

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Radka Synáčová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: N5341 Ošetrovatelství

Bc. Radka Synáčová

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech

**Ošetrovatelský management při dispenzarizaci pacientů s hypertenzí
v ambulanci praktického lékaře**

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančíková

PLZEŇ 2019

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „*Ošetrovatelský management při dispenzarizaci pacientů s hypertenzí v ambulanci praktického lékaře*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu citované literatury.

V Plzni dne 25.03.2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Synáčová Radka

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský management při dispenzarizaci pacientů s hypertenzí v ambulanci praktického lékaře

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

Počet stran – číslované: 90

Počet stran – nečíslované: 29

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 51

Klíčová slova: Arteriální hypertenze, měření krevního tlaku, dispenzární péče, rizikové faktory, všeobecná sestra

Souhrn:

Diplomová práce je zaměřena na problematiku prevence a léčby arteriální hypertenze v oblasti primární péče. Arteriální hypertenze představuje významný rizikový faktor pro vznik kardiovaskulárního onemocnění a s ohledem na vysokou prevalenci v dospělé populaci představuje velký zdravotní i ekonomický problém. V teoretické části diplomové práce je definována diagnóza arteriální hypertenze, jsou popsány rizikové faktory vzniku, možnosti prevence a léčby hypertenze a správná technika měření krevního tlaku. Pozornost je věnována roli sestry v péči o hypertoniky. V praktické části jsou zjišťovány motivační faktory k léčbě z pohledu pacienta a z pohledu sestry. Cílem je zjistit rezervy v adherenci pacientů s arteriální hypertenzí k léčbě a režimovým opatřením a najít způsob, jak zlepšit adherenci pacientů. Na základě výzkumného šetření byly zjištěny rozdíly v motivaci pacientů k dodržování léčby arteriální hypertenze z pohledu sestry a z pohledu pacienta. Jako nejvíce problematická byla stanovena oblast dodržování zásad zdravého stravování, udržení přiměřené tělesné hmotnosti, dostatečné fyzické aktivity a vyhýbání se stresu.

Abstract

Surname and name: Radka Synáčková

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing management in the dispensarization of patients with hypertension in the general practitioner ambulance

Consultant: PhDr. Petra Bejvančická

Number of pages – numbered: 90

Number of pages – unnumbered: 29

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 51

Keywords: Arterial hypertension, blood pressure measurement, risk factors, dispensary care, nurse

Summary:

Thesis is focused on the issue of prevention and cure of the arterial hypertension in primary care. The arterial hypertension is a significant risk factor for an origin of cardiovascular disease and according to high occurrence at adult population is a big health and economy problem. In a theoretical part of the thesis are described a diagnostic of the arterial hypertension, risk factors of an origin, a possibility of a prevention and a cure of the hypertension and a correct technique of a blood pressure measurement. The role of nurse in care of patients with hypertension is important. In a practical are found out motivating factors about the cure from patient and nurse sides. The target is finding out reserves in adherence to the cure of patients with the arterial hypertension and a regime action and finding out how to improve compliance of patients. According to the research there is a difference in patients motivation to observe of cure arterial hypertension from nurse side and patient side. As the most problematic area was determine observance principle of healthy eating, keep proportionate weight, enough physical activity and stress avoiding.

Poděkování

Děkuji PhDr. Petře Bejvančické za odborné vedení, podněty a cenné rady při zpracování mé diplomové práce. Děkuji Ing. Janě Kuchařové a Ing. Tomáši Ťoupalovi, PhD. za pomoc při statistickém zpracování dat. Dále děkuji respondentům za ochotu při vyplňování dotazníků. Zároveň patří poděkování mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE.....	12
1.1 Definice hypertenze a její klasifikace.....	12
1.2 Rizikové faktory vzniku arteriální hypertenze.....	14
1.3 Komplexní kardiovaskulární prevence.....	16
1.4 Léčba arteriální hypertenze.....	19
1.4.1 Cíl léčby.....	19
1.4.2 Nefarmakologická léčba.....	20
1.4.3 Farmakologická léčba.....	21
1.4.4 Adherence k léčbě a možnosti jejího ovlivnění všeobecnou sestrou.....	27
1.4.5 Ošetrovatelská péče a hypertenze.....	30
2 MĚŘENÍ KREVNÍHO TLAKU.....	33
2.1 Správná technika měření krevního tlaku.....	33
2.2 Metrologie.....	35
2.3 Domácí měření krevního tlaku (selfmonitoring).....	35
2.4 Ambulantní monitorace krevního tlaku.....	37
2.5 Invazivní měření krevního tlaku.....	38
3 DISPENZÁRNÍ PÉČE.....	39
3.1 Legislativa.....	39
3.2 Organizace péče o pacienty s arteriální hypertenzí.....	41
3.3 Edukace.....	42
4 CÍLE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY.....	44
4.1 Formulace problému.....	44
4.2 Dílčí cíle.....	44
4.3 Operacionalizace pojmů a stanovení hypotéz.....	45
5 METODIKA VÝZKUMU.....	46
5.1 Charakteristika souboru.....	46
5.2 Metoda sběru dat.....	46
5.3 Organizace výzkumu.....	47
ANALÝZA VÝZKUMU.....	48
TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	83
6 DISKUSE.....	87
ZÁVĚR.....	91
SEZNAM LITERATURY.....	92
SEZNAM GRAFŮ.....	98

