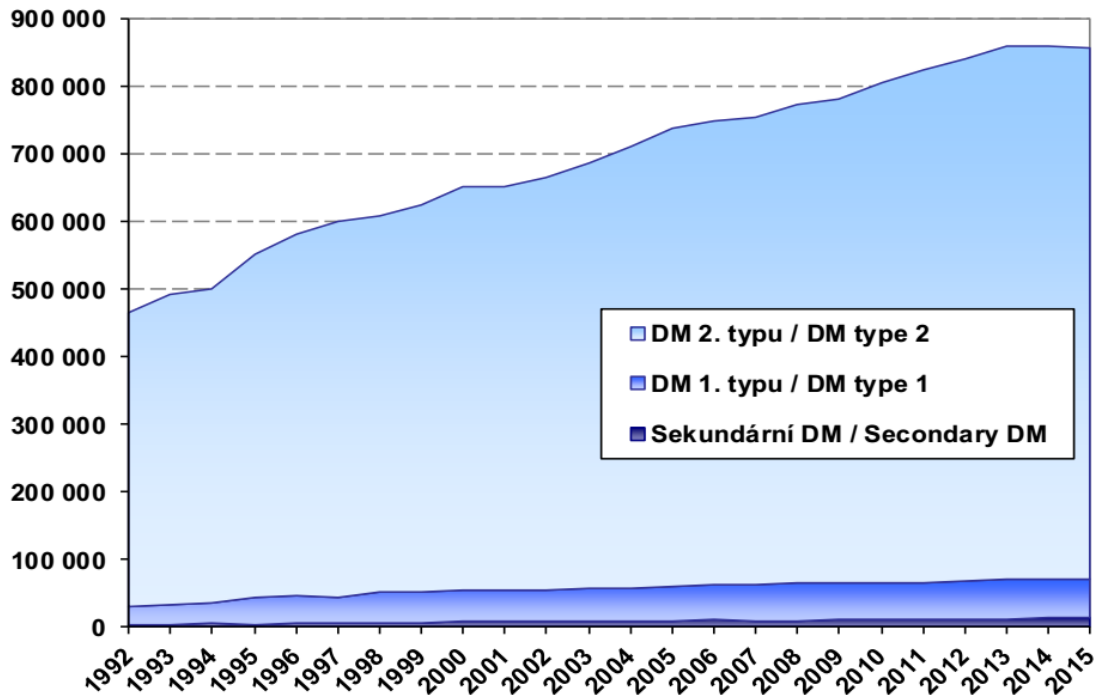
Zdravotní stav zahrnuje tělesnou, duševní i sociální stránku. Kvalita zdravotního stavu se hodnotí pomocí informačních systémů NZIS, které informují o rozsahu a příčinách nemoci a úmrtnosti. Nemoci oběhové soustavy představují nejčastější chronické onemocnění, jako další se řadí diabetes mellitus (DM), se kterým se v roce 2015 léčilo 858 tisíc osob. Na pokračující epidemii diabetu se největší měrou podílí 2. typ (91,7 % případů). Léčba diabetu se částečně přesouvá od specialistů diabetologů (78,8 % pacientů) do ordinací praktických lékařů (24,1 %); jedná se především o jednodušší případy. V průběhu roku byl diabetes nově zjištěn u 117,2 tisíc pacientů, z toho ve 1597 případech u osob do 19 let. Incidence nových případů DM má stoupající tendenci, z 56398 nových případů v roce 2007 na 80255 v roce 2015, počet nových případů onemocnění se ročně navyšuje cca o 3000 pacientů (ÚZIS ČR, 2015).

Prevalence diabetes mellitus v České republice za posledních 20 let, viz Obr. 1. (ÚZIS ČR, 2013)



Obrázek 2. Graf vývoje prevalence diabetes mellitus v České republice na 100000 obyvatel podle typu v období 1992-2013. (ÚZIS ČR, 2013)

Vývoj počtu léčených diabetiků podle typu diabetu
Trend of number of diabetics under treatment by type of diabetes



Obrázek 3. Graf vývoje počtu léčených diabetiků podle typu diabetu v období 1992-2015. (ÚZIS ČR, 2015)

Diabetes mellitus dosáhl ve světě epidemických rozměrů, v roce 2010 bylo 285 milionů lidí s diabetem a v roce 2011 366 milionů nemocných (Hall, 2016, s. 1–3). Odborníci předpokládají, že se tento počet nemocných zdvojnásobí v roce 2030 (D’Souza et al., 2016, s. 1).

2.1.1 Kvalita života v ošetrovatelství

V ošetrovatelské péči o chronicky nemocné došlo v poslední době k výraznému posunu od tradičního přístupu, rutiny a klinické intuice k péči, jež je založena na důkazech a výsledcích odborného výzkumu. Dochází tak k integraci nejlepších vědeckých důkazů s klinickou zkušeností společně s názorem a očekáváním pacienta, což dohromady umožňuje vytvořit ideální model péče o jednotlivce (Gurková, 2011, s. 62–65).

Ošetrovatelství je věda spojená úzce s člověkem. Ten je vnímán jako bio-psycho, sociální a spirituální bytost. Cílem ošetrovatelství je udržení, podpora a navrácení zdraví jedinci, rozvoj soběstačnosti a zmírnění utrpení nevléčitelných nemocných, pomoc v klidném umírání. Individuální vnímání kvality života v ošetrovatelství je velmi důležité. Zahnuje koncept „well-being”, spokojenost se životem a smyslem života, seberealizaci a

status ve společnosti. Je ovlivněn filozofií jedince (Olišarová, 2013, s. 14–21). Cílem ošetrovatelství není jen zlepšení zdravotního stavu, ale i dosažení co nejvyšší možné kvality života. Z hlediska psychologického přístupu byly vymezeny znaky jako pohoda, spokojenost, očekávání a význam. V kontextu ošetrovatelství je kvalita života individuální a subjektivní, má dynamický charakter, je hodnotově orientovaná a vyjadřuje rozpor mezi očekáváním a realitou. Z aplikačního přístupu – zdraví versus kvalita života. Zde je kvalita orientovaná na podporu zdraví, věnuje pozornost změnám, ke kterým došlo před a po konkrétní ošetrovatelské intervenci. V odborné literatuře se užívá pojem kvalita života související se zdravím (Health Related Quality of Life – HRQoL). Někteří autoři kritizují univerzální používání pojmu kvality života ve smyslu zdravotního stavu a kladou důraz na konceptualizaci kvality života, v rámci hodnocení efektivnosti intervencí. Syntetizující přístup zahrnuje modely kvality života v ošetrovatelství, který začleňuje složky do teoretického systému se vzájemným vztahem a dynamikou změn v průběhu života. Teoreticko-metodologickým východiskem je celostní přístup k člověku ve vztahu k chronickým onemocněním (Gurková, Žiaková, 2009, s. 89–103).

Jednoznačnými prioritami lékařské a ošetrovatelské péče o chronicky nemocné jsou aspekty fyzické, proto je vždy snahou ošetrojícího udržet pomocí správné terapie co nejdélní období remise. Pokud je ovšem v zájmu zdravotnických pracovníků celkové zvýšení kvality života nemocného, je nutná též intervence v oblasti psychosociální. Hlavním cílem ošetrovatelské péče by tedy měla být snaha co nejdříve a nejkvalitněji navrátit chronicky nemocného do normálního života, to znamená, aby byl schopen zvládat každodenní aktivity a byl zapojen do sociálního prostředí. Aby tohoto bylo účinně dosaženo, je třeba nejprve zjistit vnímání vlivu onemocnění na samotného pacienta. Po identifikaci těchto vlivů následují cílené ošetrovatelské intervence ke zmírnění negativních dopadů (Gurková, 2011, s. 139–141).

2.2 Self-management u osob s DM 2

Diabetes mellitus je nejčastější metabolické chronické onemocnění, vyznačující se relativním nedostatkem inzulínu, nedostatečným využitím glukózy a projevující se hyperglykemií. DM 2. typu vzniká kombinací porušené sekrece inzulínu a jeho působení v cílových tkáních. Příznaky diabetu zahrnují žízeň, polyurii, polydipsii a únavu. Nemusí být přítomen úbytek hmotnosti a nechutenství. Ve většině případů tyto příznaky zcela chybí, pacient je asymptomatický, i při hodnotách vyšších než 10mmol/l. Cílem léčby je prodloužit a zkvalitnit život nemocným s diabetem, snížit mortalitu a morbiditu, udržet dlouhodobě optimální metabolickou kompenzaci, zpomalit vznik a rozvoj chronických komplikací (mikrovaskulárních) a minimalizovat riziko akutních komplikací (hypo/hyperglykémie). Značná část úspěchu léčby závisí na samotném pacientovi (změna životního stylu, self-monitoring glykémie, krevního tlaku a hmotnosti). Léčebný plán je navržen tak, aby bylo dosaženo kompenzace diabetu co nejdříve po stanovení diagnózy, a to k přihlídnutí k věku, přidruženým chorobám, přítomnosti komplikací, fyzické aktivitě, zaměstnání, sociální situaci a osobnosti pacienta (Škrha, 2016, s. 48–50). Dobré znalosti o diabetes mellitus a pozitivní postoj k životu je ukazatel úspěšnosti zvládnání self-managementu a tím zlepšující kvalitu života pacienta (D'Souza et al., 2016, s. 9).

Existuje celá řada tzv. komunitních i individuálních programů sebeděče a self-managementu. Jejich cílem je edukace pacienta a jeho rodiny, instruktáže self-managementu v rámci daného onemocnění, modifikace životního stylu a hlavně emoční a sociální podpora. Sestry jsou významným článkem edukačního týmu, často první v kontaktu s pacientem, která podává informace o DM. Prostřednictvím self-monitoringu je umožněno pacientovi, aby se sám orientoval se ve svém onemocnění (Rybka, 2008, s.362–366).

Některé studie ukazují, že kvalita života je nižší u pacientů s DM 2 a s dlouholetým trváním DM (D'Souza et al., 2016, s. 1–10).

2.2.1 Self-management

Self-management diabetika se zaměřuje na sebekontrolu, kompenzaci diabetes mellitus a kvalitu života. Cílem je dosáhnout normoglykémie (3,3-6,0 mmol/l), eliminovat

glykosurii (cukr v moči), snížit riziko rozvoje akutních a chronických komplikací. Je důležité, aby pacient byl správně edukovaný, měl potřebné informace a vědomosti, ale byl i ochotný přijmout zodpovědnost za svoje zdraví. U starších osob je vhodné do programu self-managementu zapojit i rodinné příslušníky (Nemcová, 2011, s. 289–299). Pacienti jsou nuceni zvládat a řídit svoje onemocnění sami, bez přítomnosti zdravotnického personálu, nejen v domácím prostředí, ale i v práci, ve škole a ve volném čase. Pacienti musí zdokonalit své znalosti a dovednosti v oblasti životního stylu, nemoci a jejich komplikací, léčbě, prevenci a psychických problémů spojených s chronickým průběhem onemocnění (Hall, 2016, s. 3). Self-management zahrnuje činnosti vztahující se k léčbě DM (dietní opatření, životospráva, vhodné léky a fyzická aktivita), self-monitoring (glykémie, hladina cukrů v moči, tělesná hmotnost, péče o nohy) a činnosti spojené předcházením komplikací při aktivitách (rozpoznání hypo- a hyperglykémie, akutní onemocnění, stres a cestování) (Nemcová, 2011, s. 289–299). Dopad DM 2 omezuje kvalitu života u mužů i žen. Je důležitá rovnováha mezi požadovaným self-managementem a preferovaným životním stylem. Mnoho studií je zaměřeno na zkoumání kvality života k zdravotnímu stavu. Výsledky studií ukazují, že lepší self-management vede ke zlepšení kvality života (to je dané vyšším vzděláním a lepší informovaností o DM) (D'Souza et al., 2016, s. 1–10).

Self-care, sebek péče, definuje péči zajišťovanou vlastními silami. Zahrnuje tedy samostatné činnosti pacienta, které pomáhají udržovat zdraví. Jednoduše řečeno, self-management popisuje, co člověk dělá pro úspěšné zvládání svého onemocnění a self-management support neboli podpora či vzdělávání self-managementu naopak popisuje, jakým způsobem mohou chronicky nemocnému napomáhat a edukovat jej profesionální zdravotníci a ošetřovatelé v samotném self-managementu (Von, 1997, s. 1097–1102). V praxi a odborné literatuře se nicméně termín self-management často zaměňuje za výrazy jako self-care, edukace pacienta, koučink ve zdravotnictví, aj. Self-management tedy není v oblasti ošetřovatelství zcela jednoznačně definován a do českého jazyka se dá přeložit jako sebeřízení nebo seberegulace. K označení seberegulace se používá množství termínů, které se obsahově prolínají. Jedná se o termíny jako sebevedení, self-management, sebekontrola, vůle, chtění atd. Obecně lze říci, že se jedná o schopnost osoby s chronickým onemocněním řídit příznaky a následky svého onemocnění zahrnující léčbu, fyzikální, sociální aspekty a změnu životního stylu (Barlow, 2002, s. 177–187).

Existuje ovšem celá řada jiných definic od těch nejobecnějších, jako jsou – „Seberegulace je snaha změnit vlastní myšlenky, citění a chování ve vztahu k vyšším

cílům.“ (Vohs, 2011, s. 3–21) nebo „Self-management je úsilí jedince kontrolovat své chování, a to jak v životě, tak i v práci.“ až po definice přímo se vztahující k chronicky nemocným – „Vykonávání činností, které chrání a podporují zdraví, což zahrnuje monitorování a řízení příznaků onemocnění, emoce s mezilidskými vztahy a dodržováním léčebných postupů.“ (Gerhart, 2007, s. 11–18).

Self-management je důležitou součástí dvou hlavních modelů péče o chronicky nemocné. Prvním je takzvaný The Chronic Care Model (CCM) a druhým rámec WHO pro inovaci péče o chronicky nemocné – WHO Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC) (online mzcr.cz).

CCM definuje vztah mezi „informovaným, aktivovaným pacientem a připravenými, proaktivními poskytovateli zdravotní péče“. To znamená, že „pacient je motivovaný, má informace, dovednosti a odvalu dělat účinná rozhodnutí týkající se jeho zdraví a zvládat je, a že poskytovatel zdravotní péče má nezbytné informace o pacientovi, podporu pro rozhodování a zdroje pro kvalitní péči.“ Model je založen na několika navzájem propojených prvcích a přidružených činnostech (viz příloha č. 2 – CCM).

ICCC v rámci WHO stojí na přesvědčení, že pozitivních výsledků v péči o chronické zdravotní problémy lze dosáhnout jen v podmínkách spolupráce připravených, informovaných a motivovaných pacientů, rodin, zdravotnických týmů a těch, kdo podporují komunity. Klíčové principy rámce jsou: rozhodování založená na důkazech; zaměření na populaci; zaměření na prevenci; zaměření na kvalitu; integrace, flexibilita, přizpůsobivost.

Rámec obsahuje základní složky neboli „stavební kameny“, které mohou být použity k vytvoření systému zdravotnictví, který pak může účinněji zvládat dlouhodobé zdravotní problémy. Sestrám jejich pozice umožňuje být komplexním a efektivním přínosem v každé z těchto složek a zajistit tak vhodnou a účinnou péči a management chronických zdravotních problémů podle místní situace a dostupných zdrojů (viz příloha č. 3 – ICCC)

V roce 2005 Glasgow se svým týmem publikovali vylepšený systém vycházející z The Chronic Care Model - CCM, tzv. **Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)**, kdy je přihlíženo k pohledu samotného pacienta na péči o chronicky nemocné. Cílem bylo vytvořit relativně jednoduchý instrument, který je možno univerzálně použít v různých podmínkách zdravotní péče a který je aplikovatelný na dospělé pacienty s jedním či více chronickými onemocněními. Systém byl nastaven podle série dvaceti bodových dotazníků, které byly postupně po dobu 6 měsíců pacientům předkládány k vyplnění. Po zkoumaných pacientech byly v tomto období požadovány specifické úkony a byla jim poskytována

speciální péče, pochopitelně v souladu s CCM. Vznikla tak škála, která je vhodná ke správnému ohodnocení návodů na péči cílenou na pacienta s důrazem na klíčové elementy moderní podpory self-managementu, jako jsou nastavení cílů spolupráce, řešení problémů a follow-up, tedy pokračovací terapie. (Glasgow, 2005, s. 36–444).

5 A's – (ask, advise, agree, assist, and arrange), tedy ptát se, radit, dohodnout se, pomoci a uspořádat. Jedná se o model změn chování adaptovaný pro potřeby zlepšení podpory self-managementu. Tento model byl popsán nezávisle Glasgowem a Whitlockem, oběma v roce 2002. (Glasgow, 2002, s. 80–87; Whitlock, 2002, s. 267–284) (viz příloha č. 4 – 5 A's).

Ve světě existuje dále celá řada rámcových studií, které se lokálně věnují systému a zpracování self-managementu v prostředí dané země, kultury či sociální skupiny. Jako příklad je možné uvést The Medical Research Council's (MRC) Framework, WA Chronic Health Condition Framework, The Expanded Chronic Care Model (Barr et al., 2003, s.73–82) a další. Studii z Ománu na self-management zvládnutí svého diabetu se zaměřil D'Souza, který prokázal, že pozitivní přístup k léčbě a self-managementu ovlivňuje kvalitu života (D'Souza et al., 2016, s. 1–10). Studie z Afriky uvádí, že vzdělání a dovednosti jsou důležité pro zvládnutí self-managementu svého diabetu (Hall, 2016, s. 1–14). V roce 2016 byl v Kanadě zaveden model mezioborové spolupráce u pacientů s DM od primární péče až po specialisty. Cílem tohoto výzkumu bylo zlepšení přístupu pacienta ke komplexní péči, vzdělávání a self-managementu jeho onemocnění. Z dosavadních výsledků je tento model přínosem pro pacienty. Proto byl model rozšířen o edukační sestru specializující se na školení v self-managementu (Gucciardi, 2016, s. 1–10).

Ne každý pacient s chronickým onemocněním je schopen se o sebe postarat, vzhledem ke svým psychickým i fyzickým schopnostem. Self-management není vhodný pro každého pacienta, velkou úlohu hraje schopnost pacienta řídit sám sebe. Schopnost jedince se o sebe sám postarat, tedy jeho soběstačnost je definována vyhláškou č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách č. 108/2006 vydaného Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky. Vyhláška hodnotí soběstačnost zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí podle činností (mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, vyprazdňování, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost) (online, portál mpsv ČR, §1, §2).

2.2.2 Edukace pacientů s DM

Edukace pacientů s DM je hlavní součástí komplexní léčby. Pacient se stává partnerem a je zodpovědný za své zdraví. Úspěšná léčba a kompenzace DM závisí na přístupu pacienta k nemoci a na jeho ochotě dodržovat léčebný režim (Majerníková, 2009, s. 344–347). Edukace pacienta nebo rodinných příslušníků je proces posilující znalosti, dovednosti a schopnosti pacienta, které jsou nutné pro samostatnou péči o DM a pro aktivní spolupráci se zdravotnickým personálem. Edukace je nezbytnou a nenahraditelnou součástí léčby DM, kdy kompenzace diabetu z velké části záleží na pacientovi. Hlavním cílem edukace pacienta je zlepšení jeho zdravotního stavu a kompenzace diabetu (Jirkovská, 2012, s. 59–61). Efektivní a správná edukace diabetika zlepšuje kvalitu jeho života. Edukace je neoddělitelná součást ošetrovatelského procesu a stává se dobrou investicí do budoucnosti. Zvyšuje se samostatnost diabetika, snižuje se frekvence hospitalizací, snižují se komplikace a riziko invalidity (Holmanová, 2002, s. 52–59).

Pacienti jsou edukováni celoživotně. Počáteční edukace je individuální a je zaměřená na cíl léčby, způsob léčby (PAD nebo inzulin), hyper a hypoglykémie, dietní a režimová opatření a fyzická aktivita. Po několika měsících se znalosti obnovují a pacient je znovu komplexně edukován, již ve skupinové formě. Součástí je i psychologická intervence. Edukace je vedena především formou praktické ukázky, nácviku, opakováním, dostatkem edukačních materiálů s praktickými pomůckami. Nejcennější je edukace osobní se sdělováním vlastních zkušeností (Jirkovská, 2012, s. 59–61). Je důležité si uvědomit, že vědomosti nabyté edukací nemusí vést ke změně životního stylu nebo k lepším klinickým výsledkům. Pro efektivní edukaci jsou vypracována mezinárodní doporučení: International Diabetes Federation, Diabetes Education Study Group a European Association for the Study of Diabetes (Nemcová, 2011, s. 289–299).