SEZNAM OBRÁZKŮ	100
SEZNAM TABULEK	101
SEZNAM PŘÍLOH	102
SEZNAM ZKRATEK	103
PŘÍLOHY	104

ÚVOD

Arteriální hypertenze je v současné době aktuální a velmi diskutované téma. V průmyslově vyspělých zemích se vyskytuje u 20-50 % dospělých osob. Je významným rizikovým faktorem vzniku kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních onemocnění. V současném zdravotnictví představuje podstatný zdravotní i ekonomický problém. Majoritní podíl v péči o pacienty s diagnózou arteriální hypertenze by měli mít poskytovatelé primární péče, tj. praktičtí lékaři pro dospělé, ev. praktičtí lékaři pro děti a dorost. Je nutné aktivní vyhledávání pacientů s arteriální hypertenzí a následná péče o ně. Lékař a sestra by měli při poskytování dispenzární péče tvořit tým, postupovat jednotně, organizovaně a systematicky. Jen koordinovaná péče může oddálit či zcela zabránit vzniku komplikací nemoci a snížit tak náklady na poskytovanou péči. Významnou úlohu v dispenzární péči o pacienty s arteriální hypertenzí mají i všeobecné sestry. Vhodnými intervencemi mohou pacienta získat ke spolupráci a posílit jeho aktivní účast na léčbě. Sestra je schopna provádět zdravotní výchovu stejně kvalitně jako lékař. Teoretická část diplomové práce na téma „Ošetrovatelský management při dispenzarizaci pacientů s hypertenzí v ambulanci praktického lékaře“ je rozdělena do 3 bloků. V první části je vysvětlen pojem arteriální hypertenze, jsou zmíněny rizikové faktory vzniku arteriální hypertenze, objasněna problematika komplexní KV prevence a léčba arteriální hypertenze. Dostatečný prostor je věnovaný námětu „role sestry v péči o pacienta s lékařskou diagnózou AH“, konkrétně ovlivnění adherence pacienta k léčbě sestrou a ošetrovatelská péče v souvislosti s tímto onemocněním. Druhý blok práce je věnován měření krevního tlaku. Pozornost je zaměřena na správnou techniku měření TK, metrologii, domácí měření TK a ambulantní monitoraci TK. Pro ucelení tohoto tématu je zmínka i o invazivním měření TK. 3. blok teoretické části diplomové práce je věnován dispenzární péči. Je pojednáno o dispenzární péči obecně, včetně legislativy vztahující se k této problematice. Dle Doporučených postupů pro PL je zde popsána organizace péče o pacienty s AH a z praktických důvodů byla do 3.části diplomové práce zařazena edukace pacienta sestrou. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jakým způsobem můžeme zlepšit adherenci pacientů s arteriální hypertenzí k léčebným doporučením. Zpracováním dat, získaných dotazováním pacientů registrovaných v týmové praxi PL Moje ambulance a.s. a sester pracujících v této společnosti, se snažíme zmapovat současný stav poskytované péče pacientům s AH z pohledu pacienta a z pohledu sestry a připomínky pacientů a sester, jak by si představovali ideální péči. Hledáme motivační faktory a potřebné sesterské intervence, které by pomohly zlepšit adherenci pacientů s AH k léčbě. Dále se snažíme zjistit, zda

existují faktory, které ovlivňují aktivitu sester při poskytování péče pacientům trpícím AH. Na základě Doporučených postupů pro VPL, týkajících se péče o pacienty s AH, vytvoříme optimální strategii dispenzární péče s přihlédnutím na informace opatřené dotazníkovým šetřením v souvislosti s diplomovou prací. Věříme, že takto nastavený plán ošetrovatelské péče bude kladně přijat sestrami i pacienty a pomůže zlepšit kvalitu poskytované péče. Potěšilo by nás, kdyby naše zkušenosti byly inspirací i pro některé další ambulance praktických lékařů.

V diplomové práci jsou použity informační zdroje, které byly vyhledány na základě rešerše č. 32/2018 pořízené ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje. Za předpokladu časového vymezení (2008-2018) a jazykového vymezení (čeština, angličtina) bylo vyhledáno 11 knih, 20 článků a 1 stat'. Další zdroje byly vyhledány prostřednictvím zahraničních plnotextových licencovaných databází (Ebsco, ProQuest, Wiley Online Library) a internetu.

1 ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE

Arteriální hypertenze je jednou z nejčastějších diagnóz v ambulanci praktického lékaře. Výskyt vysokého krevního tlaku u dospělé populace se pohybuje kolem 35 % s výrazným nárůstem ve vyšších věkových skupinách. Vysoký krevní tlak je součástí celkového kardiovaskulárního rizikového profilu populace a v kombinaci s kouřením, diabetem, s poruchami metabolismu tuků a obezitou představuje nejzávažnější rizikový faktor pro vznik cévní mozkové příhody, ischemické choroby srdeční s možným srdečním selháním a ischemické choroby tepen dolních končetin. Výše krevního tlaku koreluje s nemocností a úmrtností na podkladě kardiovaskulárního onemocnění a cévní mozkové příhody. (Karen, *Acta medicae*, 2017, s. 57, Seifert, 2013, s. 218)

1.1 Definice hypertenze a její klasifikace

„Za arteriální hypertenzi považujeme opětovné zvýšení krevního tlaku ≥ 140 mm Hg a/nebo diastolického tlaku ≥ 90 mm Hg, zjištěný alespoň ve 2 ze 3 měření krevního tlaku. “Vedle systolicko-diastolické hypertenze existuje i izolovaná systolická hypertenze, která je definována jako opakované zvýšení systolického krevního tlaku nad hodnotu 140 mm Hg při hodnotách diastolického tlaku <90 mm Hg. Definice hypertenze podle směrnic Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti z roku 2013 je přehledně uvedena v následující tabulce. (Widimský, *Hypertenze*, 2014, s. 23, Seifert, 2013, s. 218)

Tabulka 1 Klasifikace arteriální hypertenze

	TKs mm Hg		TKd mmHg
Optimální tlak	<120	a	<80
Normální tlak	120-129	a/nebo	80-84
Vysoký normální tlak	130-139	a/nebo	85-89
Hypertenze 1.stupně (mírná)	140-159	a/nebo	90-99
Hypertenze 2.stupně (středně závažná)	160-179	a/nebo	100-109
Hypertenze 3.stupně (závažná)	≥ 180	a/nebo	≥ 110
Izolovaná systolická hypertenze	≥ 140	a	<90

Zdroj: (Widimský, *Hypertenze*, s. 23)

Existuje skupina 10-15 % pacientů s **obtížně léčitelnou (rezistentní) hypertenzí**. Tito pacienti i přes dodržování režimových opatření a přes intenzivní farmakologickou léčbu minimálně trojkombinací antihypertenziv různých skupin, z nichž alespoň jedna složka je diuretikum, nedosahují požadovaných cílových hodnot krevního tlaku. Za rezistentní je označována také hypertenze, kdy k dosažení cílových hodnot je třeba 4 a více antihypertenziv různých tříd. (Václavík, 2015, s. 15,16)

Třídění hypertenze na stadia I, II, III podle přítomnosti orgánového poškození je zastaralé a v současné době se nepoužívá. Můžeme se s ním setkat pro lepší orientaci při posudkové činnosti, při návrhu na lázeňskou léčbu apod. (Seifert, 2013, s. 219) Podle etiologie rozlišujeme **primární (esenciální) a sekundární hypertenzi**. U primární hypertenze známe řadu rizikových faktorů, ale neznáme příčinu vzniku. Sekundární hypertenze je symptomem jiného primárního onemocnění, vzniká na základě přesně určeného patologického stavu a vyskytuje u 5-10 % všech pacientů s vysokým krevním tlakem. (Widimský, *Hypertenze*, 2014, s.32) Na sekundární etiologii je třeba pomýšlet u pacientů s rezistentní hypertenzí, těžkou hypertenzí (> 180/110 mm Hg), náhlým vzestupem TK, častými výkyvy hodnot TK během dne nesouvisejícími s emoční nebo fyzickou zátěží, vzestupem nočního TK, u dětí a mladých pacientů bez pozitivní rodinné anamnézy a bez přítomnosti jiných rizikových faktorů. Příčinou sekundární hypertenze může být renoparenchymatózní nebo renovaskulární onemocnění, endokrinní onemocnění (hyperaldosteronismus, Cushingův syndrom, feochromocytom, poruchy štítné žlázy a příštítných tělísek), syndrom spánkové apnoe, postižení CNS (tumorózní, zánětlivá). Před indikací pacienta k vyšetřování sekundární hypertenze je nutné vyloučit pseudorezistenci, která může být způsobena špatnou adherencí pacienta k léčbě, pseudohypertenzi u starších nemocných s nepoddajnými cévami na podkladě kalcifikace, vyloučit syndrom bílého pláště (24hodinové monitorování TK). Dále je nutné se zamyslet nad chybami, které mohly vzniknout na podkladě chybného postupu při měření TK (př. při měření užší manžetou může být TK nadhodnocen). Krevní tlak mohou zvyšovat i některé léky a další látky (př. nesteroidní analgetika, glukokortikoidy, antidepresiva,...). K vysokým hodnotám TK může přispět i aktivace sympatického nervového systému při bolestech. Pacienti se suspektní sekundární hypertenzí by měli být vyšetřováni vzhledem k náročné diagnostice ve speciálních centrech. Seznam center specializovaných na diagnostiku a léčbu hypertenze je uveden na webových stránkách České společnosti pro hypertenzi (Zelinka, 2015, [online], Václavík, 2015, s. 36, 37)