Úloha edukace v self-managementu je velmi důležitá. Znalosti a dovednosti nezaručují zvládnání sebeobsluhy nebo změnu chování. Důležité je opakované vzdělávání v oblasti diabetu, hodnocení znalostí a řešení mezer ve znalostech edukačními individuálními programy (Hall, 2016, s.1–14).

Náplň edukace diabetiků obsahuje:

1. podstata diabetu a jeho léčba
2. užívání léků (PAD, léčba inzulinem – praktický nácvik, inzulinová pumpa)
3. monitorace glykémie a dalších parametrů – selmonitoring glykémie, glykosurie, ketonurie, krevního tlaku

4. prevence a léčba akutních komplikací (hypo/hyperglykémie, ketoacidóza – prevence, příčiny, příznaky a léčba)
5. nutriční doporučení (obsah sacharidů, výměnné jednotky, alkohol, tuky – praktická cvičení a ukázky jídelníčků)
6. fyzická aktivita – vhodné sporty, úprava inzulinu
7. psychologická intervence – prevence a léčba stresu, motivace a spolupráce se zdravotníky
8. prevence a léčba chronických mikroangiopatických komplikací – retinopatie, nefropatie a neuropatie
9. prevence a léčba chronických makroangiopatických komplikací – metabolický syndrom, obezita, hypertenze, hyperlipoproteinnémie
10. syndrom diabetické nohy – prevence a léčba (vhodná obuv, hygiena, cvičení, odborná pedikúra, denní kontroly nohou)
11. sociální problémy – zaměstnání, organizace a kluby diabetiků
12. diabetes v těhotenství

Důležitou součástí je výstup edukace, jako je zlepšení kvality života, zlepšení kompenzace diabetu, snížení invalidity a morbidity, zkrácování hospitalizací, snížení výskytu akutních komplikací (hypo/hyperglykémie, ketoacidózy) a zachování pracovní schopnosti. Edukační programy se hodnotí průběžně (Jirkovská, 2012, s. 59–61). Evropská asociace pro studium diabetu DESG (Diabetes Education Study Group) a Americká asociace edukátorů v oblasti diabetu AADE (American Association of Diabetes Educators) mají zakomponované v cílech a programech hodnocení efektivnosti edukace v léčbě DM. AADE ve spolupráci s Americkou diabetologickou společností ADA (American Diabetes Association) vypracovali národní standardy pro edukaci pacientů s DM - National Standards for Diabetes Self-Management Education, které vyzdvihují oblast edukace zaměřené na self-management diabetu – DSME (Diabetes Self-management Education) (Hlinková, 2011, s. 73). DSME jsou navrženy pro kvalitní vzdělávání pacientů a podporu zdravotnických pracovníků. Používají se pro osoby se zvýšeným rizikem vzniku onemocnění, pro prevenci nebo oddálení komplikací diabetu. Programy jsou zaměřeny na podporu pacientů s prediabetes a diabetem, za účelem změny životního stylu a řešení psychosociálních problémů. Cílem DSME je podpora, informovanost, rozhodování, zdravé chování, self-management, řešení problémů a aktivní spolupráce pacientů se zdravotnickým personálem, dále zlepšení klinických výsledků,

zdravotního stavu a kvality života (Hass, 2014, s. 144–153). DSME je změna životního stylu, kontrola a zodpovědnost za léčbu – fyzická aktivita, životospráva, self-monitoring glykémie, dodržování léčebného režimu – farmakoterapie, sledování hypoglykémie, redukce rizikových faktorů a život s DM (Gurková, 2008, s.19–31). Vzdělávání v podpoře self-managementu je dle IOM (Institute of Medicine) definováno jako „systematická edukace a podpůrné zásahy zdravotnických pracovníků ke zvýšení schopností a sebevědomí pacienta ve zvládnání zdravotních problémů, včetně pravidelného monitorování pokroku a problémů, nastavování cílů a podpory řešení problémů.“ (Curry, 2003, s.144) Tato definice vyzdvihuje fakt, že nezahrnuje pouze edukaci, ale pomáhá ilustrovat primární kauzální mechanismy základní pro většinu moderních programů vzdělávání self-managementu: tyto programy vedou primárně ke změnám sebeefektivity (zvýšování sebevědomí jedince ve zvládnání svého zdravotního stavu), sekundárně ke změnám chování ve zdravotní péči. Je prokázáno, že změny v sebeefektivitě přímo ovlivňují zdravotní stav, což následně ovlivňuje nastavení zdravotní péče (Lorig, 1989, s. 91–95).

Stanford Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) je vzdělávací program self-managementu založený na komunitní bázi prvně popsany Lorigem (Lorig, 1999, s. 5–14). Program je založen na bázi Bandurovy teorie sebeefektivity – sociálně-kognitivní teorii, která říká, že změna chování pacienta vyžaduje dostatek sebevědomí v to, co člověk vykonává a také pěstovanou jistotu, že pacient dosáhne stanovených cílů. Celkový obsah a metodologie CDSMP programu vychází z hloubkové literární rešerše týkající se již existujících edukačních programů a zaměření na skupinu chronicky nemocných pacientů od čtyřicátého roku věku. Řídí jej zpravidla dva dobrovolníci, kteří většinou také trpí chronickým onemocněním a spíše než jako lektori působí jako koordinátoři. Neučí pacienty nové návyky v chování, ale asistují účastníkům v rozvíjení vlastních schopností self-managementu k dosažení předem nastavených cílů. (Lorig, 1999, s. 5–14). Témata CDSMP zahrnují: různá cvičení; management kognitivních symptomů (techniky snížení kognitivního stresu/bolesti, jako je pozitivní myšlení či progresivní svalová relaxace); význam komunity; podpůrnou medikaci; zvládnání emocí, jako je strach, zlost a deprese; komunikace s okolím včetně zdravotníků; řešení problémů a schopnost samostatně rozhodovat. Existují i modifikované verze CDSMP, jako je například internetová verze, která byla úspěšně implementována a hodnocena řadou klinických studií. Taková verze má výhody v možnosti celé řady jazykových mutací a zároveň lze originální materiály přizpůsobovat specifickým požadavkům jednotlivých komunit. (Franek, 2013, s. 1–60).

2.2.3 Self-monitoring u DM

Self-monitoring je součástí self-managementu v komplexní léčbě DM, na které se pacient podílí. Základem self-monitoringu je měření a stanovování hodnot, které pacient provádí sám v domácím prostředí. Lékařům poskytuje informace pro zhodnocení kvality léčby a umožňuje její individualizaci (Rybka, 2008, s. 362–366). Self-monitoring zahrnuje především samostatnou kontrolu glykémie a následné úpravy režimů, kontrolu krevního tlaku, tělesné hmotnosti, glykosurie a ketonurie (cukr a ketolátky v moči), sledování akutních komplikací diabetu (hypo/hyperglykémii) a jejich záznam do diáře. Úprava režimu a dávek inzulínu dle hladiny glykémie dle příjmu sacharidů v potravinách, podle fyzické aktivity. Úprava inzulínu při onemocnění, operaci, cestování nebo změny diety (Jirkovská, 2012, s. 59–61).

Self-monitoring hladiny glykémie (stanovení denních glykemických profilů hladin krevního cukru v běžných životních podmínkách) je důležitá součást života diabetika. Aktivní spolupráce pacienta při léčbě DM a jeho kontrole je součástí komplexní léčby. V rámci self-managementu by měl mít každý pacient s DM přiměřené znalosti, jednak o samotném onemocnění, komplikacích a provádění režimových a terapeutických rozhodnutích. Self-monitoring hladiny glykémie je efektivní v prevenci ve výskytu akutních i chronických vaskulárních komplikací (Edelsberger, 2012, s. 222–226). Monitorováním postprandiálních glykemií upravuje lékař léčebný režim a dosahuje kompenzace DM. Self-monitoring je lékařem indikovaný při opakované nevyrovnané hladině glykémie nalačno s hodnotou glykovaného hemoglobinu. Správné efektivitu self-monitoringu lze dosáhnout vhodnou edukací o úpravě léčebného režimu a pravidelnosti režimu (Česká diabetologická společnost, 2016).

Desatero self-monitoringu:

1. Hladina glykémie (stanovení hladiny glykémie glukometrem, nebo systémem kontinuální monitorace glykémie)
2. Ketonurie (ketolátky se v moči objevují později než v krvi, nelze zachytit včas rozvoj ketoacidózy, pouze orientační vyšetření)
3. Glykosurie (je ukazatelem průměrné glykémie od posledního močení do odběru nového vzorku moče)
4. Glykovaný hemoglobin – HbA_{1c} (hodnota průměrné glykémie za 6-8týdnů, ukazatel kompenzace diabetu)

5. Mikroalbuminurie (pozitivní mikroalbuminurie značí již poškození ledvin)
6. Tělesná hmotnost (BMI 20-24)
7. Kontrola krevního tlaku (130/80 mmHg)
8. Kontrola lipidů
9. Dávky inzulínu
10. Sledování hypo/hyperglykémie (Rybka, 2008, s. 362–366).

Doporučení pro self-monitoring:

1. Self-monitoring užívat v případě, kdy diabetik má dostatek znalostí a ochoty dosáhnout zlepšení kompenzace diabetu úpravou terapie
2. Self-monitoring zahájit už při stanovení diagnózy DM jako součást individuální edukace
3. Self-monitoring jako součást kontinuálního self-managementu s cílem pochopení jejich nemoci, pro spolupráci při léčbě a úpravě režimu
4. individualizace self-monitoringu dle potřeb pacienta a lékaře
5. dokumentace self-monitoringu
6. self-monitoring je nedílnou součástí edukace a léčby diabetiků (Edelsberger, 2012, s. 222–226).

2.3 Hodnocení kvality života

Kvalitu života nejde měřit jednoduše a přímo, vychází z konkrétních indikátorů, jimž jsou specifikovány a sledovány různé oblasti kvality života. Tyto indikátory ale nejsou schopny plně obsáhnout danou problematiku. Rozvojový program OSN (UNDP – Human Development Report) vydal tzv. Modrou knihu obsahující 134 indikátorů ve čtyřech skupinách (41 sociálních, 23 ekonomických, 55 environmentálních a 15 institucionálních). Indikátory nemohou být používány současně, ale pouze jednotlivě (Heřmanová, 2012, s. 96–97).

V rámci hodnocení kvality života a tvorby nástrojů jsou vytvořeny seznamy ucelených dimenzí a domén:

- životní prostředí a životní prostor - ekonomické faktory života a kvalita životního prostředí
- fyzické schopnosti a fyzické zdraví – míra samostatnosti člověka, schopnosti sebeobsluhy, mobility a míry závislosti na svém okolí
- psychické zdraví, emocionální stav, prožívání a spokojenost s vlastním životem a zdravím, pocit pohody (well-being), způsob vnímání a kognitivní náhled na vlastní život, očekávání a vize týkající se vlastního života, pocit řízení běhu vlastního života, možnost sebeaktualizace
- sociální dimenze, sociální opora a sociální síť, postavení v sociální stratifikaci
- kulturní a společenské podmínky života, úroveň společnosti, kulturní vlivy a náhled na problematiku kvality života
- duchovní, spirituální dimenze, hodnotová orientace a životní smysl. (Fařunová 2007, s. 94)

Kvalita života pacientů se v současné době zkoumá v těchto oblastech:

- Subjektivní vnímání dopadu onemocnění
- Faktory kvality života nemocných
- Hodnocení efektivity konkrétní terapeutické intervence

Výsledky hodnocení pak mohou výrazně pomoci nastavit adekvátní zdravotní a podpůrnou péči a zároveň zjistit a zlepšit míru adherence a sebezpečí monitorovaného pacienta. V klinické praxi jsou takové výsledky využitelné následovně: výběr správné intervence; zlepšení komunikace s pacientem; podpora compliance a adherence pacienta k léčbě; zjišťování terapeutických preferencí pacienta; posuzování kvality života jednotlivce,

ale i celé skupiny; součást auditu v klinické praxi – hodnocení efektivity terapie; rozhodování o dalším postupu v terapii; řešení psychosociální adaptace pacienta v kontextu nemoci, atd (Gurková, 2011, s. 140–141).

Kvalitu života lze hodnotit v rámci subjektivních a objektivních přístupů. Nejpodstatnější je subjektivní hodnocení nemocného, jak vnímá svůj zdravotní stav, soběstačnost, začlenění do pracovního, rodinného a sociálního prostředí (Slováček, 2004, s. 1–9).

Subjektivní rovinu kvality života tvoří životní spokojenost a osobní pohoda jedince. Sledovanými indikátory jsou pocity životního štěstí, lásky, spokojenosti, seberealizace, osobní rozvoj a smysl života. Nástrojem měření je dotazníkové šetření zaměřené na celkovou spokojenost a ovlivňující faktory. Používané jsou všeobecné dotazníky QOL nebo speciální dotazníky QOL týkající se prožívání nemoci na vybrané skupině jedinců. (Heřmanová, 2012, s. 133–135).

K objektivnímu měření kvality života chronicky nemocného pacienta je potřeba se zaměřit na fyzické zdraví, materiální a sociální požadavky života. Při měření je používán dotazník, který vyplňuje buď sestra v průběhu rozhovoru s pacientem (interviewer-administered version), tedy kdy sestra zaznamenává odpovědi na jednotlivé položky dotazníku, nebo dotazník vyplňuje samotný pacient (self-administered version). Existují pochopitelně i verze, kde se kombinují oba výše uvedené nástroje. Verze dotazníku pro pacienta by měla být co nejpřehlednější s adekvátní grafickou úpravou, tzn. velikost, typ písma a řádkování s ohledem na věk a chorobu pacientů. Sestra si naopak při zaznamenávání pacientových odpovědí musí dávat pozor, aby jej neovlivňovala vlastními názory. Hodnotící nástroje by měly jednoznačně splňovat daná kritéria: validita a reliabilita v jazyce, který byl použit k hodnocení; vysoká statistická spolehlivost; jednotná populace pacientů odpovídající požadovanému výstupu; rozsahová přiměřenost; nutné získání autorského souhlasu k použití nástroje (Gurková, 2011, s. 118–122).

Kvalita života byla v ČR hodnocena již v 80. letech pětipoložkovým dotazníkem VAS (Vizuální analogová stupnice Křivohlavého). (Dragomirecká, 2004, s. 91–101). Nárůst spokojenosti s kvalitou života byl zaznamenán Evropským výběrovým šetřením o zdravotním stavu české populace EHIS 2008. Kvalitu života udalo jako velmi dobrou 20,9 % mužů a 20,7 % žen (N=1955), dobrou 60,2 % mužů a 51,7 % žen. Klesl počet jedinců oproti minulým letům, kteří kvalitu hodnotili jako špatnou či velmi špatnou. I zde se potvrdil vliv věku na subjektivně vnímanou kvalitu života, kdy je ovlivněna zvýšeným

výskytem chronických onemocnění a jejich komplikací vlivem vyššího věku (ÚZIS ČR, 2011).

2.3.1 Nástroje měření kvality života chronicky nemocných

Obecně lze říci, že k měření kvality života není vhodné používat nástroje pro hodnocení zdravotního stavu či na kontrolu symptomů (Gurková, 2011, s. 139). K hodnocení kvality života se užívají dotazníky určující dopad nemoci na běžný život nemocného. Je vytvořena celá řada dotazníků ke zjišťování kvality života nemocných, jejich spolehlivost a vypovídací hodnota je testována dle současných standardů „měření zdraví“ (Slováček, 2004, s. 1–9). Úsilí zachytit nejvýstižnější vyjádření tohoto stavu si vyžádalo vytvoření dalších nejrůznějších metod, zachycujících kvalitu života pacientů s rozličným onemocněním (např. onkologických pacientů, seniorů, dialyzovaných pacientů, atd.). Většina dotazníků na kvalitu života je určena pro klinické studie a ne pro běžnou klinickou praxi. (Payne, 2005, s. 284–287).

Okruhy vyšetřované v dotaznících kvality života:

1. Fyzikální funkce – mobilita, soběstačnost, zrak, sluch, kontinence
2. Emocionalita – deprese, lítostivost, pocit strachu apod.
3. Sociální funkce – vztahy v rodině, její podpora, vztahy k okolí, náplň volného času
4. Práce, domácí práce, nakupování apod.
5. Bolest
6. Spánek a jeho kvalita
7. Symptomy specifické pro dané onemocnění (Slováček, 2004, s. 1–9).

WHO stanovila čtyři základní oblasti dimenze lidského života, bez ohledu na věk, pohlaví, národnost nebo onemocnění:

- Fyzické zdraví a samostatnost – energie, únava, odpočinek, schopnost pracovat, závislost na cizí pomoci, bolest
- Psychické zdraví a spiritualita – sebehodnocení, sebepojetí, učení, paměť a koncentrace, víra
- Osobní vztahy a sociální vztahy
- Prostředí – finance, domácnost, pracovní prostředí, svoboda, bezpečí

Tyto oblasti lidského života korespondují s oblastmi v jednotlivých nástrojích měření kvality života – WHOQOL-BREF a WHOQOL-100 (Muhlpachr, 2005, s. 59–70).

Dotazníky se dělí na dva typy, generické (obecné) a specifické. Generické dotazníky hodnotí celkový zdravotní stav bez ohledu na aktuální onemocnění, pohlaví a věk. Jsou široce použitelné. Mezi nejznámější patří – **Karnovsky Performance Status Scale**, **Activities of Daily Living (ADL)** aktivity běžného dne, **Sickness Impact Profil (SIP)** - vhodný pro hodnocení efektivity terapie a také pro farmakoekonomické analýzy, **Short Form Health Survey (SF 36)** - nástroj vytvořený k hodnocení všeobecných nespécifických konceptů souvisejících se zdravím, dotazník byl přeložen, validován a standardizován ve více než 15 zemích a díky tomu je jedním z nejpoužívanějších nástrojů HRQoL, **Nottingham Health Profile (NHP)** – nástroj vytvořený k měření tělesného, psychického a sociálního distresu, inspirován SIP, nicméně více než na denní aktivity se orientuje na emocionální stav pacienta, **European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D)** – hodnotí se dva ukazatele: objektivní a subjektivní, přičemž podškálami jsou pohyblivost, sebepečce, obvyklé činnosti, bolest a úzkost, **WHOQOL-BREF** – zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100 používaná zejména pro potřeby klinické praxe, **PGWB (Psychological General Well-Being Index)** – unidimenzionální soubor 68 položek reprezentující interpersonální, afektivní nebo emocionální stavy, které vždy reflektují aktuální stav subjektivního pocitu pohody nebo naopak distresu (Slováček, 2004, s. 1–9).

Specifické nástroje hodnotí úzké spektrum faktorů bezprostředně souvisejících s konkrétním onemocněním. Je zde snaha o co nejpřesnější identifikaci faktorů, jež ovlivňují kvalitu života. Většina dotazníků je konstruována tak, aby bylo možné je vyplnit bez přispění druhé osoby, tedy pouze samotným pacientem. Řada studií ukazuje, že specifické nástroje oproti generickým jsou schopny lépe a přesněji popsat kvalitu života pacienta s konkrétním onemocněním. Výsledky dosahují větší citlivosti měření a mají také větší diskriminační validitu (Gurková 2011, s. 139–148). Specifické metody hodnotí kvalitu života konkrétně zaměřené na specifické onemocnění, změny či omezení funkcí nebo léčebnou intervenci. Jsou cílené na vybranou populaci, která splňuje daná kritéria, od toho se odvíjí oblast sledovaná dotazníkem. Dotazník je mnohem citlivější ke změnám, ke kterým došlo v průběhu onemocnění nebo vlivem léčby než dotazník obecný. Důležité je sledovat, zda sledovaná změna je ještě klinicky významná. Dotazníky jsou přínosem v rozhodování o léčebných postupech u konkrétního onemocnění, na které bylo šetření prováděno (Faťunová, 2007, s. 22–27).

Specifickými dotazníky na kvalitu života jsou například **Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q)** pro nemocné s depresivní poruchou, dále **Functional Assessment of Chronic Illness Therapy General Version (FACT-G)** pro nemocné s

léčbou chronického onemocnění s jednotlivými modifikacemi, **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)**, pro nemocné s nádorovým onemocněním **Euro-pean Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)** nebo pro nemocné v terminálním stadiu onemocnění **Missoula-Vitas Quality of Life Index V-25 (MVQOLI: 25 Item Version)** či jeho modifikace **Missoula-Vitas Quality of Life Index V-15 (MVQOLI: 15 Item Version)** aj.

S uvedenými dotazníky jsou v zahraničí prováděny studie na hodnocení kvality života u nemocných na zhodnocení efektivnosti léčby. V ČR není běžnou součástí léčby hodnocení kvality života, toto hodnocení je spíše z výzkumných důvodů. Bylo by vhodné využívat některé z dostupných dotazníků i u nás (Slováček, 2004, s. 1–9). V neposlední řadě byly vytvořeny specifické nástroje, které měří kvalitu života pacientů s onemocněním diabetes mellitus (Payne, 2005, s. 284–287). Při měření kvality života pacientů s DM se často používají generické nástroje, jako jsou SF-36, ke zjištění dopadu farmakoterapie na kvalitu života, WHO Well-being Questionnaire, NHP, SIP, EQ-5D aj.