1.2 Rizikové faktory vzniku arteriální hypertenze

Hodnoty krevního tlaku ovlivňuje věk, pohlaví a rasa. U dospělých jedinců hodnoty systolického a diastolického tlaku stoupají s věkem. V dospělosti jsou hodnoty TK vyšší u mužů než u žen, ovšem vzestup hodnot TK spolu s věkem je strmější u žen. V 7. deceniu jsou hodnoty TK u obou pohlaví srovnatelné. Černoši mají průměrné hodnoty TK vyšší než příslušníci bílé rasy. (Widimský, *Hypertenze*, 2014, s. 42-48) Esenciální hypertenze je multifaktoriální, vysoce preventabilní onemocnění. Na vzniku hypertenze se podílí více rizikových faktorů. Řada rizikových faktorů je ovlivnitelných a jejich eliminace často může vést k normalizaci hodnot TK. Na vznik arteriální hypertenze mají vliv genetické faktory, endogenní a regulační mechanismy organismu a faktory zevního prostředí. Na řízení krevního tlaku se podílí více genů (polygenní typ dědičnosti), které se navzájem ovlivňují a reagují na vlivy zevního prostředí. Jedná se zejména o geny kódující produkty, které se podílejí na regulaci TK (katecholaminy, systém renin-angiotenzin-aldosteron...). (Sovová, *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*, 2014 s. 112). Geneticky významné jsou podobné hodnoty TK u jednovaječných dvojčat a výskyt vyšších hodnot TK u dětí hypertenzních rodičů. (Staněk, 2014, s. 77) Familiární studie prokázaly, že výše systolického i diastolického krevního tlaku je vysoce dědičná (podíl činí 31-34 % u klinického měření TK a 44-63 % u ambulantního monitorování TK). Pozitivní rodinná anamnéza modifikuje přístup k prevenci a léčbě hypertenze. (Widimský, *Hypertenze*, 2014, s. 98, 99). Výši krevního tlaku ovlivňují centrální a periferní nervový systém, vazokonstrikční a vazodilatační látky, endotel a stěna cévní, elektrolytové transmembránové transportní mechanismy, vylučovací a endokrinní funkce ledvin, hemodynamické změny a poruchy metabolismu glukózy (rezistence na inzulin, porušená glukózová tolerance, diabetes mellitus). (Sovová, *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*, 2014, s. 112) Mezi faktory zevního prostředí, které vedou ke zvýšení hodnot krevního tlaku řadíme vyšší obsah kuchyňské soli přijímaný potravou, nedostatek kalia, magnezia, a kalcia, obezita (zejména abdominální typ, závislost rizika KVO na obvodu pasu je zapsána do tabulky č. 2), nedostatečná pohybová aktivita, nadměrná konzumace alkoholu, psychosociální faktory a nízký socioekonomický statut. (Sovová, *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*, 2014, s. 112) Statisticky je dokázáno, že vyšší hodnoty TK korelují s vyšším příjmem sodíku. Na vyšší přívod sodíku jsou citlivější starší lidé, pacienti s diabetem a hypertenzí. Zřejmě se jedná o souvislost se schopností

ledvin vylučovat sůl. Doporučený denní přísun soli je 5-6 g. Obvyklý příjem soli v obecné populaci činí 9-12 g/den. Výše krevního tlaku také úzce souvisí s BMI. S hodnotami BMI stoupá výše krevního tlaku a výskyt arteriální hypertenze. Hypertenze se týká až 50 % obézních pacientů. Nadváha a obezita jsou významným rizikovým faktorem pro vznik hypertenzní nemoci. Rozhodující je nejen výše BMI ale také rozložení tuku v organismu. Ukládání tuku v břišní dutině a retroperitoneu je charakterizováno zvětšeným obvodem pasu u mužů nad 94 cm a u žen nad 80 cm. Obvod pasu u mužů nad 102 cm a u žen nad 88 cm představuje vysoké riziko. Výskyt vyšších hodnot TK rovněž souvisí s nedostatečnou fyzickou aktivitou a nízkou fyzickou kondicí. Pravidelná přiměřená aerobní aktivita je účinná prevencí hypertenze, snižuje TK u hypertoniků i u normotenzních jedinců. Nejvyšší pokles hodnot TK je zaznamenán u jedinců s nejvyššími počátečními hodnotami TK. Nestřídmý příjem alkoholu je důležitým rizikovým faktorem vzniku hypertenze a často důvodem rezistence na antihypertenzní léčbu. Jedinci s nízkým socioekonomickým statutem často mají nižší úroveň vzdělání. Hůře spolupracují při léčbě a často se u nich vyskytuje více rizikových faktorů souvisejících se špatným životním stylem (nevyhovující způsob stravování, nedostatečná pohybová aktivita, obezita, kuřáctví, nadlimitní konzumace alkoholu apod.). Často nemají dostatek podpory ze strany okolí. (Widimský, *Hypertenze*, 2014, s. 52-54, 105) Existuje i řada léků, které negativně ovlivňují TK. Nejčastější skupinou léků jsou nesteroidní antiflogistika užívaná pacienty s vertebrogenním syndromem nebo artrózou velkých kloubů. Pokud pacient tyto léky užívá, snažíme se je nahradit lékem jiné skupiny, který TK neovlivňuje, nebo alespoň snížit jejich dávky. (Václavík, 2015, s. 69) Pojmeme psychosociální faktory zahrnuje stres v pracovním i rodinném životě, depresivní a úzkostné poruchy a prožívání, prožívanou zlost, nepřátelské postoje, společenskou izolaci a nízkou sociální podporu (nezájem okolí o danou osobu). (Rosolová, 2013, s. 214-222) Kontrolu nad TK rovněž ovlivňují dostupnost znalostí na straně pacienta a úroveň poskytované léčebné a preventivní péče. (Widimský, *Hypertenze*, 2014, s. 107)

Tabulka 2 Závislost rizika KVO na obvodu pasu

Riziko ICHS	obvod pasu muži	obvod pasu ženy
normální	pod 94 cm	pod 80 cm
zvýšené	94-101 cm	80-87 cm
značně zvýšené	nad 102 cm	nad 88 cm

Zdroj: (Sovová, 2008, s.94)

1.3 Komplexní kardiovaskulární prevence

Prevence arteriální hypertenze je významnou součástí komplexní kardiovaskulární prevence. KV onemocnění jsou hlavní příčinou morbidit a mortality ve vyspělých zemích a výraznou měrou se podílí na zvyšování finančních nákladů na zdravotní péči, proto je nutné prevenci KVO věnovat velkou pozornost. Cílem KV prevence je podporovat osoby s nízkým rizikem KVO v udržení stávajícího stavu po celý život a osobám se zvýšeným rizikem KVO pomoci eliminovat ovlivnitelné rizikové faktory, a tím snížit celkové riziko KVO. Měření celkového KV rizika je základem pro dlouhodobé plánování prevence, která spočívá především v režimových opatřeních a v případě potřeby ve farmakoterapii. K posouzení tohoto rizika je k dispozici řada skórovacích systémů. Tyto skórovací systémy platí pro asymptomatické osoby v primární prevenci. Pacienti po prodělané cévní příhodě jsou ohroženi další KV příhodou a automaticky jsou zařazeni do skupiny pacientů s vysokým nebo velmi vysokým rizikem a je u nich nutná v rámci sekundární prevence intenzivní léčba. V ČR je k hodnocení KV rizika doporučený evropský systém SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), který je pro některé země, včetně ČR upravený za použití statistických dat o úmrtí vlastní populace. (viz příloha č. 1, č. 2). Umožňuje odhadnout a procentuálně vyjádřit 10leté riziko úmrtí z KV příčiny. Používat by ho měli především lékaři primární péče, tj. praktičtí lékaři v rámci všeobecných preventivních prohlídek k vyhledávání rizikových skupin pacientů. I když je systém jednoduchý, levný a užitečný pro současnou prevenci KVO, přesto není lékaři využíván v dostatečné míře. Projekt SCORE má určitá omezení. Tabulky SCORE nelze použít pro jedince mladší 40 let a starší 70 let. Ve výpočtu celkového KV rizika je zohledněno pouze 5 hlavních rizikových faktorů (věk, pohlaví, kouření, systolický TK a hladina celkového cholesterolu nebo poměr koncentrací celkového a HDL-cholesterolu) a vyjadřuje pouze riziko fatálních KV příhod. Riziko nefatálních KV příhod nelze z tabulky zjistit. Důvodem je, že stanovení je závislé na definici a použité diagnostické metodě, které se mohou lišit v různých oblastech (jednotlivé země i zdravotnická zařízení v rámci jedné země). Celkové riziko fatálních i nefatálních KV příhod lze orientačně stavit tak, že vynásobíme individuální riziko zjištěné z tabulek SCORE určitým koeficientem (u mužů třemi a u žen čtyřmi). Toto riziko lehce klesá u starších jedinců. Při hodnocení KV rizika bychom se měli zaměřit z hlediska věku na muže starší 40 let a ženy starší 50 let nebo mladší ženy po menopauze, dále na kuřáky středního věku, obézní pacienty (zvláště na pacienty s abdominálním typem obezity), na pacienty s pozitivní rodinnou anamnézou nebo na

pacienty, u kterých zaznamenáme výrazné zvýšení jednoho nebo více rizikových faktorů (TK, lipidy, glykémie). Dle aktuálních doporučených postupů bychom měli hodnocení u těchto pacientů provádět v rámci preventivních prohlídek nebo i v rámci jiných vyšetření, nejméně však jedenkrát za 5 let. Pro zařazení pacientů do skupin je nutné vybrat příslušný nomogram s ohledem na pohlaví, kuřáctví a věk jedince. Dále v grafickém znázornění vyhledáme hodnotu systolického TK a hodnotu hladiny cholesterolu, ev. hodnotu poměru koncentrací celkového a HDL-cholesterolu. Do skupiny osob s velmi vysokým rizikem KVO automaticky řadíme pacienty s prokazatelným KVO, dále pacienty s diagnózou DM 1. i 2. typu s orgánovými změnami nebo s přítomností hlavního rizikového faktoru (kouření, hypertenze, hypercholesterolemie), pacienty se závažným ledvinovým onemocněním a osoby s celkovým KV rizikem $\geq 10\%$ podle tabulek SCORE. Do skupiny osob s vysokým rizikem KVO řadíme pacienty s výrazně zvýšenými rizikovými faktory (TK $\geq 180/110$ mm Hg, celkový cholesterol > 8 mmol/l apod), většinu diabetiků, pacienty se středně významným renálním onemocněním a osoby s celkovým KV rizikem $\geq 5\%$, ale $<10\%$ podle tabulek SCORE. Skupinu pacientů se středně vysokým rizikem tvoří osoby s celkovým KV rizikem $\geq 1\%$, ale $<5\%$ podle tabulek SCORE. Do skupiny jedinců s nízkým rizikem řadíme osoby s celkovým KV rizikem $<1\%$ podle tabulek SCORE. Řazení pacientů do skupin podle rizikivosti vzhledem ke vzniku KVO je pouze orientační, je pouze základem pro preventivní péči. K pacientům je třeba přistupovat komplexně a míru rizikivosti (především u pacientů se středně vysokým rizikem) upravit dle přítomnosti dalších rizikových faktorů, které nejsou zohledněny v hodnotící tabulce, nebo na základě dalších laboratorních vyšetření (př. celkové lipidové spektrum, porušená glukózová tolerance apod.) Riziko KVO může rovněž zvyšovat sedavý způsob života, obezita (především centrální typ obezity), sociální deprivace a stres, příslušnost k etnickým menšinám, rodinný výskyt předčasného KVO, ledvinová onemocnění a asymptomatická ateroskleróza. Zvláštní pozornost je třeba věnovat jedincům mladším 40 let, kteří mají automaticky vzhledem k věku nízké KV riziko, ale jejich relativní KV riziko se přítomností rizikových faktorů několikanásobně zvyšuje. V tomto případě se doporučuje použít skórovací tabulku pro stanovení relativního rizika. (příloha č. 3) Opačnou skupinu tvoří starší jedinci, kteří jsou dle tabulky SCORE vzhledem k věku řazeni do skupiny osob s vysokým nebo velmi vysokým rizikem KVO v rozporu s tím, že nevykazují přítomnost dalších rizikových faktorů. K těmto pacientům je třeba přistupovat individuálně, aby nedocházelo ke zbytečnému nadužívání léků. Tabulky SCORE mohou sloužit lékařům jednak ke stanovení rizika KVO a jednak jako nástroj k zvyšování adherence pacientů