Ze specifických nástrojů u DM jsou nejvíce upřednostňovány (Watkins 2004, s. 167–192):

- D-39 (Diabetes 39)
- DCP (Diabetes Care Profile)
- DIMS (Diabetes Impact Management Scales)
- DQOL (Diabetes Quality of Life)
- DSQoLS (The Diabetes-Specific Quality of Life Scale)
- ADS (Appraisal of Diabetes Scales)
- ADDQoL 19 (Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life 19)
- PAID (Problem Areas in Diabetes Scale)
- DHP (The Diabetes Health Profile)
- QSD-R (Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes-Revised)
- WED (Well-Being Enquiry for Diabetics)

Co se týče specifických nástrojů dostupných v českém jazyce, lze využít tyto:

- DSC-R (Diabetes Symptom Checklist-Revised)
- DTSQ (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire)

- ISQ (Insulin Satisfaction Questionnaire)
- ADDQoL (Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life)

Poslední ze jmenovaných dotazníků byl využit k identifikaci oblasti kvality života, která je nejvíce ovlivněna diabetem. Ostatní jsou dotazníky zaměřené spíše na hodnocení spokojenosti s léčbou nebo popis výskytu psychických a fyzických těžkostí přímo souvisejících s diabetem. Při měření kvality života jednotlivců je výhodné použití individuálních nástrojů (například při zjišťování pacientových preferencí v léčbě). Při porovnání kvality života skupin je vhodné použít tradiční nástroje HRQoL. Při měření kvality života pacientů se specifickým onemocněním se jednoznačně doporučuje použití výše zmiňovaných specifických nástrojů HRQoL týkajících se konkrétního onemocnění (v našem případě DM). Vybrané nástroje by měly splňovat podmínku validity a reliability v dané jazykové mutaci, měly by být rozsahově přiměřené (pro klinickou praxi je vhodné zařadit zkrácené verze nástrojů), a konečně je možné požívat pouze ty nástroje, u kterých existuje souhlas autora nebo příslušného orgánu k jejich použití (Gurková 2011, s. 151–156). Pro hodnocení self-managementu u chronicky nemocných se užívá **PIH škála** (Partners in Health Scale) škála partnerů ve zdraví – byla vytvořena Flinderskou Univerzitou v Austrálii pro posouzení self-managementu u chronicky nemocných. Škála se skládá z 12 otázek, které hodnotí dodržování léčebných opatření, vědomostí o onemocnění, managementu vedlejších účinků a managementu příznaků a symptomů. Pacienti hodnotí každou položku na Likertově škále od 0-8, kdy 0 je „velmi málo“, „nikdy“ nebo „ne moc dobře“ a číslo 8 je „hodně“, „vždy“ nebo „velmi dobře“ (Battersby, 2003, s. 43–45; Petkov, 2010, s. 1079–1080; Peñarrieta-de Córdova, 2014, s. 33–34) (viz. příloha č.7). Vzhledem k tomu, že nebyl dohledán nástroj, který by mohl být použit pro určení úrovně self-managementu u pacienta s DM, byla vybrána a použita PIH škála při výzkumném šetření v této diplomové práci.

2.4 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy

Chronické onemocnění ovlivňuje kvalitu života nemocného a self-management je důležitou součástí života pacientů s chronickým onemocněním. Dobré znalosti o diabetes mellitus a pozitivní postoj k životu jsou ukazateli úspěšnosti zvládnání self-managementu zlepšující kvalitu života pacienta (D'Souza et al., 2016, s. 9).

Pohled na kvalitu života ovlivňuje mnoho okolností, především věk, zdravotní stav, sociální postavení, životní zkušenosti a subjektivní vnímání jedince (Dvořáčková, 2012, s. 7). Kvalitu života nejde měřit jednoduše a přímo, vychází z konkrétních indikátorů, jimž jsou specifikovány a sledovány různé oblasti kvality života (Heřmanová, 2012, s. 96–97).

Život nemocného výrazně ovlivňuje průběh a následky chronické nemoci, a to životní styl a kvalitu života (Chrastina, 2012, s. 298–314). Výskyt chronických nemocí se neustále zvyšuje, a to nejvíce v souvislosti se stárnutím populace, zvyšující se kvalitou medicíny, zdravotnictvím a dostupností služeb, má své zastoupení i ve výzkumu. (Chrastina, 2011, s. 112–127).

Diabetes mellitus je nejčastější metabolické chronické onemocnění. Značná část úspěchu léčby závisí na samotném pacientovi (změna životního stylu, self-monitoring glykémie, krevního tlaku a hmotnosti) (Škrha, 2016, s. 48–50).

Self-management zahrnuje činnosti vztahující se k léčbě DM (dietní opatření, životospráva, vhodné léky a fyzická aktivita), self-monitoringu (glykémie, hladina cukrů v moči, tělesná hmotnost, péče o nohy) a činnostem spojeným předcházením komplikací při aktivitách (rozpoznání hypo a hyperglykémie, akutní onemocnění, stres a cestování) (Nemcova, 2011, s. 289–299). Dopad DM 2 omezuje kvalitu života u mužů i žen. Mnoho studií je zaměřeno na zkoumání kvality života ke zdravotnímu stavu, výsledky studií ukazují, že lepší self-management vede ke zlepšení kvality života (to je dané vyšším vzděláním a lepší informovaností o DM) (D'Souza et al., 2016, s. 1–10). Ve světě existuje dále celá řada rámcových studií, které se lokálně věnují systému a zpracování self-managementu v prostředí dané země, kultury či sociální skupiny (Barr, 2003, s. 73–82). Z dohledaných publikací je větší část věnována výzkumu v rozvojových zemích a méně v USA a Kanadě. Mizivá část výzkumu self-managementu diabetu byla prováděna v ČR.

Self-monitoring je součástí self-managementu v komplexní léčbě DM, na které se pacient podílí. Základem self-monitoringu je měření a stanovování hodnot, které pacient provádí sám v domácím prostředí. (Rybka, 2008, s. 362–366).

Kvalitu života lze hodnotit v rámci subjektivních a objektivních přístupů, nejpodstatnější je subjektivní hodnocení nemocného, jak vnímá svůj zdravotní stav, soběstačnost, začlenění do pracovního, rodinného a sociálního prostředí (Slováček, 2004, s. 1–9).

Self-management a kvalita života spolu úzce souvisí. Ovlivněním self-managementu ovlivníme i kvalitu života. Standardní nástroje na měření self-managementu v ČR nejsou k dispozici, proto byla pro tuto diplomovou práci využita PIH škála. Na základě shrnutí dohledaných poznatků souvisejících se zvolenou problematikou, lze formulovat teoretickou hypotézu, jaká je úroveň self-managementu u pacientů s DM a toho, co ovlivňuje úroveň self-managementu u pacientů s DM 2.

3 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření k tématu zkoumajícímu kvalita života v kontextu hodnocení self-managementu u osob s DM2, bylo provedeno za pomoci kvantitativní, průřezové studie. Pro účely samotného výzkumu byl použit strukturovaný dotazník, jehož design byl po získání licence od původních autorů vytvořen v rámci projektu studentské grantové soutěže (IGA_FZV_2015_009). Postup validace a překladu dotazníku je uveden v příloze č. 8. To znamená, že po překladu z anglického jazyka byl dotazník opět přeložen z ČJ dvěma rodilými mluvčími do AJ, a panelem členů týmu byly obě verze porovnány. Výsledná verze byla pilotně testována a ověřena u pěti respondentů a teprve poté použita k samotnému výzkumu. Výzkumný záměr byl schválen Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Získaná data jsou zpracována popisnou a komparativní statistikou.

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Cílem výzkumu diplomové práce je deskripce self-managementu u osob s diabetes mellitus 2. typu v sociokulturním prostředí české společnosti s využitím PIH škály. Cíl je konkretizován následujícími dílčími cíli

Cíl č. 1: Zjistit úroveň self-managementu u osob s DM2.

Cíl č. 2: Zjistit zda hodnocení self managementu závisí na pohlaví, věku, vzdělání, sociální a finanční situaci osob s DM2.

Statistické hypotézy cíle 2:

H₁₀ – Neexistuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a pohlavím.

H_{1A} – Existuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a pohlavím.

H₂₀ – Neexistuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a věkem.

H_{2A} – Existuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a věkem.

H₃₀ – Neexistuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a vzděláním.

H3_A – Existuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a vzděláním.

H4₀ – Neexistuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a sociální situací.

H4_A – Existuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a sociální situací.

H5₀ – Neexistuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a finančním zabezpečením.

H5_A – Existuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a finančním zabezpečením.

Cíl č. 3: Zjistit zda úroveň zvládnutí vlivu zdravotního stavu pacientů s DM2 na jejich životní styl závisí na pohlaví, věku a vzděláním.

Statistické hypotézy cíle 3:

H6₀ – Neexistuje souvislost mezi pohlavím a zvládnutím vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

H6_A – Existuje souvislost mezi pohlavím a zvládnutím vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

H7₀ – Neexistuje souvislost mezi věkem a zvládnutím vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

H7_A – Existuje souvislost mezi věkem a zvládnutím vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

H8₀ – Neexistuje souvislost mezi úrovní vzdělání a zvládnutím vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

H8_A – Existuje souvislost mezi úrovní vzdělání a zvládnutím vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

Cíl č. 4: Zjistit zda dodržování léčebných opatření u osob s DM2 závisí na pohlaví.

Statistické hypotézy cíle 4:

H9₀ – Neexistuje signifikantní rozdíl v dodržování léčebných opatření dle pohlaví.

H9_A – Existuje signifikantní rozdíl v dodržování léčebných opatření dle pohlaví.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkum byl zaměřen na self-monitoring u pacientů s chronickým onemocněním. Zařazujícími kritérii jsou: diagnóza chronického onemocnění diabetes mellitus 2. typu (DM2); minimální věk respondenta 60 let; podstupující péči v diabetologické ambulanci. Naopak vyřazujícími kritérii byly: akutní zdravotní komplikace; hospitalizace v lékařském zařízení; diagnostikovaná deprese; neschopnost orientovat se v čase a prostoru.

3.3 Metoda sběru dat

Pro realizaci výzkumného šetření byl použit validovaný dotazník využívající PIH škálu. Dotazník byl rozdělen na dvě části. První část obsahuje 12 položek, které slouží jako identifikační údaje. Druhá část obsahuje 12 otázek PIH škály, ve kterých se hodnotí úroveň self-managementu. Každá položka je hodnocena s využitím Likertovy stupnice od 0 do 8, kde 0 znamená nejhorší a 8 nejlepší (nejefektivnější) míru self-managementu osoby s chronickým onemocněním. Položky 1 a 2 souvisí s tím, co respondent ví o svém zdravotním stavu, tedy se znalostí. Položky 3–5 monitorují míru schopnosti spolupráce pacienta s lékařem, zdravotníkem nebo zdravotnickým zařízením, tedy dodržování léčebných opatření. Položky 6–8 mají za úkol zjistit, jaké aktivity oslovený provádí pro správné monitorování průběhu a stavu své chronické nemoci a jak je schopen respektovat požadavky léčebného režimu. Jinými slovy, tyto položky odhalí míru schopnosti pacienta rozpoznat a řešit symptomy svého onemocnění. Položky 9–12 napomáhají zjistit úroveň schopnosti self-managementu v rámci respondentova zdravotního stavu.

Aby bylo možné zjistit, zda je dotazník PIH škály reliabilní, tedy jestli metoda správně měří, bylo nutno provést statistický výpočet reliability a vnitřní konzistentnosti PIH dotazníku za pomoci Cronbachovy alfa. Teoretické hodnoty tohoto koeficientu se pohybují v rozmezí 0–1 (0–10%). Běžně se za reliabilní soubor dat považuje ten, jehož Cronbachova alfa je větší než 0,7. Jak je možno vidět z tab. 1, $\alpha = 0,8240$, což znamená, že dotazník PIH je reliabilní a vnitřně konzistentní.

Tabulka 1. Výpočet Cronbachovy alfa po odstranění odlehlých hodnot z PIH dotazníku.

Proměnná	Souhrn pro měř: Prům=77,6379 SmOdch=10,4876 Plat. N:58 (List1 v PIH) Cronbach. alfa: 0,824078 Standardiz. alfa: 0,830587 Prům.kor.mezi prvky:-				
	Prům. po odstr.	Rozptyl po odstr.	SmOdch po odstr.	Prv-Celk Korel.	Alfa po odstr.
1	70,9483	93,7042	9,68	0,4619	0,8124
2	70,8448	93,4759	9,6683	0,4524	0,8131
3	70,0172	99,9825	9,9991	0,424	0,8174
4	71,4828	91,1463	9,547	0,3871	0,8216
5	70,9828	89,6721	9,4695	0,6095	0,8004
6	69,8621	100,5327	10,0266	0,4876	0,8164
7	70,3621	99,0586	9,9528	0,3076	0,8231
8	70,2759	99,6136	9,9807	0,3213	0,822
9	72,2586	83,6745	9,1474	0,6221	0,7972
10	72,2759	89,0963	9,4391	0,542	0,8054
11	72,1551	81,6483	9,2004	0,665	0,7933
12	72,5517	82,7646	9,0975	0,5683	0,8042

3.4 Realizace výzkumu

Výzkumné šetření bylo prováděno v období od 1. října 2015 do 23. prosince 2015. Po telefonické konzultaci a domluvě s lékařem ambulance, bylo postupně navštíveno sedm vybraných diabetologických ambulancí v Olomouci. Spolupráci nabídly tři diabetologické ambulance, jeden praktický lékař a dvě diabetologické poradny III. Interní kliniky FNOL. V rámci výzkumného projektu bylo rozdáno celkem 90 dotazníků. Návratnost byla 100%, nicméně 15 dotazníků bylo vyřazeno pro nesplnění základních požadavků výzkumu (nekompletně vyplněný dotazník (12), nižší věk respondenta než požadovaných 60 let (3)). U těchto 75 dotazníků byla zpracována část obsahující identifikační údaje – první část 12 otázek. Poté došlo k dalšímu rozřazení, protože bylo zjištěno, že 17 dotazníků nesplnilo požadovaná kritéria pro zařazení do PIH škály, respektive byla splněna kritéria vyřazovací, a tak je bylo nutné z další studie vyřadit. Konečný vzorek respondentů zařazených do studie byl tedy 58.

Po osobní návštěvě, seznámení s výzkumným projektem a podepsání informovaného souhlasu, byly dotazníky ponechány v příslušné ambulanci. Vhodní probandi byli

specifikování v rámci informovaného souhlasu jednotlivých lékařů. Vybraný pacient byl po vstupu do ordinace osloven za účelem spolupráce na výzkumném šetření. Byl mu vysvětlen princip šetření zároveň s představením dotazníku. Poté byl příslušný proband vyzván, aby si dotazník důkladně přečetl a individuálně bez pomoci ošetřujícího personálu jej pravdivě anonymně vyplnil.

3.5 Metody zpracování dat

Data Dotazníku sebepéče – identifikačních údajů a PIH škály byly zpracovány popisnou a komparativní statistikou prostřednictvím statistického software Statistica.cz. Kategoriální proměnné byly zpracovány pomocí četnostních tabulek a sloupcových grafů, popř. výsečových grafů. Proměnná Věk a položky PIH škály byly zpracovány pomocí popisných statistik. U každé položky byl vypočítán také aritmetický průměr, směrodatná odchylka (SD) a medián. Všechny statistické testy byly provedeny na hladině významnosti $p < 0,05$. Pro PIH škálu byla vypočítána hodnota Cronbachovy alfy určující její reliabilitu a vnitřní konzistenci.

K přijetí nulových či alternativních hypotéz bylo pro **H1** použito Studentova parametrického t-testu. U zkoumání hypotéz **H2 až H5** byla použita metoda výpočtu pomocí Pearsonova neparametrického korelačního koeficientu. K potvrzení hypotézy **H6** bylo použito metody neparametrického dvouvýběrového Mann-Whitneyova U-testu. U analýzy hypotéz **H7 a H8** byl použit Spearmanův korelační koeficient a konečně u poslední hypotézy **H9** bylo opět využito neparametrického dvouvýběrového Mann-Whitneyova U-testu.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Identifikační údaje

Rozdáno k vyplnění bylo celkem 90 dotazníků. Návratnost byla 100%, ovšem 15 dotazníků bylo nutno kvůli nesplnění základních kritérií výzkumu (viz kap. 3. 4.) vyřadit. Soubor dat první části dotazníku obsahujícího identifikační údaje tedy obsahoval 75 respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 27 mužů (36%) a 48 žen (64%). Shrnutí identifikačních (demografických) údajů je uvedeno v tabulce 2. Podrobné statistické zpracování jednotlivých položek identifikačního dotazníku obsahujícího 12 položek (viz kap. 3.4) je uvedeno v části Příloha 10.

Tabulka 2. Shrnutí demografických údajů z identifikační části dotazníku.

		Počet	Procenta	Průměr	Medián	Minimum	Maximum
Pohlaví	muž	27	36				
	žena	48	64				
Věk		75		68,9867	69	60	85
Vzdělání	základní	13	17				
	střední	44	59				
	vyšší střední	7	9				
	vysokoškolské	11	15				
Sociální situace, bydlení	sám	28	37				
	s manželem/kou	37	49				
	s partnerem/kou	2	3				
	s příbuznými	8	11				
Finanční zabezpečení	mzda	8	11				
	důchod	62	83				
	soc. příspěvky	5	7				
Akutní zdravotní problémy	ano	16	21,33				
	ne	59	78,67				
Deprese	ano	1	1,33				
	ne	74	98,67				
Orientace v čase a prostoru	ano	75	100				
	ne	0	0				
Schopnost zapamatování	ano	11	14,67				
	ne	64	85,33				
Závislost na jiných	ano	2	2,67				
	ne	73	97,33				

4.2 Výsledky vztahující se k cílům práce a ověření platnosti hypotéz

4.2.1 Výsledky k cíli č. 1

Cíl č. 1: Zjistit úroveň self-managementu u osob s DM2.

Druhá část dotazníku řeší přímo výzkum self-managementu u osob s onemocněním DM2 v prostředí české společnosti s využitím PIH škály. Po aplikování vyřazovacích kritérií bylo statisticky zpracováno 58 dotazníků, (viz kap. 3. 2), a výsledky byly zahrnuty do tabulky 3. Zde je uvedeno všech 12 položek (v tabulce uvedených jako proměnná), jejichž celkové znění je uvedeno v příloze a tab. 4. V tabulce 4 je uvedeno procentuální zastoupení odpovědí dle Likertovy stupnice 0–8 na jednotlivé otázky. Otázky 1 a 2 monitorují znalost zdravotního stavu pacientů. Otázky 3–5 pak dodržování léčebných opatření. Otázky 6–8 souvisí s dodržováním léčebného režimu a soubor otázek 9–12 monitoruje zvládání vlivu zdravotního stavu na životním stylu oslovených respondentů. V tabulce je zřetelně vidět průměrné hodnoty Likertovy stupnice.

Tabulka 3. Průměrné hodnoty a směrodatná odchylka jednotlivých položek PIH dotazníku. –

Proměnná	Dotazník PIH škály					
	Průměr	SD	Minimum	Maximum	N	Počet ChD
1	6,712	1,228	4	8	58	0
2	6,78	1,252	4	8	58	0
3	7,627	0,607	4	8	58	0
4	6,186	1,743	4	8	58	0
5	6,678	1,219	4	8	58	0
6	7,78	0,396	4	8	58	0
7	7,288	0,941	4	8	58	0
8	7,373	0,829	4	8	58	0
9	5,424	1,694	2	8	58	0
10	5,39	1,447	3	8	58	0
11	5,525	1,535	3	8	58	0
12	5,136	1,793	0	8	58	0

Tabulka 4. Procentuální rozdělení odpovědí dle Likertovy škály 0–8 na otázky PIH

Otázky PIH škály	Likertova škála 0-8	počet z N (58)	poměr (%)
1. Celkově vím o svém zdravotním stavu	4	7	12,1
	5	3	5,2
	6	17	29,3
	7	5	8,6
	8	26	44,8
2. Celkově vím o léčbě mých zdravotních potíží včetně užívaných léků	4	7	12,1
	5	5	8,6
	6	10	17,2
	7	7	12,1
	8	29	50
3. Užívám léky nebo podrobuji se léčbě doporučené mým lékařem nebo zdravotníkem	4	1	1,7
	5	1	1,7
	6	6	10,3
	7	3	5,2
	8	47	81
4. Podílím se na rozhodování o mém zdravotním stavu společně s mým lékařem nebo zdravotníkem	4	22	37,9
	5	2	3,4
	6	5	8,6
	7	3	5,2
	8	26	44,8
5. Dokážu jednat s poskytovateli zdrav. péče o službách, které potřebuji a které jsou v souladu s mými kulturními zvyklostmi, hodnotami a názory	4	9	15,5
	5	1	1,7
	6	15	25,9
	7	9	15,5
	8	24	41,4
6. Docházím na kontroly, jak vyžaduje můj lékař nebo zdravotník	4	1	1,7
	6	4	6,9
	7	1	1,7
	8	52	89,7
7. Sleduji projevy mého onemocnění a časné varovné příznaky, např. krevní cukr, hmotnost, dušnost, bolest, aj	4	5	8,6
	5	1	1,7
	6	5	8,6
	7	9	15,5
	8	38	65,5
8. Při zhoršení projevů mého onemocnění a časných varovných signálů provádím vhodná opatření	4	4	6,9
	5	1	1,7
	6	3	5,2
	7	12	20,7

	8	38	65,5
9. Zvládám vliv svého zdrav. stavu na domácí práce, apod.	2	1	1,7
	3	5	8,6
	4	23	39,7
	5	4	6,9
	6	7	12,1
	7	3	5,2
	8	15	25,9
10. Zvládám vliv svého zdrav. stavu na to, jak se cítím, co prožívám, např. vliv na své emoce, duševní pohodu, apod.	3	4	6,9
	4	23	39,7
	5	3	5,2
	6	13	22,4
	7	6	10,3
	8	9	15,5
11. Zvládám vliv svého zdrav. stavu na svůj společenský život, např. navazování kontaktů s jinými lidmi.	3	2	3,4
	4	25	43,1
	5	4	6,9
	6	11	19
	7	2	3,4
	8	14	24,1
12. Celkově zvládám dodržovat zdravý životní styl, např. nekuřáctví, alkohol, zdravé stravování, pravidelnou těl. aktivitu, zvládání stresu, apod.	0	1	1,7
	1	1	1,7
	2	2	3,4
	3	4	6,9
	4	25	43,1
	5	3	5,2
	6	5	8,6
	7	3	5,2
8	14	24,1	

Z výše uvedených tabulek plyne, že v oblasti vědomostí o svém zdravotním stavu (otázky 1 a 2), je u oslovených maximální znalost o zdravotním stavu ze 44,8 procent a maximální znalost o léčbě až 50 procent.

V oblasti dodržování léčebných opatření (otázky 3–5) se respondenti nejčastěji přikláněli k nejvyšší hodnotě Likertovy stupnice, tedy že 81% pacientů vždy správně užívá léky nebo se podrobuje doporučené léčbě. 44,8% pacientů se vždy podílí na spolurozhodování o svém zdravotním stavu a 41,4% z nich dokáže vždy jednat s poskytovateli zdravotní péče o svých potřebách vztažených k chronickému onemocnění.

V oblasti respektování požadavků léčebného režimu (otázky 6–8) se také nejvyšší procento dotázaných přiklánělo k nejvyššímu hodnocení, tedy že 89,7% vždy pravidelně dochází na zdravotní kontroly. 65,5% pacientů vždy sleduje varovné příznaky a projevy svého onemocnění a stejné procento (65,5%) pacientů provádí správná opatření při zhoršení těchto projevů.

V oblasti zvládnání vlivu zdravotního stavu na různé aspekty života (otázky 9–12) byli respondenti „zdrženlivější“ a tak nejvíce (39,7%) uvedlo, že vliv svého stavu na běžné domácí činnosti zvládají „docela dobře“. Stejně tak 39,7% dotázaných uvedlo, že „docela dobře“ zvládají vliv svého zdravotního stavu na stav psychický. Také 43,1% uvedlo, že „docela dobře“ zvládají vliv svého zdravotního stavu na společenský život. V celkovém zvládnání dodržování zdravého životního stylu v kontextu vlastní nemoci opět nejvíce (43,1%) respondentů uvedlo, že jsou schopni zdravý životní styl „docela dobře“ dodržovat.

4.2.2 Výsledky k cíli č. 2 a ověření platnosti hypotéz

Cíl č. 2: Zjistit zda hodnocení self managementu závisí na pohlaví, věku, vzdělání, sociální a finanční situaci osob s DM2.

Statistické hypotézy cíle 2:

H₁₀ – Neexistuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a pohlavím.

H_{1A} – Existuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a pohlavím.

Ke zjištění, zda existuje rozdíl mezi muži a ženami ve velikosti celkového skóre PIH byl použit dvouvýběrový Studentův t-test. Ten se používá k testování, zda dva nezávislé náhodné výběry pochází ze stejného základního souboru, neboli mají stejnou střední hodnotu: $H_0: \mu_1 = \mu_2$. Z tabulky 5 vyplývá, že rozdíl průměrů je nesignifikantní: $t = 1,545$; $p > 0,05$ a tedy lze říci, že **není signifikantní** rozdíl mezi muži a ženami ve velikosti celkového skóre PIH. Velikost celkového skóre nezávisí na pohlaví a je tedy nutno v tomto případě přijmout nulovou hypotézu **H₁₀**.

Tabulka 5. Dvouvýběrový Studentův t-test zjištění korelace v rozdílu pohlaví vs. celkové skóre PIH

Proměnná	t-testy: grupováno: pohlaví (List1 v bis kor)						
	μ 1	μ 2	t	sv	p	Poč. plat 1	Poč. plat 2
Celk. skóre	80,429	76,054	1,545	56	0,128	21	37

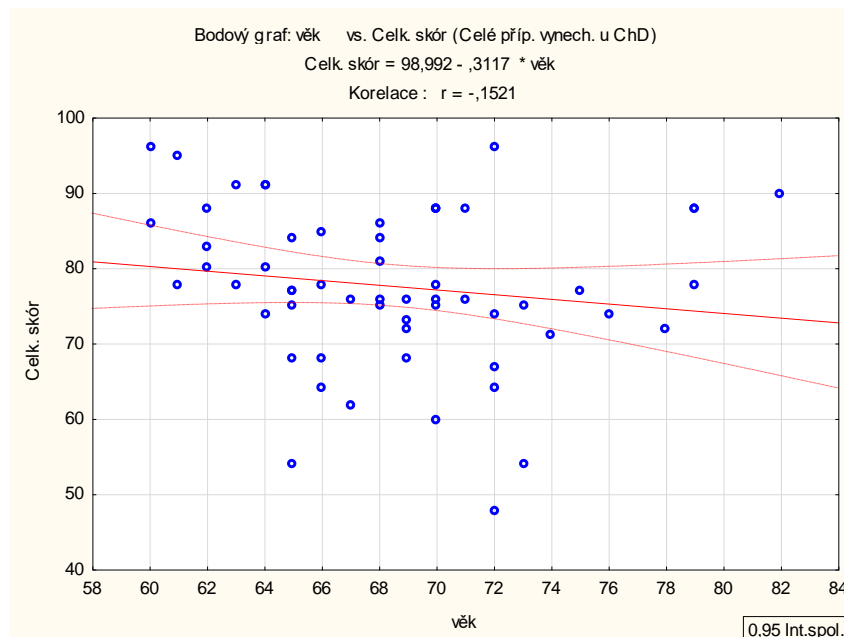
H₂₀ – Neexistuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a věkem.

H_{2A} – Existuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a věkem.

Věk pacientů byl v identifikačním dotazníku uváděn v celých letech. Pro zjištění, zda existuje vztah mezi věkem respondentů a celkovým PIH skóre byl použit Pearsonův korelační koeficient, viz tab. 6 a obr. 4. Pro tuto analýzu platí, že koeficient korelace nabývá hodnot v intervalu $<-1, 1>$. Při nezávislosti porovnávaných veličin je koeficient korelace roven 0. Hodnota koeficientu -1 znamená zcela nepřímou závislost, tedy antikorelaci, přičemž naopak hodnota korelačního koeficientu $+1$ značí zcela přímou závislost.

Tabulka 6. Pearsonův korelační test zjištění korelace mezi věkem pacientů a celkovým PIH skóre.

Proměnná	Korelace (List1 v Sebepečce stw.)			
	Označ. korelace jsou významné na hlad. $p < 0,05$ N = 58 (celé případy vynechány u ChD)			
	Průměry	SD	Celk. skóre	věk
Celk skóre	77,64	10,49	1,00	-0,15
věk	68,52	5,12	-0,15	1,00



Obrázek 4. Bodový graf korelace mezi věkem pacientů (osa x) a celkovým PIH skóre (osa y).

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že daná korelace je velmi nízká a **nesignifikantní** $r = -0,152$. Nebyl tedy prokázán vztah mezi věkem a celkovým skóre PIH. Z grafu je patrné, že proměnné spolu **nekorelují**. V tomto případě je tedy nutno přijmout nulovou hypotézu **H2₀**.

H3₀ – Neexistuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a vzděláním.

H3_A – Existuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a vzděláním.

Pro zjištění souvislostí mezi kategoriálními proměnnými a celkovým skóre PIH bylo nutné z celkového skóre PIH vytvořit alternativní proměnnou CS kat 2 (body 48–77 = 1; 78–96 = 2). Při rozdělení na více kategorií soubor vykazoval nízké kategoriální četnosti nevhodné pro zpracování testem chí-kvadrát (kdy alespoň 80% teoretických četností musí být větší než 5). I tak se objevují v některých polích kontingenčních tabulek nízké četnosti, které jsou způsobeny celkovým malým rozsahem sledovaného souboru. Z Tabulky 7. vyplývá, že Pearsonův chí kvadrát je roven $\chi^2 = 7,532$. Tato hodnota je nižší než tabelovaný kvantil χ^2 pro stupeň volnosti $df = 3$, který je 7,8147 při $p < 0,05$. Kontingenční (korelační) koeficient $C = 0,339$ nabývá kladné hodnoty od nuly. Na základě těchto zjištění je nutno zamítnout nulovou hypotézu **H3₀** a říci, že mezi vzděláním a velikostí celkového PIH skóre **existuje souvislost** a tím tedy přijmout hypotézu alternativní **H3_A**. Závěry ovšem nejsou jednoduché a jednoznačně nelze říci, že lidé s vyšším vzděláním mají vyšší

skóre nebo naopak, viz tab. 8. Koeficient C je totiž sice statisticky významný, nemusí však být významný klinicky. To znamená, že kvůli malému počtu hodnot základního, vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání kontingenční tabulka nedává smysl – nelze hovořit o vztahu mezi proměnnými. Četnosti v jednotlivých polích tabulky by správně měly být větší než 5, smysl by ovšem kontingenční tabulka 20 dávala, kdyby proměnná vzdělání obsahovala například pouze dvě kategorie (1 a 2). Z tabulky 8 plyne pouze to, že ve vzorku probandů se středoškolským vzděláním je větší skupina těch, kteří mají nižší PIH skóre. U probandů s vyšším vzděláním se jeví trend opačný, ale počet hodnot je tak malý, že to nelze statisticky prokázat.

Tabulka 7. Pearsonův korelační test zjištění korelace mezi vzděláním pacientů a celkovým skóre PIH.

Statist.	Statist.: vzdělání (4) xCS kat 2(2) (List1 v Seběpěče s vyloučením ak. zdr. pr. a deprese -1)		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kvadr.	7,532	df = 3	p = 0,057
M-V chí-kvadr.	8,124	df = 3	p = 0,044
Fí	0,360		
Kontingenční koeficient	0,339		
Cramér. V	0,360		

Tabulka 8. Kontingenční tabulka korelace mezi vzděláním pacientů a celkovým skóre PIH. 1 = základní, 2 = střední, 3 = vyšší odborné, 4 = vysokoškolské.

Kontingenční tabulka (List1 v Seběpěče s vyloučením ak. zdr. pr. a dep - 1)			
Četnost označených buněk > 10			
(Marginální součty nejsou označeny)			
vzdělání	CS kat 2 1	CS kat 2 2	Řádk. součty
1	5	4	9
2	22	13	35
3	2	4	6
4	1	7	8
Všechny skupiny	30	28	58

H₄₀ – Neexistuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a sociální situací.

H_{4A} – Existuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a sociální situací.

V případě porovnání sociální situace oslovených respondentů byl použit stejný test společně s kontingenční tabulkou, viz tab. 9 a 10. Z níže uvedených tabulek vyplývá, že **nebyla prokázána souvislost** mezi sociální situací a celkovým skóre PIH. Pearsonův chí

kvadrát se v tomto případě rovná $\chi^2 = 4,1892$, ovšem $p = 0,242$, což je vyšší než hodnota hladiny významnosti $\alpha < 0,05$ nezbytná k přijetí jiné než nulové hypotézy. To znamená, že je nutné přijmout nulovou hypotézu **H4₀**. Ani v tomto případě nelze hovořit o vztahu mezi proměnnými, jelikož kontingenční tabulka obsahuje hodnoty nižší než 5.

Tabulka 9. Pearsonův korelační test zjištění korelace mezi sociální situací pacientů a celkovým skóre PIH.

Statist.	Statist.: soc. situace(4) x Cs kat 2 (2) (List1 v Sebepečce s vyloučením ak.zdr.pr. a deprese-1)		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	4,1892	df = 3	p = 0,242
M-V chí-kvadr.	4,9859	df = 3	p = 0,173
Fí	0,2688		
Kontingenční koeficient	0,2595		
Cramér. V	0,2688		

Tabulka 10. Kontingenční tabulka korelace mezi sociální situací pacientů a celkovým skóre PIH. 1 = bydlí sám/sama, 2 = bydlí s manželem/manželkou, 3 = bydlí s partnerem, 4 = bydlí s příbuznými.

Kontingenční tabulka (List1 v Sebepečce s vyloučením ak.zdr.pr. a deprese-1)			
Četnost označených buněk > 10			
(Marginální součty nejsou označeny)			
soc. situace	CS kat 2 1	CS kat 2 2	Řádk. součty
1	13	7	20
2	13	16	29
3	0	2	2
4	4	3	7
Všechny skupiny	30	28	58

H5₀ – Neexistuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a finančním zabezpečením.

H5_A – Existuje vztah mezi celkovým hodnocením self-managementu a finančním zabezpečením.

Stejným způsobem byl statisticky zpracován i vztah mezi finančním zajištěním monitorovaných respondentů a celkovým PIH skóre. Z tabulky 11. a 12. je zřejmé, že $C = 0,309$ při $p < 0,05$. Pearsonův chí kvadrát se rovná $\chi^2 = 4,1892$, což je menší než kvantil (3,8415) při $df = 1$ na stejné hladině významnosti. To znamená, že **existuje souvislost** mezi finančním zajištěním a velikostí celkového PIH skóre. Koeficient C je statisticky významný, nemusí však být významný klinicky. Podle četnosti v prvním poli (1)

kontingenční tabulky 12. však výpočet koeficientu kontingence nemá smysl, nelze tedy hovořit o vztahu mezi proměnnými, ale můžeme přijmout alternativní hypotézu $H5_A$.

Tabulka 11. Pearsonův korelační test zjištění korelace mezi finančním zajištěním pacientů a celkovým skóre PIH.

Statist.	Statist.: fin. zajištění (2) x Cs kat 2 (2) (List1 v Sebepečce s vyloučením ak.zdr.pr. a deprese-1)		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	6,012	df = 1	p = 0,014
M-V chí-kvadr.	6,567	df = 1	p = 0,010
Fí pro tabulky 2x2	-0,325		
Tetrachorická korelace	-0,634		
Kontingenční koeficient	0,309		

Tabulka 12. Kontingenční tabulka korelace mezi finančním zajištěním pacientů a celkovým skóre PIH. 1 = mzda, plat, 2 = důchod.

Kontingenční tabulka (List1 v Sebepečce s vyloučením ak.zdr. pr. a deprese-1)			
Četnost označených buněk > 10			
(Marginální součty nejsou označeny)			
finanční zajištění	Cs kat 2	CS kat 2	Řádk. součty
	1	2	
1	1	7	8
2	29	20	49
Všechny skupiny	30	27	57

4.2.3 Výsledky k cíli č. 3 a ověření platnosti hypotéz

Cíl č. 3: Zjistit zda úroveň zvládání vlivu zdravotního stavu pacientů s DM2 na jejich životní styl závisí na pohlaví, věku a vzdělání.

Statistické hypotézy cíle 3:

H6₀ – Neexistuje souvislost mezi pohlavím a zvládáním vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

H6_A – Existuje souvislost mezi pohlavím a zvládáním vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

V tomto případě jsou porovnáványmi veličinami pohlaví pacientů (otázka č. 1 v identifikačním dotazníku) a zvládání vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl, což obsahují otázky 9–12 PIH škály. Konkrétně otázka č. 9 monitoruje míru zvládání vlastního zdravotního stavu na fyzickou aktivitu. Další otázky hledají odpovědi na zvládání vlivu zdravotního stavu na pocity, emoce – č. 10 nebo zvládání vlivu zdravotního stavu na vlastní společenský život (otázka 11), či celková schopnost dodržování zdravého životního

stylu – otázka č. 12. Pro analýzu dat byl použit neparametrický Mann-Whitneyův U-test, který je obdobou t-testu s tím, že na rozdíl od t-testu není nutno pracovat se souborem dat s normálním rozdělením. Z tabulky 13 je zřejmé, že $p = 0,0457$, což je hodnota vyšší než hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Z toho plyne, že rozdíl mezi skupinou mužů a žen tedy rozdíl pohlaví v dodržování léčebných opatření **je signifikantní**. Přijmeme tedy alternativní hypotézu **H_{6A}**. Vzhledem k tomu, že u skupiny žen bylo pozorováno vyšší skóre PIH škály než u mužů, můžeme říci, že ženy ve zkoumaném vzorku pacientů jsou schopny lépe zvládat vliv zdravotního stavu na svůj životní styl než muži.

Tabulka 13. Mann-Whitneyův U-test pro zjištění rozdílu mezi pohlavími ve schopnosti zvládat vliv zdravotního stavu na životní styl. Skup. 1 = muži, skup. 2 = ženy.

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost)									
	Dle proměn. Pohlaví									
	Označené testy významné na hladině $p < 0,0500$									
	Suma poř. Skup. 1	Suma poř. Skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. Skup. 1	N platn. Skup. 2	2*1 str. přesné p
PIH 9-12	743,5	967,5	264,5	1,9981	0,0457	2,0045	0,04501	21	37	0,04417

H₇₀ – Neexistuje souvislost mezi věkem a zvládáním vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

H_{7A} – Existuje souvislost mezi věkem a zvládáním vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

Pro zjištění, zda existuje souvislost mezi věkem a zvládáním vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl bylo použito Spearmanova neparametrického korelačního koeficientu. Jedná se o bezrozměrné číslo stejně jako u Pearsonova koeficientu v intervalu $\langle -1, 1 \rangle$. Rozdíl je pouze v tom, že Pearsonova korelace porovnává lineární závislosti, zatímco Spearmanův koeficient je obecnější a porovnává monotónní (ne nutně lineární) závislosti. Z tabulky 14 je patrné, že Spearmanův korelační koeficient je roven $\rho = -0,1487$ na hladině významnosti $p < 0,05$, z čehož plyne, že mezi věkem a zvládáním vlivu zdravotního stavu na životní styl oslovených pacientů **není signifikantní** rozdíl. V tomto případě tedy věk nijak nesouvisí se zvládáním vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl a přijímáme nulovou hypotézu **H₇₀**.

Tabulka 14. Spearmanův korelační test ke zjištění korelace mezi věkem oslovených pacientů a zvládním vlivu zdravotního stavu na jejich životní styl.

	Spearmanova korelace ChD vynechány párově
Proměnná	Označ. Korelace jsou významné na hl. $p < 0,0500$
	Věk
PIH 9-12	-0,14867

H₀ – Neexistuje souvislost mezi úrovní vzdělání a zvládním vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

H_A – Existuje souvislost mezi úrovní vzdělání a zvládním vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl.

Při analýze souvislostí mezi vzděláním a zvládním vlivu zdravotního stavu na životní styl probandů byl použit Spearmanův korelační koeficient. Z tabulky 15 vyplývá, že Spearmanův korelační koeficient je roven $\rho = 0,2690$ na hladině významnosti $p < 0,05$. To znamená, že mezi úrovní vzdělání a zvládním vlivu zdravotního stavu na životní styl oslovených pacientů **existuje** souvislost. V tomto případě tedy úroveň vzdělání přímo úměrně souvisí se zvládním vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl a přijímáme tedy alternativní hypotézu **H_A**.

Tabulka 15. Spearmanův korelační test ke zjištění korelace mezi úrovní vzdělání oslovených pacientů a zvládním vlivu zdravotního stavu na jejich životní styl.