k léčbě. Na grafickém znázornění je možné pacientům demonstrovat snížení rizika při eliminaci rizikových faktorů nebo naopak snížení předpokládaného dožití za předpokladu, že pacient nebude dodržovat potřebná doporučení. (Býma, 2018, Tůmová, 2018, Rosolová, 2013)

Mezi diskutované rizikové faktory, které zpřesňují odhad KV rizika, řadíme homocystein a vysoce senzitivní C-reaktivní protein. Existuje vzájemná souvislost mezi plazmatickou hladinou těchto látek a výskytem kardiovaskulárních příhod. Neznamená to, že zmíněné látky jsou rizikovým faktorem onemocnění, ale jsou spíše ukazatelem vyššího KV rizika. Vyšší plazmatická hladina těchto látek může být reakce na přítomnou aterosklerózu nebo na jiný rizikový faktor v souvislosti s životním stylem (obezita, vyšší hladina LDL-cholesterolu, inzulinorezistence apod.) (Hradec, 2009)

1.4 Léčba arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze s ohledem na vysokou prevalenci v dospělé populaci představuje velký zdravotní i ekonomický problém. Hypertenze se účinně léčí teprve od 60.let minulého století. K dispozici byly pouze léky ze skupiny diuretik a betablokátorů. V posledních letech jsme dosáhli velkého pokroku v možnostech léčby hypertenze. I přesto máme v léčbě velké rezervy a kontrola nad arteriální hypertenzí je nedostatečná. Dle statistický údajů z r. 2010 cílových hodnot TK dosahovalo v ČR pouze 48 % všech hypertoniků. (Karen, *Acta medicae*, 2017) Účinná léčba hypertenze musí být komplexní. Základem léčby jsou režimová a dietní opatření. U vybraných skupin pacientů nebo při nedosažení požadovaných hodnot TK je nutná farmakologická léčba.

1.4.1 Cíl léčby

Cílem je nejenom snížení hodnot TK, ale i eliminace rizikových faktorů a snížení dlouhodobého celkového kardiovaskulárního a cerebrovaskulárního rizika. Správně nastavená terapie má předejít vzniku a rozvoji orgánového poškození a vaskulárním komplikacím. Snižuje výskyt CMP a ICHS a úmrtnost na ně, snižuje výskyt srdečního selhání, brání remodelaci srdečních oddílů, rozvoji nefrosklerózy a nefropatie, prohlubování samotné hypertenze a snižuje výskyt očních komplikací. (Widimský, *Farmakoterapie hypertenze*, s.12, 20). U všech pacientů s hypertenzí se snažíme dosáhnout cílových hodnot pod 140/90 mm Hg. Dle doporučeného postupu pro diagnostiku a léčbu hypertenze aktualizovaného v roce 2014 stanovila SVL ČLS JEP ve spolupráci s ČSH u skupiny zvláště rizikových pacientů cílovou hodnotu TK okolo 130/80 mm Hg. Za zvláště rizikové považujeme pacienty s DM, s nefropatiemi, po CMP a s manifestní aterosklerózou. (Karen, *Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné lékaře. Arteriální hypertenze*, s.10) Názory na cílové hodnoty TK u pacientů s komorbiditami se z pohledu odborných společností liší. Dle evropských pravidel jsou doporučovány cílové hodnoty TK <140/85 mm Hg, pouze u osob s nefropatií se doporučuje snížení TKs pod 130 mm Hg. Česká diabetologická společnost doporučuje u všech svých pacientů cílové hodnoty TK <130/80 mm Hg. Vzhledem k tomu, že se často pacienti léčí ve více odborných ambulancích současně, by bylo velmi přínosné sjednocení cílových hodnot TK. Pacienti by měli být informováni ve shodě. (Karen, *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*, 2014) Cílové

hodnoty u pacientů s hypertenzí a komorbiditami budou upraveny v novelizaci Doporučených postupů pro praktické lékaře, která byla avizovaná na rok 2018. U seniorů ve věku nad 65 let, kteří nemají další přidružená onemocnění, nemusíme striktně trvat na cílové hodnotě TK <než 140/90 mm Hg. Zvláště u izolované systolické hypertenze se spokojíme s cílovou hodnotou TKs pod 150 mm Hg. (Karen, Acta medicinae, 2017)