	Spearmanova korelace ChD vynechány párově
Proměnná	Označ. Korelace jsou významné na hl. $p < 0,0500$
	Vzdělání
PIH 9-12	0,2690

4.2.4 Výsledky k cíli č. 4 a ověření platnosti hypotézy

Cíl č. 4: Zjistit zda dodržování léčebných opatření u osob s DM2 závisí na pohlaví.

Statistické hypotézy cíle 4:

H₀ – Neexistuje signifikantní rozdíl mezi skupinou mužů a žen v dodržování léčebných opatření.

H_A – Existuje signifikantní rozdíl mezi skupinou mužů a žen v dodržování léčebných opatření.

Stejně jako u předchozí hypotézy, i pro hypotézu č. 4 byl jako nejvhodnější statistický nástroj zvolen neparametrický Mann-Whitneyův U-test. Cílem zde bylo zjistit, zda v dodržování léčebných opatření hraje roli pohlaví pacientů. Vzájemná spojitost byla proto hledána v otázce č. 1 identifikačního dotazníku a souboru otázek 3, 4 a 5 z PIH škály v tab. 14, které měly za úkol monitorovat právě schopnost či míru dodržování léčebných opatření. Konkrétně, otázka č. 3 zjišťuje míru spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem v užívání léků a/nebo podrobování se doporučené léčbě. Otázka č. 4 monitoruje míru zapojení se pacienta do rozhodovacího procesu o svém zdravotním stavu společně s lékařem. Konečně otázka č. 5 má za úkol zjistit, zda je pacient schopen jednat s poskytovateli zdravotní péče o službách jemu poskytovaných v souladu s jeho životní filosofií (proměnné 3+4+5 v tab. 28). Z tabulky 16 je zřejmé, že $p = 0,08$, což je hodnota vyšší než $\alpha = 0,05$. Z toho plyne, že rozdíl mezi skupinou mužů a žen tedy rozdíl pohlaví v dodržování léčebných opatření **není signifikantní**. Je tedy nutno přijmout nulovou hypotézu **H₀**.

Tabulka 16. Mann-Whitneyův U-test pro zjištění dodržování léčebných opatření (proměnné 3+4+5) ve vztahu k rozdílnosti pohlaví.

Proměnná	Mann-Whitney U Test (w/oprava na spojitost) (List1 v Kopie -Dotazník sebeběče - 1)									
	Dle proměnné pohlaví									
	Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05$									
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N plat. skup. 1	N plat. skup. 2	2*1 str. přesné p
3+4+5	867,5	1982,5	489,5	-1,744	0,0812	-1,787	0,074	27	48	0,080

5 DISKUZE

Cílem výzkumu diplomové práce bylo zjistit názory na self-management u pacientů s diabetem mellitu 2. typu, kteří dosáhli 60 let věku a pravidelně docházejí do diabetologických ambulancí za pomoci české verze dotazníku Partners in Health (PIH). Nejprve bylo nutno zjistit, zda data získaná pomocí PIH dotazníku jsou validní a vnitřně konzistentní, tedy jestli má vůbec smysl je analyzovat. Za pomoci statistického nástroje Cronbachovy alfa bylo zjištěno $\alpha = 0,8240$, což zaručuje vysokou reliabilitu a vnitřní konzistentnost celého dotazníku. Toto zjištění je ve shodě s Mexickou prací (Peñarrieta-de Cordova, 2013, s. 35), kde zkoumali validitu dotazníku PIH škály na chronicky nemocných pacientech, mimo jiných i diabetických. Hodnoty Cronbachovy alfy spolehlivosti dotazníku se v jejich práci pohybovaly v rozmezí 0,742–0,878.

Předmětem dílčích cílů bylo zjistit, zda pohlaví, věk, vzdělání, sociální situace či finanční situace mají vztah s úrovní self-managementu probandů. Úroveň self-managementu je zde vyjádřena velikostí celkového PIH skóre, tedy součtu hodnot Litkertovy stupnice ve všech dvanácti položkách PIH dotazníku. Teoreticky bylo tedy možné dosáhnout rozpětí hodnot 0–96. Dalšími dílčími cíli bylo zjištění, zda zvládání vlivu zdravotního stavu na životní styl probandů má nějakou souvislost s pohlavím, věkem nebo úrovní jejich vzdělání a konečně jsme se také snažili zjistit, zda dodržování léčebných opatření může být nějakým způsobem ovlivněno pohlavím.

Z analyzovaného probandu 58 osob výrazně převažovaly ženy (48), což není v podobných výzkumech nic neobvyklého. Pro srovnání ve studii (Mahfouz, 2011, s. 36) bylo zkoumáno 206 pacientů, z nichž 60,2% byly ženy. V Ománské studii (D'Souza, 2016, s. 2) taktéž mírně převažuje počet žen (52%). Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 60 až 85 let s mediánem 69 let, většinou se jednalo o pacienty v důchodovém věku s různou úrovní vzdělání, sociálního zabezpečení a příjmů.

Statistické analýzy ukazují, že pohlaví respondentů nijak nekoreluje s celkovým PIH skóre, respektive celkovou úrovní self-managementu. V našem případě tedy nenalzáme signifikantní rozdíl ve schopnosti self-managementu DM2 mezi muži a ženami. V Mexické studii (Fort, 2015, s. 4) ovšem autoři uvádějí, že v jejich sociálním prostředí jsou muži více hrdí a tvrdohlaví v porovnání s ženami a i když mají problémy, nejdou k lékaři, dokud je manželka či jiní rodinní příslušníci nedonutí. Muži tak mají zpravidla horší vstupní zdravotní stav a tím i podmínky léčby než ženy a sami mají poté větší problémy se self-managementem jako individuality, pokud na ně více nedohlíží rodinní příslušníci.

Podobné výsledky jsou publikovány v již zmíněné Ománské práci (D'Souza, 2016, s. 4–8), kdy ženy vykazují vyšší míru self-managementu a kvalitu života s DM2 než muži, což je ale způsobeno tím, že v Ománské společnosti jsou ženy vzdělanější než muži a jsou obecně lépe informované o způsobu života s diabetes stejně jako o nemoci samotné.

Ze zjištěných dat vyplývá, že mezi úrovní vzdělání a celkovou úrovní self-managementu existuje statistická souvislost. Z naměřených dat ovšem nelze jednoznačně říci, že lidé s vyšším vzděláním mají vyšší úroveň self-managementu nebo je tomu naopak skóre nebo naopak. Zde nelze mluvit o vztahu mezi proměnnými, tedy jednotlivými úrovněmi vzdělání, jelikož většina probandů (59%) uvedla středoškolské vzdělání. Z výsledků plyne pouze to, že ve vzorku probandů se středoškolským vzděláním je větší skupina těch, kteří mají nižší PIH skóre. U probandů s vyšším vzděláním se jeví trend opačný, ale počet hodnot je tak malý, že to nelze statisticky prokázat. Je zajímavé, že například v egyptské studii (Mahfouz, 2011, s. 37) hraje úroveň vzdělání různou roli v závislosti na zkoumaném fenoménu. Tak například zatímco hladinu glykovaného hemoglobinu mnohem lépe monitorovala skupina s nízkým nebo žádným vzděláním oproti vysokoškolsky vzdělaným lidem, dodržování životosprávy (stravovacího režimu) vykazovali lépe respondenti s vyšším vzděláním.

Naproti tomu, nebyla nalezena žádná korelace celkové úrovně self-managementu se sociální situací zkoumaného vzorku respondentů. Mexická práce (Peñarrieta, 2015, s. 76–78) při analýze self-managementu chronicky nemocných DM2 za pomoci PIH škály, vyzdvihuje mimo jiné důležitost dobrého sociálního zázemí takovýchto pacientů. Z jejich studie vyplývá, že míra self-managementu statisticky souvisí se sociální situací nemocných, konkrétně vyšší míru self-managementu vykazují respondenti z dobře fungujících rodin.

Korelace celkové úrovně self-managementu s finanční situací probandů se ukázala jako statisticky významná, ovšem zde nelze hovořit o vztahu mezi proměnnými, jelikož téměř 86% respondentů uvedlo variantu důchod a ostatní varianty finančního příjmu oslovených jsou tak statisticky neporovnatelné kvůli malé četnosti dat.

Pro zjištění, zda existuje vztah mezi demografickými údaji respondentů a úrovní vybraných oblastí self-managementu, vycházejících z PIH dotazníku, byla vybrána oblast zvládnání vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl. Tuto oblast monitorují otázky 9–12 PIH škály. Statistickou analýzou bylo zjištěno, že co se týče rozdílu pohlaví, jsou ženy schopny zvládat přítěž, kterou jim chronická nemoc v běžném životě způsobuje, lépe než muži. Toto zjištění je nicméně v rozporu s prací D'Souza, 2016, s. 6, kde autoři na

základě jejich studie tvrdí, že naopak ománští muži trpící DM2 jsou schopni lépe zvládat aktivity denního života a jsou méně náchylní k depresím a úzkostným stavům vycházejícím z diagnózy DM2 než ženy. Autoři nicméně přiznávají, že tento fakt může být dán specifickým sociálně kulturním prostředím, v němž se studie prováděla.

Při analýze, zda zvládání vlivu zdravotního stavu oslovených na jejich životní styl souvisí s věkem nebyla zjištěna žádná korelace. V budoucnu by bylo jistě zajímavé rozšířit věkové rozpětí skupiny respondentů a zařadit tak do studie i mladé lidi, například skupina 19 let a více.

Co ale bylo studií potvrzeno, je fakt, že existuje vztah mezi zvládáním vlivu zdravotního stavu na životní styl a úrovní vzdělání probandů. V tomto případě tedy úroveň vzdělání přímo úměrně souvisí se zvládáním vlivu zdravotního stavu pacientů na jejich životní styl. Jinými slovy lze říci, že čím byla indikována vyšší úroveň vzdělání u oslovených probandů, tím lépe byli schopni zvládat vliv zdravotního stavu na jejich životní styl. Jak plyne z otázek PIH škály, nejedná se pouze o fyzické zvládání obtíží, které nemoc přináší, ale je to i schopnost sociálního začlenění a psychického stavu. V určité kontradikci tomuto zjištění by mohla být studie Dimunové (Dimunová, 2013, s. 22–23), kde se autoři zabývají vztahem mezi úrovní vzdělání a kvalitou života seniorů, přičemž z výsledků vyplývá, že lidé s nižším vzděláním jsou ve vztahu ke stáří, nemoci a smrti spokojenější než oslovení s vyšším dosaženým vzděláním, protože ti vzdělanější více přemýšlejí o aspektech svého zdravotního stavu a více se obávají případného konce života. To samozřejmě ovlivňuje i psychickou kvalitu jejich života.

Komparací dodržování léčebných opatření nastavených lékařem a/nebo zdravotnickým pracovníkem v souvislosti s pohlavím pacienta zjištěno, že pohlaví na dodržování léčebných opatření v rámci studované skupiny pacientů nemá prakticky žádný vliv, jinými slovy, ženy i muži dodržují nastavený režim velmi podobně. Ve studii D'Souza, 2016, s. 5 indikují autoři vyšší míru dodržování léčebných opatření u žen než u mužů.

Získaná data a výsledky, které byly z výzkumného šetření zjištěny, jsou v celé řadě faktorů limitovány velikostí výzkumného souboru. Práce byla zaměřena na poměrně úzký okruh diabetických pacientů – omezení 60 let věku a výše. Celkové výsledky mohou být ovlivněny i tím, že celý výzkum probíhal pouze v jednom městě (Olomouc) a nelze jej tedy generalizovat na celou českou společnost. Limitací pro komparaci výsledků byl také fakt, že v České republice nebylo možno dohledat žádnou studii, která by se zaměřovala zkoumání názorů na self-management pomocí PIH škály, jelikož tato diplomová práce je pilotní studií.

ZÁVĚR

Diplomová práce se věnuje výzkumnému šetření na téma popisu self-managementu u pacientů s diabetes mellitus 2. typu.

Teoretická část práce je rozčleněna na tři základní okruhy. První okruh pojednává o kvalitě života v kontextu chronického onemocnění. Je definováno, co pojem „kvalita života“ vlastně zahrnuje, zároveň je zde uveden výčet, jakým způsobem je možné kvalitu života hodnotit a také je definována celá řada nástrojů, které pomáhají úroveň kvality života měřit. Jedním z nástrojů je i PIH (Partners in Health Scale) škála partnerů ve zdraví, která byla vytvořena Flinderskou Univerzitou v Austrálii pro posouzení self-managementu u chronicky nemocných. Škála se skládá z 12 otázek, které hodnotí dodržování léčebných opatření, vědomostí o onemocnění, managementu vedlejších účinků a managementu příznaků a symptomů. Pomocí této PIH škály, respektive její české mutace, byly hodnoceny názory na self-management oslovených respondentů. problematikou chronického onemocnění, tedy s charakterizací chronických onemocnění, jejich výčtem a spojitostí se schopností se sám o sebe postarat, tedy soběstačností (self-management). Soběstačnost je zde také charakterizována ve smyslu zákona. Třetí okruh popisuje problematiku self-managementu, což je v podstatě návod na provádění sebekpěče, tedy péče zajišťované vlastními silami. Self-management je jinými slovy řečeno to, co člověk dělá pro úspěšné zvládnutí svého onemocnění. Self-management, někdy také zaměňován za výraz self-care (sebekpěče) je důležitou součástí v podstatě všech hlavních modelů péče o chronicky nemocné. S tím úzce souvisí pojem „kvalita života“, protože čím lépe jsou pacienti schopni zvládat self-management svého onemocnění, tím vyšší může být kvalita jejich života.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že celková úroveň self-managementu oslovených respondentů souvisí s úrovní jejich vzdělání a finanční situací. Míra schopnosti zvládat vliv zdravotního stavu na životní styl souvisí s pohlavím a úrovní vzdělání oslovených respondentů, přičemž při zkoumání dodržování léčebných opatření nebyla indikována souvislost s pohlavím probandů.

Pokud shrneme výše zmíněná dotazníková zjištění, můžeme navrhnout opatření, která mohou pomoci nelékařským pracovníkům pomoci zlepšit přístup a edukaci k pacientům trpícím DM2. Obecně asi nejde dělat rovnítko vyšší vzdělání = vyšší inteligence, a tudíž vyšší míra chápání souvislostí, ale ze statistického hlediska je možno říci, že čím vyšší

úroveň vzdělanosti pacientů, tím lépe se zdravotnickým pracovníkům s takovým pacientem pracuje a díky tomu tito lidé vykazují i vyšší míru self-managementu. Je ovšem velmi důležité proaktivně přistupovat k pacientům a při každé možné příležitosti na ně edukačně působit, protože čím více informací budou o své chorobě mít, tím lepší míru self-managementu mohou vykazovat. Nejlepší cestou, jak se o chronicky nemocné pacienty starat, je jim ukazovat cestu a učit je kvalitní sebepéči.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BARR, V., J., ROBINSON, S., MARIN-LINK, B., UNDERHILL, L., RAVENSDALE, D., SALIVARAS, S. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quart.* [online]. 2003; **7** (1), s. 73–82. [cit. 2016-03-25]. DOI:10.12927/hcq.2003.16763.
Dostupné z: <http://www.longwoods.com/content/16763>
2. BALAŠTÍK, D. Kvalita života při některých dermatologických onemocněních. *Medicina pro praxi* [online]. 2014, **11** (3), s. 114–119. [cit. 2017-02-25]. ISSN 1214-8687
Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/03/07.pdf>
3. BARLOW, J., WRIGHT, C., SHEASBY, J., TURNER, A., HAINSWORTH, J. Self-management approaches for people with chronic illness: A review. *Patient Education and Counseling.* [online]. 2002, **48** (2), s. 177–187. [cit. 2016-03-25]. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0).
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12401421>
4. BATTERSBY, M. W., ASK, A. REECE, M. M. The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health.* 2003, **9**, (2, 3), s. 41–52 ISSN 1448-7528.
5. CURRY, S., J., CORRIGAN, J. Institute of Medicine. Priority areas for national action: transforming health care quality. *Washington, DC: National Academies Press; 2003.* 144 s. PMID:25057643
6. ČESKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. Typu. [online]. 2016, 15 s. [cit. 2016-05-21].
Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/doporuceni_DM_2015-2.pdf
7. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. World Health Organization Quality of Life Assessment. *Příručka pro uživatele české verze*

dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. s. 9. ISBN 978-80-8512-182-7.

8. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠELEPOVÁ, P. Kvalita života u seniorů – mezinárodní výzkum. *Sborník příspěvků z konference v Třeboni*. 1. Vydání Praha: Grada, 2004, 91–101s. ISBN 80-86625-20-6.

9. D'SOUZA, M. S. et al., Health Related Quality of Life among Omani Men and Women with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research 2016*: 8293579. PMC. Web. 1 Jan. 2016. [online] [cit. 2017-02-14]. DOI: 10.1155/2016/8293579.

Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670671/>

10. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

11. EDELSBERGER, T. Self-monitoring glykémie. *Medicina pro praxi*. [online]. 2012, **9**, (5). 222–226 s. [cit. 2016-03-14]. ISSN 1214-8687

Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/05/05.pdf>

12. FARSKÝ, I., SOLÁROVÁ, M. Kvalita života seniorov v komunitním zariadení. *Profese on-line*. [online]. 2010, 2, s. 30-41. [cit. 2016-03-14]. ISSN 1803-4330.

Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2010/01/04.pdf>

13. FAŤUNOVÁ, Z. *Kvalita života*. [online]. Praha 2007. [cit. 2016-04-1]. Diplomová práce. Filozofická fakulta University Karlovy Katedra psychologie. Vedoucí práce: Hrachovinová, T. 94 s.

14. FEJFAROVÁ, V. Selfmonitoring – Jedna ze součástí edukace pacientů s DM. *Interní medicína pro praxi*. [online] 2008, 10 (6), s. 313-314. [cit. 2017-02-25]. ISSN 1212-7299

Dostupné z: <http://internimedicina.cz/pdfs/int/2008/06/13.pdf>

15. FORT, M. P., CASTRO, M., PEÑA, L., HERNÁNDEZ, S. H. L., CAMACHO, G. A., RAMÍREZ-ZEA, M. a MARTÍNEZ, H. Opportunities for involving men and families in chronic disease management: a qualitative study from Chiapas, Mexico. *BMC Public*

Health [online]. 2015, 15(1): - [cit. 2016-01-01]. DOI: 10.1186/s12889-015-2361-6. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/1019>

16. FRANEK, J. Self-Management Support Interventions for Persons with Chronic Disease: An Evidence-Based Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*. [online] 2013, **13** (9), s. 1–60. [cit. 2016-03-14]. PMID:24194800

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24194800>

17. GERHART, M. Teaching Self-management: The Design and Implementation Self-management Tutorials. *J. Edu. Business*. 2007, **83** (1). s. 11–18. DOI:10.3200/JOEB.83.1.11-18

18. GLASGOW, R., E., FUNNELL, M., M., BONOMI, A., E., BECKHAM, V., WAGNER, E., H. Self-Management Aspects of the Improving Chronic Illness Care Breakthrough Series: Implementation with Diabetes and Heart Failure Teams. *Ann. Behav. Med.* [online]. 2002, **24**, s. 80–87. [cit. 2016-03-14]. PMID: 12054323

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12054323>

19. GLASGOW, R., E., WAGNER, E., SCHAEFER, J., MAHONEY, L., REID, R., GREENE, S. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*. [online]. 2005, **43**, s. 436–444. [cit. 2016-03-14]. PMID:15838407.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15838407>

20. GUCCIARDI, E., ESPIN, S., MORGANTI, A., DORADO, L. Exploring interprofessional collaboration during the integration of diabetes teams into primary care. *BMC Family Practice*. [online]. 2016, **17**, (12), 14 s. [cit. 2016-03-14]. DOI:10.1186/s12875-016-0407-1. Dostupné z:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4736701/pdf/12875_2016_Article_407.pdf

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

22. GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K. Hodnotenie efektívnosti edukácie pacientov v selfmanažmente diabetes mellitus. *Kontakt*. 2008,10:1, s. 19–31. ISSN 1212-4117
23. GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K. Konceptualizácia kvality života v ošetrovatelstve. *Profese on-line*. 2009, 2, s. 89–103. ISSN 1803-4330.
24. HALL, C. E., HALL, A. B., KOK, G., MALLYA, J., COURTRIGHT, P. A needs assessment of people living with diabetes and diabetic retinopathy. *BMC Research Notes*. [online]. 2016, 14 s [cit. 2017-02-25]. DOI: 10.1186/s13104-016-1870-4. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4736166/>
25. HASS, L., at al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*. [online]. 2014, **37**, (1). s. 144–153. [cit. 2017-02-25]. DOI 10.2337/dc14-S144. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4181074/>
26. HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1.vydání. Praha: Slon 2012. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
27. HLINKOVÁ, E., NEMCOVÁ, J. Hodnocení efektivity edukácie cievno-chirurgických pacientov v prevencii a v starostlivosti o syndrómu diabetickej nohy. *Teória, výskum a vzdelavanie v ošetrovatelstve*. 1. Vydání Martin, 2011. s. 70–89. ISBN 978-80-89544-00-4.
28. HOLMANOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ÁP, J.: Vplyv edukácie na kvalitu života diabetika. *Diabetes a obezita*. 2002. 4. s. 52–59. ISSN 1335-8383.
29. HUDÁKOVÁ, A., DERŇÁROVÁ, L. Sebestačnosť ako významný aspect kvality života seniorov. *Teória, výskum a vzdelavanie v ošetrovatelstve*. 1. Vydání Martin, 2011, s. 100–111. ISBN 978-80-89544-00-4.
30. HUNT, A. Musculoskeletal fitness: the keystone in overall well-being and injury prevention. *Clin. Orthop*. [online]. 2003 Apr: 409, s. 96-105. [cit. 2016-03-25]. PMID: 12671491. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12671491>

31. CHRASTINA, J., IVANOVÁ, K., MAREČKOVÁ, J. Životní styl s chronickou nemocí – teoretická východiska. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a porodnej asistencii*. 1.vydání: Martin, 2009, s. 193–212. ISBN 978-80-88866-61-9.
32. CHRASTINA, J., IVANOVÁ, K., JEŽORSKÁ, Š., BÁRTLOVÁ, S. Zkoumání limitů životního stylu jedinců s chronickým onemocněním. *Kontakt*. [online] 2012, 3, s. 298–314. [cit. 2016-03-25]. ISSN 1804-7122.
Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/3-2012/899-zkoumani-limitu-zivotniho-stylu-jedincu-s-chronickym-onemocnenim>
33. CHRASTINA, J., ŽIAKOVÁ, K., IVANOVÁ, K., SCHWETZOVÁ, D., VRÁNOVÁ, V. Chronická nemoc, její definování a chápání pohledem nemocného a rodinných příslušníků. *Teória, výskum a vzdelavanie v ošetrovatel'stve*. 1. Vydání Martin, 2011. 112-127 s. ISBN 978-80-89544-00-4.
34. JIRKOVSKÁ, A., KVAPIL, M. Doporučení k edukaci diabetika. Doporučení Česká diabetologická společnost ČLS JEP. [online] 2012, s. 59–61. [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/edukace_diabetika_2012.pdf
35. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
36. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
37. KUČERA, Z. Podpora zdraví a kvalita života. *Sborník příspěvků z konference v Třeboni*. 1. Vydání Praha, 200. s. 108–120. ISBN 80-86625-20-6.
38. LeBLANC, L. A., GOLDSMITH, T., PATEL, D. R. Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. *Pediatr. Clin. N Am*. 2003, [online]. 2003 Aug; **50** (4), s. 859–878. [cit. 2017-03-25]. PMID:12964698. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12964698>

39. LORIG, K.,R., SELEZNICK, M., LUBECK, D., UNG, E., CHASTAIN, R., L., HOLMAN, H., R. The beneficial outcomes of the arthritis self-management course are not adequately explained by behavior change. *Arthritis Rheum.* [online] 1989 Jan: **32**(1), 91–95. [cit. 2016-03-25]. PMID:2912467.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2912467>

40. LORIG, K., R., SOBEL, D., S., STEWART, A., L., BROWN, B., W., Jr., BANDURA, A., RITTER, P., et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care.* [online]. 1999, **37**(1), s. 5–14. [cit. 2016-03-25]. PMID:10413387.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10413387>

41. MAJERNÍKOVÁ, L., HUDÁKOVÁ. Potreba poznávania a učenia u pacienta s diabetes mellitus. *Medicína pro praxi.* [online]. 2009, **6** (6), s. 344-347. [cit. 2016-03-25]. ISSN 1214-8687

Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/06/13.pdf>

42. ČESKO MPSV. VYHLÁŠKA č.505/2006 Sb. ze dne 15. Listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách § 1 , § 2. In: Sbíрка zákonů České republiky. [online] 2006, 25s. [cit. 2016-05-15].

Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>

43. MŮHLPACHR, P. Měření kvality života jako metodologická kategorie. *Kvalita života a rovnost příležitostí.* Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s mezinárodní účastí. Prešov. 2005. s. 59–70. ISBN 80-8068-425-1.

44. ČESKO. MZČR. Poskytování kvalitní péče, služba komunitám. Péče o chronicky nemocné. [online]. ICN CZ 2010. S. 1-69. [cit. 2016-05-21]. ISBN:978-92-95094-00-0

Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/mezinarodni-den-sester-12kveten-balicek-icn_7714_3094_3.html#prilohy

<http://www.icn.ch/publications/2010-delivering-quality-serving-communities-nurses-leading-chronic-care/>

45. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. Skrining, edukácia a selfmanažment v kontexte syndromu diabetickej nohy. *Teória, výskum a vzdelavanie v ošetrovatelstve*. 1. Vydání Martin, 2011. s. 289-299. ISBN 978-80-89544-00-4.

46. OLIŠAROVÁ, V., DOLÁK, F., TÓTHOVÁ, V. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt*. [online] 2013, 1, s. 14–21. ISSN 1212-4117. [cit. 2017-02-25].
Dostupné z: <http://casopiszfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130321134930700275.pdf>

47. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0

48. PEÑARRIETA -DE CÓRDOVA, I., FLORES BARRIOS, F., GUTIERREZ-GOMES et al. Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation. *Nursing Management-UK* [online], 2014, **20** (10), s. 32–37. [cit. 2016-03-25]. ISSN 1354-5760.
Dostupné z: <http://reddeautomanejo.com/assets/articulo-scale-instrument-validation.pdf>

49. PEÑARRIETA, M.I., FLORES-BARRIOS, F, GUTIERREZ-GOMEZ, T., PIÑONEZ-MARTINEZ, S., RESENDIZ-GONZALEZ, E., QUINTERO-VALLE, L. M. Self-management and family support in chronic diseases. *J.Nurs. Ed. Pract.*, 2015, 5 (11), s. 73–80. DOI:10.5430/jnep.v5n11p73.
Dostupné z: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/viewFile/7031/4618>

50. PETKOV, J., HARVEY, P., BATTERSBY, M. The internal consistency and construct validity of the partners in health scale: validation of a patient rated chronic condition self-management measure. *Quality of Life Research*. [online]. 2010, 19, s. 1079–1086. [cit. 2016-03-25]. ISSN 0962-9343, 1573-2649.
Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20437206>

51. RYBKA, J. Monitoring glykemického stavu - základní kámen kontroly kompenzace diabetu v ordinaci PL. *Medicina pro praxi*. [online] 2008, 5, (10), s. 362–366. [cit. 2017-02-25]. ISSN 1214-8687.
Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/10/04.pdf>

52. SLOVÁČEK, L., et al. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. [online] 2004, 1, s. 6–9. [cit. 2017-02-25]. ISSN 0372-7025.

Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc04010905>

53. ŠKRHA, J., PELIKÁNOVÁ, T., KVAPIL, M. Doporučený postup péče o DM 2. typu. Doporučení Česká diabetologická společnost ČLS JEP. [online] 2016, ročník 19, č. 2 s. 48–56. [cit. 2017-02-25].

Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/standard_lecba_dm_typ_II.pdf

54. ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well being), její determinant a prediktory. *Sborník příspěvků z konference v Třeboni*. 1. Vydání Praha, 2004, s. 21–32. ISBN 80-86625-20-6.

55. VON, K. M., GRUMAN, J., SCHAEFER, J., CURRY, S. J., WAGNER, E. H. Collaborative management of chronic illness. *Ann. Intern. Med.* [online]. 1997, 15, **127** (12), 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>

56. WHITLOCK, P., ORLEANS, C., T., PENDER, N., ALLAN, J. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions: an Evidence-Based Approach. *Am. J. Prev. Med.* [online]. 2002, **22** (4), s. 267–84. PMID:11988383 [cit. 2016-03-25].

Dostupné z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/behavioral-counseling-interventions-an-evidence-based-approach>

57. ÚZIS ČR. Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu české populace EHIS 2008. [online] Praha: ÚZIS ČR, 2011, [cit. 2016-05-20] ISBN 978-80-7280-916-5. Dostupné z : <http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008>

58. ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2013. [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2014, [cit. 2016-05-20] ISBN 978-80-7472-135-9. Dostupné z:

<http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

59. ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2015. [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2016, [cit. 2017-03-20] ISSN 1210-9991. Dostupné z:

<http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

60. VEENHOVEN, R., The Four Quality of Life. Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies*, [online]. 2000, 1, (1), s. 1–39. ISBN:92-808-1130-4. [cit. 2016-03-25]

Zkrácená verze dostupná z: <https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub2000s/2006f-full.pdf>

61. Vohs, K. D., Baumeister, R. F. Handbook of self-regulation. New York: The Guilford Press, 2011, s. 3 – 21. ISBN:9781462520459

62. WATKINS, P. C. Gratitude and subjective well-being Emmons R. A., McCullough M. E. The psychology of gratitude. New York: Oxford University Press 2004. s. 167–192. ISBN:0-19-515010-4

63. World Health Organization: The constitution of the World Health Organization. WHO Chron. 1947;1:29. [online] [cit. 2016-03-25] s.1315-1323.

Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1625885/pdf/amjphnation00639-0074.pdf>

64. World Health Organization Quality of Life Assessment. Position Paper From the World Health Organization, Soc. Sci. Med., [online]. 1997, 41, 10, s. 1403–1409. [cit. 2016-03-25]. DOI:10.1016/0277-9536(95)00112-K.

Dostupné z:

http://ac.els-cdn.com/027795369500112K/1-s2.0-027795369500112K-main.pdf?_tid=c728ea32-2125-11e7-b07f-00000aacb35e&acdnat=1492183359_9c816664322ad75c37329971260d7fef

65. World Health Organization, Noncommunicable diseases Progress Monitor 2015. (2015), [online]. [cit. 2016-03-25] 236s. ISBN: 978 92 4 150945 9

Dostupné

z:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184688/1/9789241509459_eng.pdf?ua=1

66. ZAUSZNIEWSKI, J. A., BEKHET, A. K., LAI, C. I., MCDONALD, P. E., MUSIL, C. M. Effects of Teaching Resourcefulness and Acceptance on Affect, Behavior, and Cognition of Chronically Ill Elders. *Issues Ment. Health Nurs.* 2007, 28 (6), 575–592 s. DOI:10.1080/01612840701354547.

67. ZEMAN, M. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt.* [online] 2008, 10. 140-149s. ISSN 1212-4117. [cit. 2017-02-25].

Dostupné z:

<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120507004159191212.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

5 A's	Ask, advise, agree, assist, and arrange
AADE	American Association of Diabetes Educators
ADA	American Diabetes Association
CCM	The Chronic Care Model
CDSMP	Stanford Chronic Disease Self-Management Program
CMP	Cévní mozková příhoda
DESG	Diabetes Education Study Group
DM 2	Diabetes mellitus II. typu
DSME	Diabetes Self-management Education
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
FZV UP	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
HRQoL	Health-Related Quality of Life – kvalita života z hlediska zdraví
ChD	Chybějící data
ICCC	Innovative Care for Chronic Conditions Framework
N	Počet
NCD	Non-communicable diseases - chronické nemoci
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
PIH	Partners in Health Scale - škála partnerů ve zdraví
QoL	Quality of Life – obecná kvality života
SD	Směrodatná odchylka
WHO	World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Výpočet Cronbachovy alfa po odstranění odlehlých hodnot z PIH dotazníku.....	40
Tab. 2: Shrnutí demografických údajů z identifikační části dotazníku.....	42
Tab. 3: Průměrné hodnoty a směrodatná odchylka jednotlivých položek PIH dotazníku..	43
Tab. 4: Procentuální rozdělení odpovědí dle Likertovy škály 0–8 na otázky PIH.....	44
Tab. 5: Dvouvýběrový Studentův t-test zjištění korelace v rozdílu pohlaví vs. celkové skóre PIH.....	47
Tab. 6: Pearsonův korelační test zjištění korelace mezi věkem pacientů a celkovým skóre PIH.....	47
Tab. 7: Pearsonův korelační test zjištění korelace mezi vzděláním pacientů a celkovým skóre PIH.....	49
Tab. 8: Kontingenční tabulka korelace mezi vzděláním pacientů a celkovým skóre PIH..	49
Tab. 9: Pearsonův korelační test zjištění korelace mezi sociální situací pacientů a celkovým skóre PIH.....	50
Tab. 10: Kontingenční tabulka korelace mezi sociální situací pacientů a celkovým skóre PIH.....	50
Tab. 11: Pearsonův korelační test zjištění korelace mezi finančním zajištěním pacientů a celkovým skóre PIH.....	51
Tab. 12: Kontingenční tabulka korelace mezi finančním zajištěním pacientů a celkovým skóre PIH.....	51
Tab. 13: Mann-Whitneyův U-test pro zjištění rozdílu mezi pohlavími ve schopnosti zvládat vliv zdravotního stavu na životní styl.....	52
Tab. 14: Spearmanův korelační test ke zjištění rozdílu mezi věkem oslovených pacientů a zvládáním vlivu zdravotního stavu na jejich životní styl.....	53
Tab. 15: Spearmanův korelační test ke zjištění rozdílu mezi úrovní vzdělání oslovených pacientů a zvládáním vlivu zdravotního stavu na jejich životní styl.....	53
Tab. 16: Mann-Whitneyův U-test pro zjištění dodržování léčebných opatření (proměnné 3+4+5) ve vztahu k rozdílnosti pohlaví.....	54

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Grafické vymezení kvality života.....	15
Obrázek 2: Graf vývoje prevalence diabetes mellitus v České republice na 100000 obyvatel podle typu v období 1992-2013.....	17
Obrázek 3: Graf vývoje počtu léčených diabetiků podle typu diabetu v období 1992 – 2015.....	18
Obrázek 4: Bodový graf korelace mezi věkem pacientů (osa x) a celkovým PIH skóre (osa y).....	48

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Celosvětový akční plán WHO ke snížení NCD 2013–2020 (vlevo). Globální milníky WHO v prevenci a snižování NCD do roku 2025 (vpravo)

Příloha 2: Model chronické péče – CCM (The Chronic Care Model)

Příloha 3: Model ICCC - Innovative Care for Chronic Conditions Framework

Příloha 4: Model 5 A's (ask, advise, agree, assist, and arrange) - model změn chování adaptovaný pro potřeby zlepšení podpory self-managementu

Příloha 5: Dotazník + PIH škála

Příloha 6: Informovaný souhlas

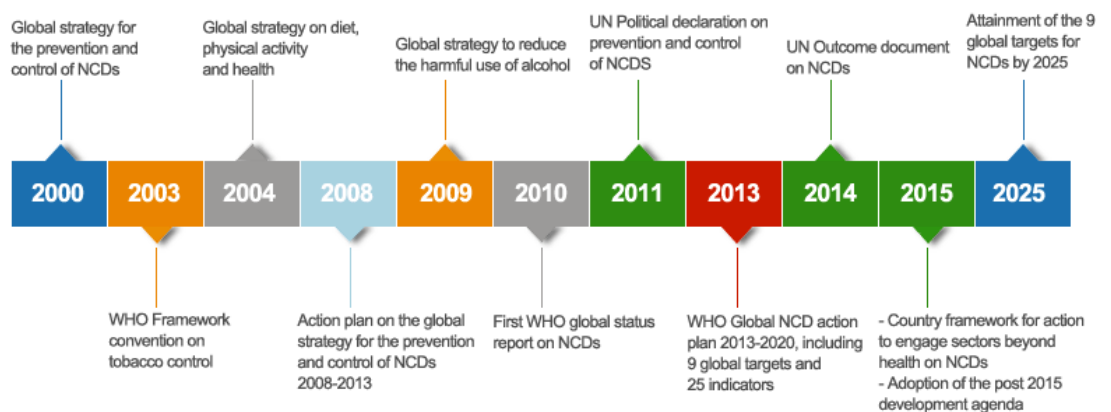
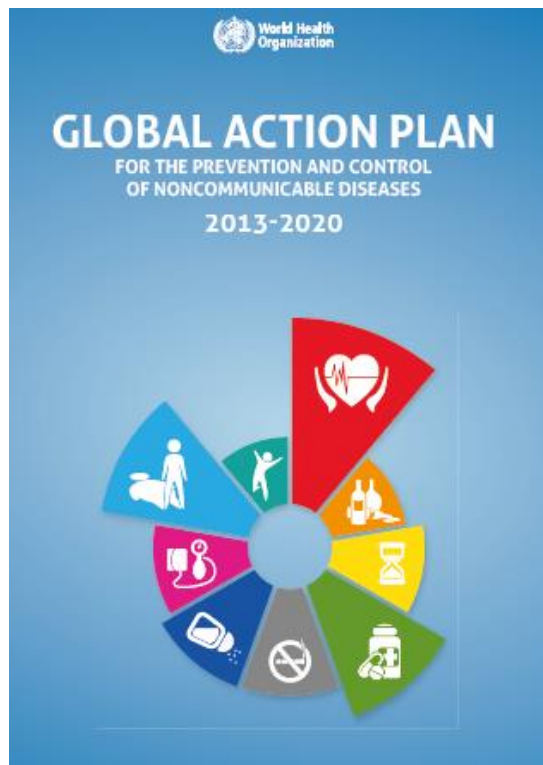
Příloha 7: Modifikovaný postup lingvistické validace PIH dotazníku „Self-managementu”

Příloha 8: Příloha 9: Stanovisko Etické komise FZV UP

Příloha 9: Licence

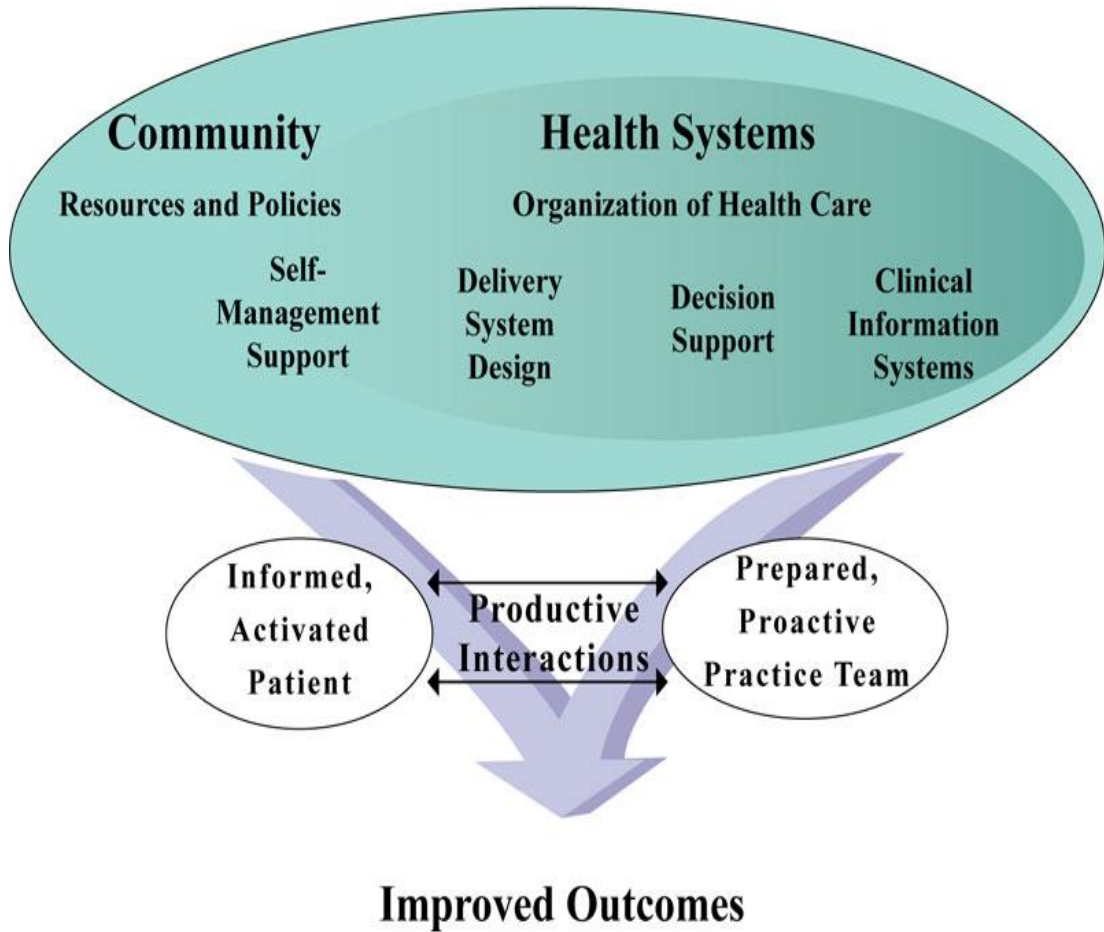
Příloha 10: Statistické zpracování identifikačních údajů