1.4.2 Nefarmakologická léčba

Pod pojmem nefarmakologická léčba si můžeme představit dodržování zásad správného životního stylu, režimová a dietní opatření. Zásadní význam v nefarmakologické léčbě arteriální hypertenze má redukce příjmu potravy a dostatečná fyzická aktivita s výsledkem snížení tělesné hmotnosti. Snížením tělesné hmotnosti u pacientů s nadváhou a u obézních pacientů často dosáhneme cílových hodnot TK bez nutnosti farmakologické léčby. (Widimský, *Hypertenze*, 2014, s.106) U medikamentózně léčených pacientů může úprava životního stylu snížit dávky antihypertenziv potřebných k normalizaci TK. (Souček, 2017) Obecně důležitá je energeticky vyvážená strava. Pacientům doporučujeme redukci přísunu kuchyňské soli na 5-6 g/den a zdůraznit nedosolování připravených pokrmů. Pokrmy je možné chuťově vylepšit například vhodným kořením. Nevhodné jsou komerčně připravované potraviny, moučná a sladká jídla, uzeniny, červené maso a slazené nápoje. Naopak doporučit můžeme bílé maso, ryby, které obsahují omega 3 mastné kyseliny s antisklerotickým působením, kvalitní, za studena lisované oleje (olivový, lněný, sezamový), tmavý chléb, rýže natural, celozrnné těstoviny, dostatek ovoce a zeleniny, čerstvé zeleninové šťávy (celer, petržel, mrkev), česnek. Pokud se rozhodne pacient zdravě zhubnout, je nutná úprava stravovacích návyků. Pravidelná strava, která je přiměřeně kalorická a rozdělená do 5-6denních porcí. Do denního jídelníčku je vhodné zařadit 5 porcí čerstvého ovoce nebo zeleniny, dále je důležitý dostatečný příjem vhodných tekutin a hlavně nezařazovat hladovky. Doporučený úbytek hmotnosti je maximálně 2-3 kg za měsíc. (Staněk, 2014, s. 87, Sovová, 2008, s.95) Doporučuje se omezit alkohol na maximální denní dávku pod 30 g/den, u mladých mužů a žen pod 15-20 g/den. Pacientům je třeba zdůraznit, aby eliminovali rizikové faktory, zvláště pak aby nekouřili. Vhodná je pomoc při odvykání (substituční nikotinová terapie, doporučení do Centra pro závislé na tabáku). Pozitivně ovlivňuje TK fyzická aktivita. Přínosná je jakákoli fyzická zátěž, doporučená je fyzická

aerobní aktivita střední intenzity trvající 30-45 min. denně, opakující se po většinu dní v týdnu. Do denního režimu by měl pacient vhodně zařadit pauzy na odpočinek a spánek. (Staněk, 2014, s. 87) Edukaci týkající se režimových a dietních opatření bychom měli provádět u každého pacienta se zjištěným TK ≥ 140 mm Hg bez ohledu na to, zda u něho byla stanovena diagnóza arteriální hypertenze. Při léčbě rezistentní hypertenze se v současné době zavádí nové intervenční metody. Jedná se o implantaci přístroje, který aktivuje karotický baroreflex pomocí elektrických impulzů, a o denervaci renálního sympatiku pomocí katetru v ledvinných tepnách. Prozatím jde o metody ve fázi výzkumu, krátce aplikované, bez možnosti celkového zhodnocení. (Rosolová, 2014, s.94)

1.4.3 Farmakologická léčba

„Hlavní léčebnou zásadou je energické snížení krevního tlaku, méně důležitý je typ antihypertenziv, kterým se normalizace krevního tlaku dosáhne. Přesto mohou existovat rozdíly mezi jednotlivými třídami či antihypertenzivy v ovlivnění subklinického orgánového poškození či celkového rizika. K normalizaci krevního tlaku je u většiny hypertoniků zapotřebí kombinace antihypertenziv (nejlépe fixní)“

K léčbě hypertenze užíváme pět hlavních tříd antihypertenziv. Jsou to diuretika, betablokátory, inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEI), blokátory receptorů pro angiotenzin II (AT₁-blokátory, sartany) a blokátory kalciových kanálů. Při výběru léku nebo lékové kombinace je třeba brát ohled na dřívější zkušenost pacienta s ordinovaným lékem, na přítomnost kardiovaskulárního rizika, přidružených chorob (diabetes mellitus, kardiovaskulární nebo ledvinné onemocnění) a zda jsou přítomny subklinické známky orgánového poškození. Nutné je pátrat po přítomných kontraindikacích a interakcích s jinými léky. (Widimský, *Farmakoterapie hypertenze*, s. 23)

K dispozici jsou i další skupiny léků, které snižují krevní tlak. Jedná se o centrálně působící látky, alfa blokátory. Antihypertenziva s přímým dilatačním účinkem se nepoužívají, v současné době jsou v ČR nedostupná. Nejsou žádné důkazy, že tyto skupiny léků příznivě ovlivňují kardiovaskulární mortalitu. Indikují se tehdy, pokud není dosaženo cílových hodnot TK při léčbě antihypertenzivy hlavní skupiny ani jejich kombinací, a to pouze do kombinační léčby. (Sovová, 2008, s.58, Karen, *Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné lékaře. Arteriální hypertenze*)