Příloha 1: Celosvětový akční plán WHO ke snížení NCD 2013–2020 (vlevo). Globální milníky WHO v prevenci a snižování NCD do roku 2025 (vpravo) (WHO, 2015)



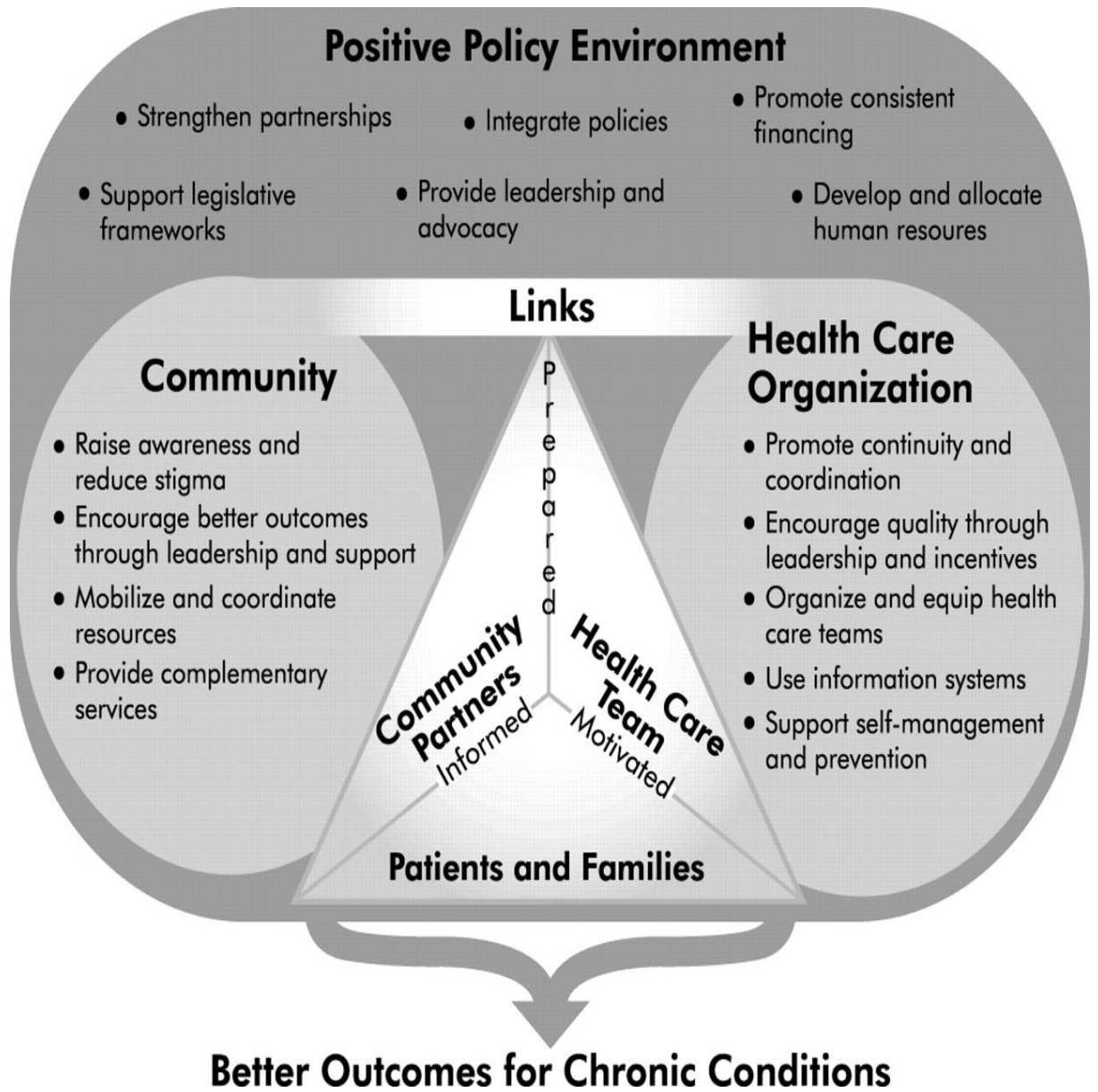
Příloha 2: Model chronické péče – CCM (The Chronic Care Model)

The Chronic Care Model

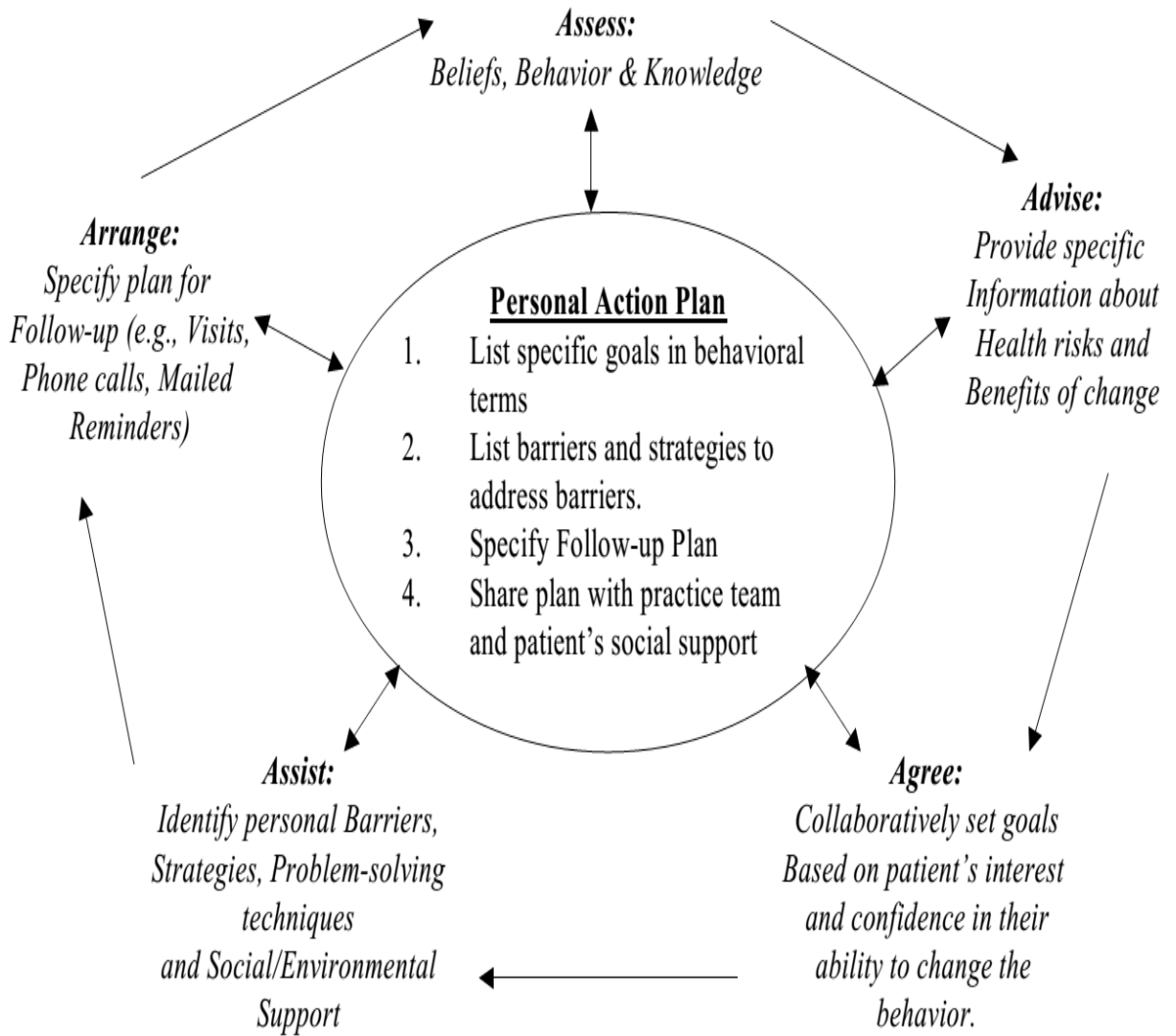


Developed by The MacColl Institute
© ACP-ASIM Journals and Books

Příloha 3: Model ICCC - Innovative Care for Chronic Conditions Framework



Příloha č. 4 Model 5 A's (ask, advise, agree, assist, and arrange) - model změn chování adaptovaný pro potřeby zlepšení podpory self-managementu



Příloha 5: Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou závěrečného ročníku magisterského studia Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Jmenuji se Jana Buchtíková a v rámci své diplomové práce realizuji výzkumné šetření na téma self-management (sebepéče). Dovoluji si Vás oslovit v tomto výzkumu s žádostí. Prosím Vás o vyplnění dotazníku zaměřeného na self-management u pacientů s chronickým onemocněním. Cílem šetření je získat informace, které by ve svém důsledku pomohly lépe pochopit potřeby pacientů s chronickým onemocněním a pomoci jim k zajištění kvalitního života.

Dotazník je anonymní, proto Vás prosím o pravdivé zodpovězení otázek. Odpovědi, které považujete za správné, prosím zakroužkujte nebo dopište. Vyplněním dotazníku souhlasíte s výzkumem.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který věnujete jeho vyplnění.

Bc. Jana Buchtíková

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) vysoká škola
- 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. Pokud byl u Vás diagnostikován DM 2. typu, uveďte prosím datum poslední kontroly glykovaného hemoglobinu do některé z uvedených forem zápisu:

- a) den, měsíc, rok :
- b) měsíc, rok:.....
- c) rok:.....
- d) nevím

8. Máte momentálně akutní zdravotní problémy?

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

9. Máte diagnostikovanou depresi?

- a) ano
- b) ne

10. Máte problémy s orientací v místě a čase?

a) ano

b) ne

11. Máte problémy se zapamatováním?

a) ano

b) ne

12. Jste závislý – á na péči druhé osoby?

a) ano

b) ne

PIH škála - Partners in Health Scale

(škála pro posouzení sebezpečí u osob s chronickým onemocněním)

Ověření a posouzení srozumitelnosti každé položky v předložené škále.

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:

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

Datum vyplnění:.....

Příloha 6: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Kvalita života v kontextu hodnocení self-managementu u osob s chronickým onemocněním.

Období realizace: 14. 10. 2015 – 31. 12. 2015

Hlavní řešitel projektu: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Vážená paní, Vážený pane,

obracíme se na Vás s žádostí o spolupráci při řešení výzkumného projektu, který je realizován v rámci studentské grantové soutěže Univerzity Palackého v Olomouci, jehož řešitelkou je Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D. z Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Výzkumný projekt se zaměřuje na posouzení self-managementu (sebepečce) u pacientů s vybraným chronickým onemocněním. Pro sběr údajů bude použita škála Partners in Health Scale, ve které budou pacienti odpovídat na 12 položek týkajících se self-managementu a hodnotit jednotlivé oblasti na stupnici od 0 do 8. Vyplněním dotazníků stráví účastník výzkumu přibližně 10 minut. Výsledky výzkumného šetření budou využity pro účely grantového projektu.

Informace budou získávány od pacientů formou anonymních záznamových formulářů. Z účasti na projektu pro Vás nevyplývají žádná rizika. V případě zájmu Vám výsledky šetření budou poskytnuty. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

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 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.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel projektu.

Příloha 7: Modifikovaný postup lingvistické validizace PIH dotazníku „Self managementu“

Modifikovaný postup lingvistické validizace PIH dotazníku „Self managementu“

(dle Diand Wild et al, 2005)

PIHanj

PIHcz1a

PIHcz1b

PIHcz1c

Porovnání překladů řešiteli – tým řešitelů projektu

PIHcz2

Překlad do ANJ – 2 rodilí mluvčí nebo ZP s pobytem v zemi s ANJ

PIHanj1a

PIHanj1b

Posouzení zpětných překladů a originální verze členem týmu zodpovědným za jazykovou validizaci a 2 „rodilými mluvčími“ – ZP s dlouhodobým pobytem v zemi s ANJ.

PIHanj-fin

Odborný panel pro posouzení originálního dotazníku, českého překladu a zpětného překladu (PIFanj, PIHcz2, PIHanj-fin. Panel odborníků: člen týmu odpovědný za obsahovou validizaci dotazníku, překladatel do CJ, překladatel zpětného překladu do ANJ, člen týmu – odborník, výzkumník.

PIHcz3

Pilot test 5 respondentů. Výsledky zapracovat do finální české verze PIH – tým řešitelů projektu

PIHcz4-final

PIHcz4 ověřit u pacientů s DM – 90 respondentů.

Příloha 8: Stanovisko Etické komise FZV UP



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Etická komise

Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Tel./fax: +420 585 632 858, E-mail: lenka.stloukalova@upol.cz

UPOL-22867/1040-2015

Vážená paní
Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
Ústav ošetřovatelství
FZV UP
Tř. Svobody 8
Olomouc
771 11

2015-02-16

Stanovisko 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 2015, posouzen a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že projektu s názvem „Kvalita života v kontextu hodnocení self-managementu u osob s chronickým onemocněním“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem

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

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Příloha9: Licence



PARTNERS IN HEALTH (PIH) TOOL LICENCE AGREEMENT
FOR RESEARCH AND EVALUATION PURPOSES

THIS AGREEMENT DATED 5 MARCH 2015

BETWEEN

1. FLINDERS

NAME **FLINDERS UNIVERSITY** ABN **65542596200**

ADDRESS **FLINDERS HUMAN BEHAVIOUR AND
HEALTH RESEARCH UNIT
STURT ROAD, BEDFORD PARK POSTCODE 5042
SOUTH AUSTRALIA**

CONTACT DETAILS **TAMARA FRANCIS** ATTENTION
+61 8 8404 2324 PHONE
+61 8 8404 2101 FAX
TAM.FRANCIS@FLINDERS.EDU.AU E-MAIL

AND

2. ORGANISATION

NAME **PALACKY UNIVERSITY**

ADDRESS **FACULTY OF HEALTH SCIENCE,
DEPARTMENT OF NURSING
TR. SVOBODY 8
OLOMOUC, 771 11,
CZECH REPUBLIC**

CONTACT DETAILS **JANA KONECNA** ATTENTION
+420 585 631 111 PHONE
JANA.KONECNA@UPOL.CZ E-MAIL
FAX

3. COMMENCEMENT
DATE **DATE OF LAST PARTY TO SIGN THIS AGREEMENT**

4. TERM **3 YEARS FROM COMMENCEMENT**

Contract No LD 2015/00986

5. MATERIALS

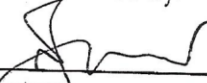
ALL PHYSICAL AND ELECTRONIC EDUCATIONAL AND INSTRUCTIONAL INFORMATION AND MATERIALS IN RELATION TO THE PIH TOOL.

RECITALS

- A. Flinders through its Flinders Human Behaviour and Health Research Unit ("the Unit") has developed the "Flinders Program", a set of generic tools and processes, inclusive of the PIH tool, enabling clinicians and clients to undertake a structured process that allows assessment of self-management behaviours, collaborative identification of problems and goal setting leading to the development of individualised care plans. These care plans are important cornerstones in enhancing self-management in people with chronic medical conditions.
- B. The material comprising the Flinders Program has been developed by the Unit during projects funded by the South Australian Department of Human Services (the HealthPlus Coordinated Care trial) and the Commonwealth Department of Health and Ageing (Sharing Health Care Initiative).
- C. The tools comprising the Flinders Program and general information concerning the licensing and use of the Flinders Program are described in the attachment to this agreement (Appendix 1).
- D. The Organisation wishes to use the PIH tool specifically in a research project and for translation purposes.
- E. Flinders agrees to grant to the Organisation a licence to use the Materials in accordance with the terms and conditions set out in this Agreement.

EXECUTED as an AGREEMENT

Executed for and on behalf of **FLINDERS UNIVERSITY** by:

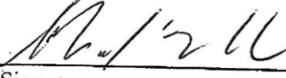


Signature

Professor Nancy Cromar

Print Name and Title

in the presence of:

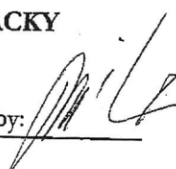


Witness Signature

C. L. McDonnell

Print Witness Name

Executed for and on behalf of **PALACKY UNIVERSITY, FACULTY OF HEALTH SCIENCE, DEPARTMENT OF NURSING** by:




Signature

Head Department of Nursing: MIKŠOVÁ ZDE

Print Name and Title

in the presence of:



Witness Signature

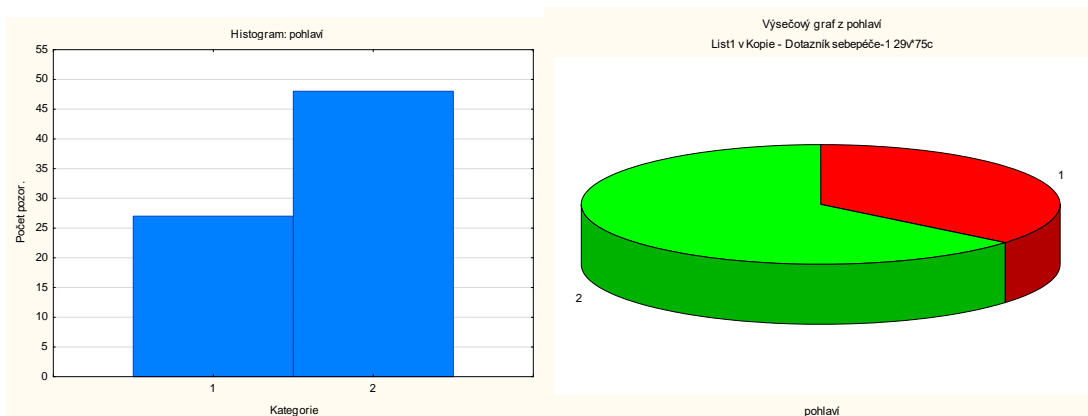
KONEČNÁ JANA

Print Witness Name

Příloha 10: Statistické zpracování identifikačních údajů

Tabulka P1. Tabulka četností pohlaví – 1 = muži, 2 = ženy.

Kategorie	Tabulka četností: pohlaví (List1 v Kopie - Dotazník sebepéče -1)			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel. četnost
1	27	27	36	36
2	48	75	64	100
ChD	0	75	0	100

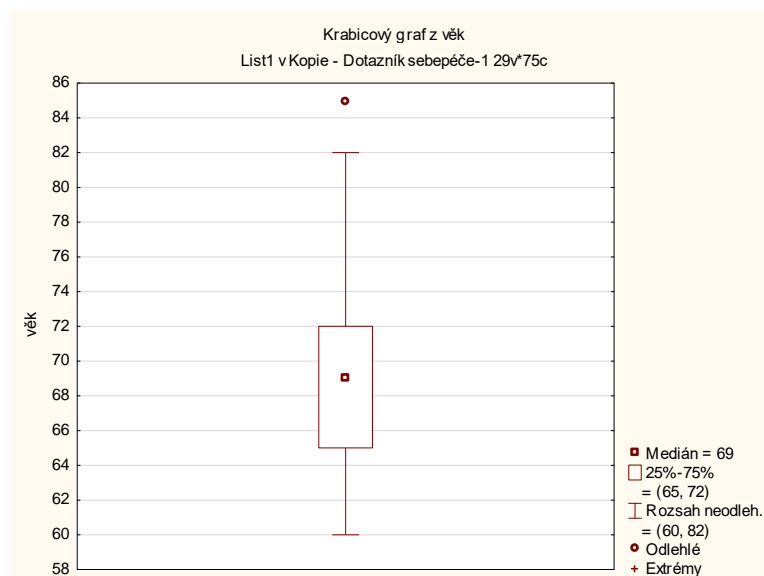


Obrázek P1. Vlevo – histogram pohlaví, vpravo – výšečový graf z pohlaví.

Průměrný věk všech respondentů byl 68,99 let s mediánem 69 let, viz tabulka 2., obrázek 4.

Tabulka P2. Průměrný věk respondentů

Proměnná	Popisné statistiky (List1 v Kopie - Dotazník sebepéče-1)				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
věk	75	68,9867	60	85	5,3638

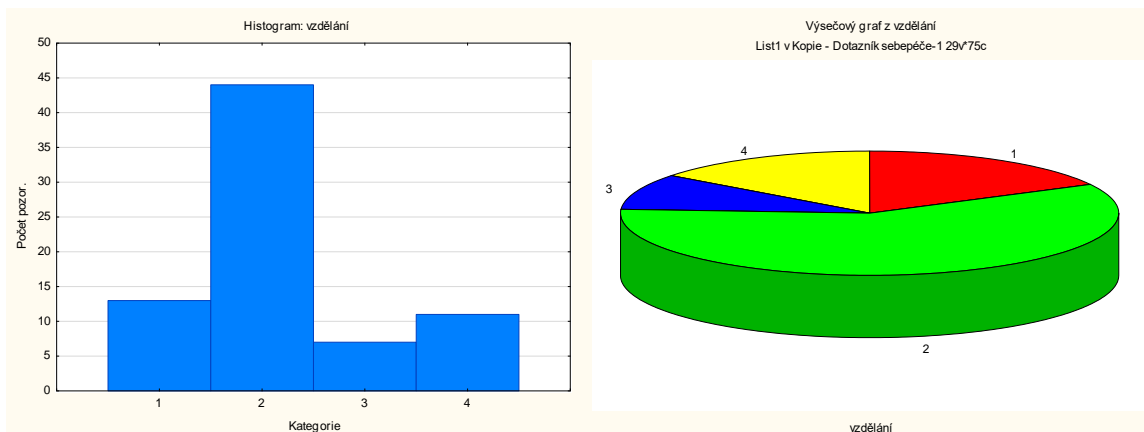


Obrázek P2. Krabicový graf Věk pacientů s mediánem 69 let.

Při porovnání vzdělání jednotlivých respondentů bylo zjištěno, že zhruba 17% z nich má dosaženo základní vzdělání, 59% střední, 9% pacientů dosáhlo během života vyššího středního vzdělání a 15% vzdělání vysokoškolského, viz tab. 3., obr. 5.

Tabulka P3. Četnosti vzdělání jednotlivých respondentů: 1 = základní, 2 = střední, 3 = vyšší střední a 4 = vysokoškolské.

Kategorie	Tabulka četností: vzdělání (List1 v Kopie - Dotazník sebepéče - 1)			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. četnost	Kumulativní rel. četnost
1	13	13	17,33	17,33
2	44	57	58,67	76,00
3	7	64	9,33	85,33
4	11	75	14,67	100,00
ChD	0	75	0	100

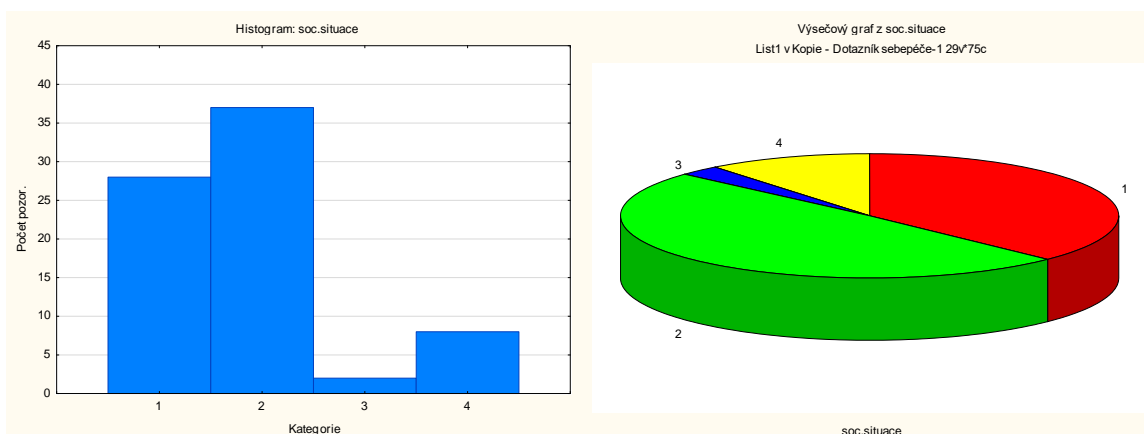


Obrázek P3. Vlevo – histogram vzdělání, vpravo – výšečový graf vzdělání.

Předmětem identifikačního šetření byla také otázka sociálního zabezpečení jednotlivých respondentů. Žádný z oslovených nevyužil odpovědi na možnost „jiné“ a proto přibližně 37% oslovených uvedlo, že bydlí sami, 49% uvádí, že bydlí s manželem/manželkou, 3% respondentů žijí s partnerem a téměř 11% je odkázáno na bydlení u rodinných příslušníků, viz tab. 4, obr. 6.

Tabulka P4. Četnosti sociální situace oslovených respondentů: 1 = bydlí sám/sama, 2 = bydlí s manželem/manželkou, 3 = bydlí s partnerem, 4 = bydlí s příbuznými.

Kategorie	Tabulka četností: soc. situace (List1 v Kopie - Dotazník sebezpečí- 1)			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. četnost	Kumulativní rel. četnost
1	28	28	37,333	37,333
2	37	65	49,333	86,667
3	2	67	2,667	89,333
4	8	75	10,667	100,000
ChD	0	75	0	100

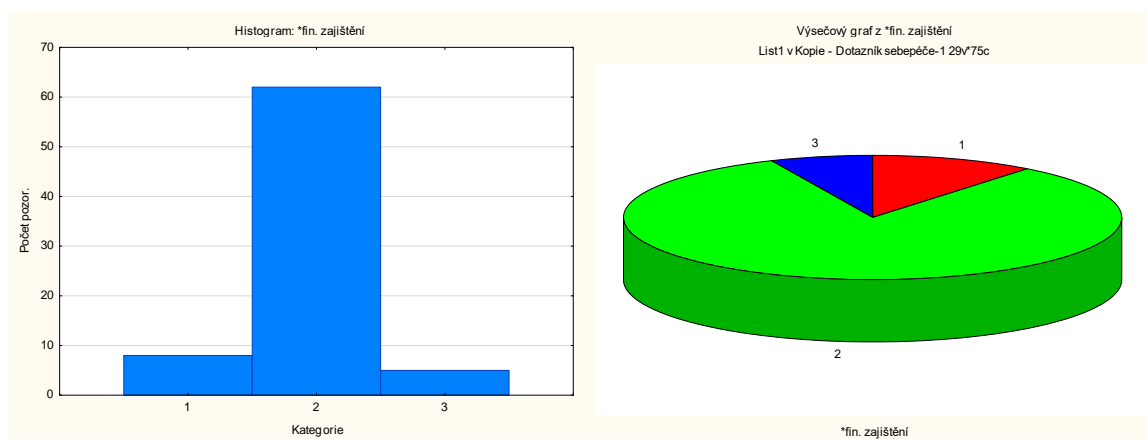


Obrázek P4. Vlevo – histogram sociální situace, vpravo – výšečový graf sociální situace.

Dalším kritériem identifikačního výzkumu bylo zjištění finančního zabezpečení či finanční soběstačnosti oslovených respondentů. Nikdo z oslovených nevyužil odpovědi na možnost „jiné“ ani to, že by žil pouze z podpory rodiny. Zhruba 11% uvedlo jako hlavní zdroj příjmů plat či mzdu, necelých 83% dotázaných žije z důchodu a pouze necelých 7% pobírá pouze sociální příspěvky, viz tab. 5, obr. 7.

Tabulka P5. Četnosti finančního zabezpečení oslovených respondentů: 1 = mzda, plat, 2 = důchod, 3 = sociální příspěvky.

Tabulka četností: fin. zajištění (List1 v Kopie - Dotazník sebepéče - 1)				
Kategorie	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. četnost	Kumulativní rel. četnost
1	8	8	10,667	10,667
2	62	70	82,667	93,333
3	5	75	6,667	100,000
ChD	0	75	0	100



Obrázek P5. Vlevo – histogram finančního zajištění, vpravo – výšečový graf finančního zajištění.

Pro zjištění aktuálního zdravotního stavu oslovených respondentů posloužila otázka, která naváděla k nejčastějším onemocněním a zdravotním komplikacím, které jsou spojeny s problematikou DM. Jednotlivými volbami jsou: a = hypertenze, b = DM2, c = ischemická choroba srdeční, d = nemoci kloubů (artritida, artróza), e = CMP, f = jiné (v tabulce popsaná onemocnění), viz tab. 6.

Tabulka P6. Četnosti chronických onemocnění, která byla diagnostikována osloveným respondentům: a = hypertenze, b = DM2, c = ischemická choroba srdeční, d = nemoci kloubů (artritida, artróza), e = CMP, f = jiné – níže konkretizovaná onemocnění.

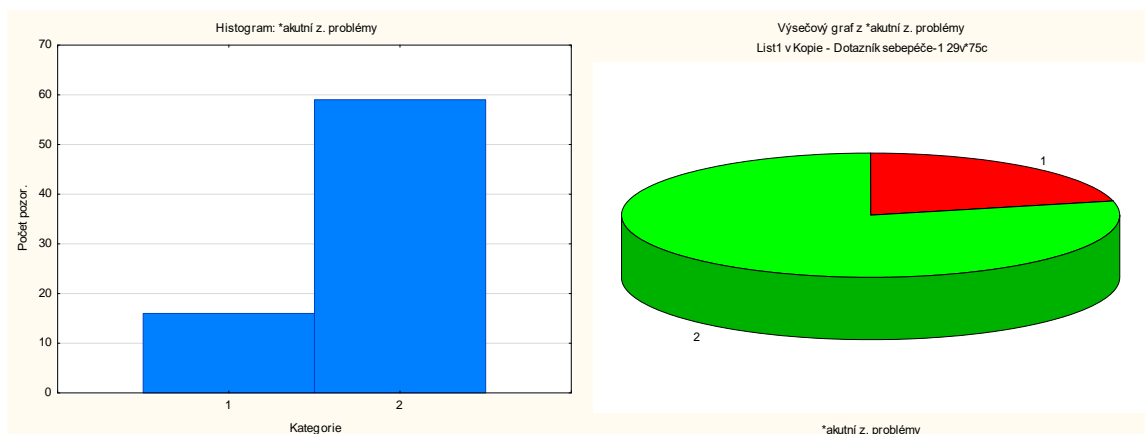
Kategorie	Tabulka četností: chron. onemocnění (List1 v Kopie - Dotazník sebepěče - 1)			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. četnost	Kumulativní rel.četnost
ab	19	19	25,333	25,333
b	11	30	14,667	40,000
abd	14	44	18,667	58,667
abe	4	48	5,333	64,000
abc	8	56	10,667	74,667
af-DM1	1	57	1,333	76,000
adf-DM1	1	58	1,333	77,333
bc	3	61	4,000	81,333
abcf-hypothyreóza	1	62	1,333	82,667
abcd	3	65	4,000	86,667
bf-dna	1	66	1,333	88,000
bdf-chr.pankreatitida,CHOPN,cholecystolithiasa,epilepsie	1	67	1,333	89,333
abdf-štítná žláza, astma	1	68	1,333	90,667
abdef-hypofunkce št. Žlázy	1	69	1,333	92,000
abf-astma	1	70	1,333	93,333
abcf-CHOPN	1	71	1,333	94,667
bd	1	72	1,333	96,000
abdf-vysoký cholesterol	1	73	1,333	97,333
df-cukrovka typ Lada	1	74	1,333	98,667
bf-autoimunitní tyreoiditis	1	75	1,333	100,000
ChD	0	75	0	100

Otázka týkající se data poslední kontroly glykovaného hemoglobinu je statisticky nevýznamná, proto zde není tabulka četností uvedena.

Další otázkou, která směřovala k bližšímu zjištění zdravotního stavu oslovených pacientů, bylo zjištění akutních zdravotních problémů. Z níže uvedené tabulky 7, stejně jako obrázku 9 vyplývá, že přibližně 21% dotazovaných trpí nějakým akutním zdravotním problémem. V tabulce 8 jsou potom jednotlivé zdravotní problémy specifikovány.

Tabulka P7. Četnosti akutních zdravotních problémů oslovených respondentů: 1 = má akutní zdravotní problém, 2 = netrpí žádným akutním zdravotním problémem.

Kategorie	Tabulka četností: akutní zdr.problémy (List1 v Kopie - Dotazník sebepěče - 1)			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. četnost	Kumulativní rel. četnost
1	16	16	21,333	21,333
2	59	75	78,667	100,000
ChD	0	75	0	100



Obrázek P6. Vlevo – histogram akutních zdravotních problémů, vpravo – výšečový graf akutních zdravotních problémů.

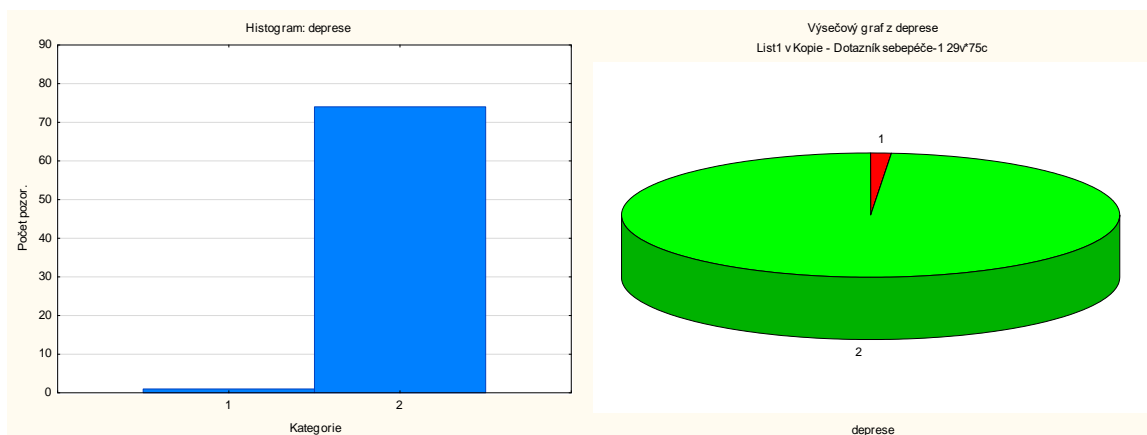
Tabulka P8. Četnosti akutních zdravotních problémů jednotlivě specifikovaných onemocnění, kterými trpí oslovení respondenti.

Kategorie	Tabulka četností: akutní zdr. problémy (List1 v Kopie - Dotazník sebepěče - 1)			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel.četnost	Kumulativní rel.četnost
2	58	58	77,333	77,333
1-bolesti v kříži a ramenou	1	59	1,333	78,667
1-vysoký tlak	1	60	1,333	80,000
1-potíže s chůzí	1	61	1,333	81,333
1-bolesti zad	1	62	1,333	82,667
1-obtížná chůze	1	63	1,333	84,000
1-bolest v nohou	1	64	1,333	85,333
1-hypertenze, zažívání	1	65	1,333	86,667
1-klouby, páteř	1	66	1,333	88,000
1-neuvedla	1	67	1,333	89,333
1-bolest nohou	2	69	2,667	92,000
1-krční páteř, neuropatie nohou, srdce	1	70	1,333	93,333
1-vysoký tlak, cukrovka II	1	71	1,333	94,667
1-hypoglykemie	1	72	1,333	96,000
1-nefrologie + lipidová poradna	1	73	1,333	97,333
1-dušnost	1	74	1,333	98,667
ChD	1	75	1,333	100

Pro zjištění psychického stavu pacientů byli osloveni dotazem, zda je či není u nich diagnostikována jakákoli forma deprese. Tímto problémem trpí jeden z respondentů, viz tab. 9., obr. 9.

Tabulka P9. Četnosti diagnostikované deprese oslovených respondentů: 1 = má diagnostikovanou depresi, 2 = nemá diagnostikovanou depresi.

Tabulka četností: deprese (List1 v Kopie - Dotazník sebepéče - 1)				
Kategorie	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. četnost	Kumulativní rel. četnost
1	1	1	1,333	0,333
2	74	75	98,667	100,000
ChD	0	75	0	100



Obrázek P7. Vlevo – histogram diagnostikované deprese, vpravo – výšečový graf diagnostikované deprese.

Všichni oslovení pacienti na otázku, zda mají problémy s orientací v čase a prostoru, odpověděli negativně, viz tabulka 10. V tomto případě je tedy zbytečné uvádět grafické znázornění ve formě histogramu či výšečového grafu.

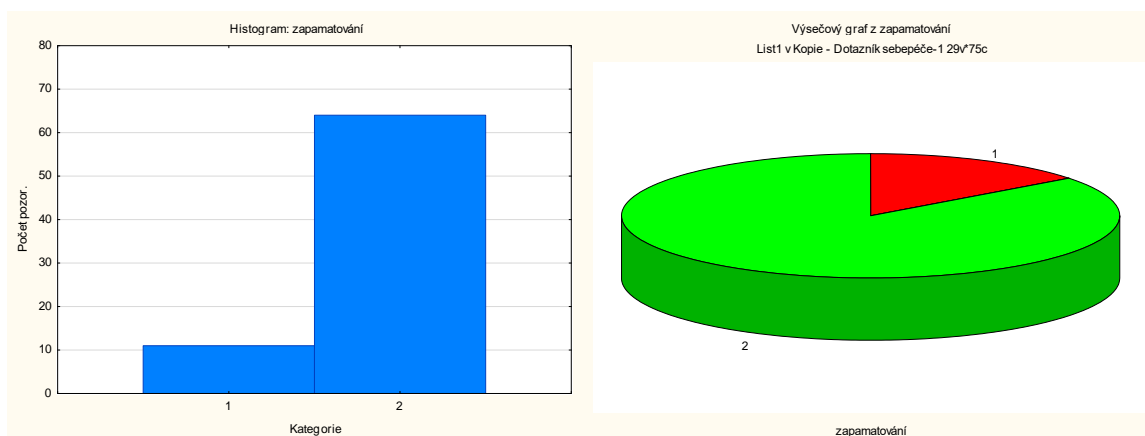
Tabulka P10. Četnosti schopnosti respondentů orientovat se v čase a prostoru: 2 = orientuje se v čase i prostoru.

Tabulka četností: orientace (List1 v Kopie - Dotazník sebepéče - 1)				
Kategorie	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. četnost	Kumulativní rel. četnost
2	75	75	100	100
ChD	0	75	0	100

Naopak horších výsledků bylo dosaženo při zjišťování schopnosti pacientů zapamatovat si informace. Zhruba 15% dotazovaných totiž uvedlo, že mají problém se zapamatováním, viz tab. 11., obr. 10.

Tabulka P11. Četnosti schopnosti respondentů zapamatovat si informace: 1 = má problém se zapamatováním, 2 = nemá problém se zapamatováním.

Kategorie	Tabulka četností: zapamatování (List1 v Kopie - Dotazník sebepěče - 1)			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. četnost	Kumulativní rel. četnost
1	11	11	14,667	14,667
2	64	75	85,333	100,000
ChD	0	75	0	100

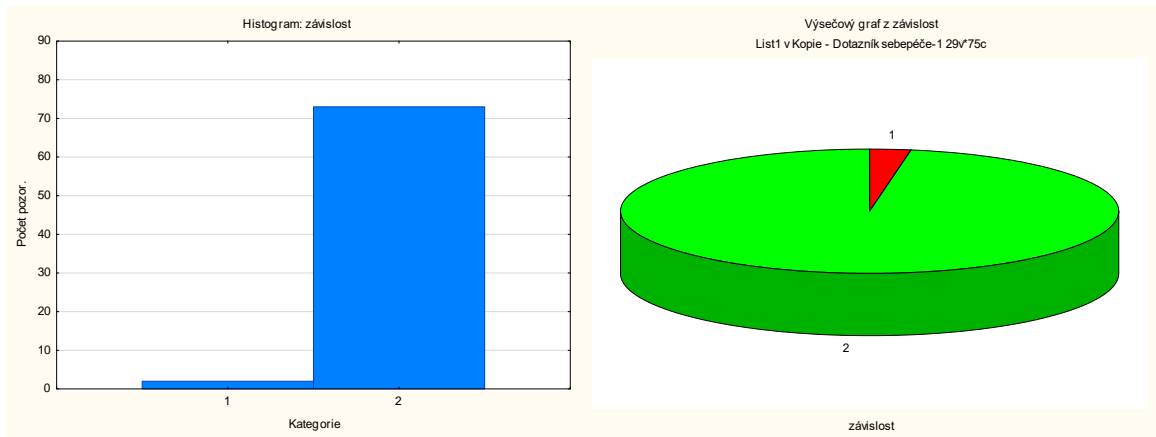


Obrázek P8. Vlevo – histogram schopnosti zapamatování, vpravo – výšečový graf schopnosti zapamatování.

Posledním kritériem identifikačního dotazníku bylo zjištění, zda jsou oslovení pacienti soběstační nebo jsou závislí na péči druhé osoby. Pouhá necelá tři procenta respondentů uvedla závislost na druhé osobě, viz tab. 12, obr. 11.

Tabulka P12. Četnosti závislosti oslovených respondentů na péči druhé osoby: 1 = je závislý/á na péči druhé osoby, 2 = není závislý/á na péči druhé osoby.

Kategorie	Tabulka četností: závislost (List1 v Kopie - Dotazník sebepěče - 1)			
	Četnost	Kumulativní četnost	Rel. četnost	Kumulativní rel. četnost
1	2	2	2,667	2,667
2	73	75	97,333	100,000
ChD	0	75	0	100



Obrázek P9. Vlevo – histogram závislosti na druhé osobě, vpravo – výsečový graf závislosti na druhé osobě.