Diuretika jsou preferována v gerontologii, zejména u pacientů s izolovanou systolickou hypertenzí, u pacientů při chronickém srdečním selhání a u osob černošského původu. Nedoporučují se v těhotenství a u pacientů s poruchou metabolismu glycidů (s výjimkou Indapamidu). Kontraindikací je dna a renální insuficience (neplatí pro kličková diuretika). Mezi nejčastější nežádoucí účinky, se kterými se setkáváme, patří nízká hladina kalia a magnézia v krvi, zvýšení hladiny kyseliny močové, hrozící dnavý záchvat, negativní působení na metabolismus cukrů, u mužů zbytnění prsních žláz a u žen gynekologické krvácení v menopauze. (Sovová, 2008, s.60, 99, Rosolová, 2013, s. 92)

Betablokátory jsou různorodou skupinou léků. Principem účinku je ovlivnění funkce sympatického nervového systému, snížení výkonnosti srdce, zpomalení srdeční akce a tím zlepšení prokrvení vlastního myokardu. Volba betablokátoru jako léku první volby je v současné době zpochybněna. Řada analytických studií dokázala, že betablokátory mají menší vliv na snížení kardiovaskulárního rizika a výskyt CMP než jiné skupiny antihypertenziv např. diuretika nebo ACEI. Výhodou některých betablokátorů je, že současně působí i periferní vazodilataci. Je třeba upřednostnit kardioselektivní betablokátory s dlouhým biologickým poločasem. Z užívání profitují pacienti s juvenilní hypertenzí, s chronickým srdečním selháním, s anginou pectoris, po infarktu myokardu, s tachykardiemi a s glaukomem. Hlavním těžištěm jejich indikace je kombinační léčba u pacientů s chronickým onemocněním srdce. Betablokátory jsou také lékem první volby v těhotenství. Absolutní kontraindikací je podávání betablokátorů u pacientů s Asthma bronchiale a se závažnými poruchami srdečního rytmu ve smyslu bradyarytmie. Relativní kontraindikací je léčba betablokátory u pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí a u sportovců nebo vysoce fyzicky aktivních pacientů. Betablokátory zvyšují tělesnou hmotnost a mají negativní účinky na metabolismus lipidů a glycidů, proto není vhodné jejich podávání pacientům s metabolickým syndromem a porušenou glukozovou tolerancí. Užívání může u pacientů vyvolat zvýšenou únavu, poruchy spánku, zažívací potíže, ev. pocit chladných končetin.

Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEI) a blokátory receptorů pro angiotenzin II (AT₁-blokátory, sartany). Jedná se o skupiny léků s podobnými vlastnostmi. Mají ochranný účinek na srdce, cévy, ledviny, zlepšují metabolismus glukózy a nemají nežádoucí metabolické účinky. Pro výše zmiňované pozitivní účinky jsou označovány jako univerzální antihypertenziva. Absolutní kontraindikací je pouze těhotenství, hyperkalémie a bilaterální stenóza renálních tepen. Léčba ACEI nebo sartany není doporučována u žen ve fertilním věku bez používání účinné antikoncepce. Přednostně

by měly být indikovány u pacientů s městnavým srdečním selháním, po infarktu myokardu, se zjištěnou diabetickou i nediabetickou nefropatií a hypertrofií nebo dysfunkcí levé srdeční komory. Mezi nežádoucí účinky ACEI patří možná hypotenze po užití první dávky, zhoršení ledvinných funkcí, zvýšená hladina kaliumu v krvi a suchý kašel. Při užívání sartanů se může u pacientů objevit nauzea a závratě.

Blokátory kalciových kanálů patří spolu s ACEI a sartany k univerzálním antihypertenzivům. Jsou metabolicky neutrální. Mají výrazný ochranný účinek na cévy, snižují tepennou tuhost, příznivě působí na endotel cév a snižují progresi aterosklerózy. Působí rozšíření cév a tím zlepšují prokrvení periferie a snižují centrální krevní tlak. Mají kardioprotektivní účinek. Jsou vhodné k léčbě téměř všech typů hypertenze, přednostně by měly být indikovány u pacientů s izolovanou systolickou hypertenzí, zejména u starších pacientů, u těhotných s arteriální hypertenzí, u hypertoniků s anginou pectoris, hypertrofií levé komory, aterosklerotickým postižením karotid, s ischemickou chorobou dolních končetin a u hypertoniků afrického původu. Blokátory kalciových kanálů nesmí být podávány pacientům se srdečním selháním a těžkými arytmiemi (významné tachyarytmie, A-V blok 2. nebo 3. stupně). Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří zarudnutí v obličeji, bolesti hlavy a otoky dolních končetin. (Sovová, 2008, s. 60, 97, 99, Rosolová, 2013, s. 92, Souček, 2017)

Zahájení farmakologické léčby

Léčbu hypertenze zahajujeme ihned u všech pacientů s TK $\geq 180/110$ mm Hg bez ohledu na jejich rizikový profil nebo orgánové poškození. U pacientů s krevním tlakem v mezích TK $\geq 160-179$ mm Hg /100-109 mm Hg do 1 měsíce, pokud nedojde k úpravě hodnot TK nefarmakologickými postupy, nebo ihned při orgánovém poškození, při zjevném kardiovaskulárním nebo renálním onemocnění, u pacientů s diabetes mellitus, s metabolickým syndromem, při SCORE ≥ 5 % nebo při podezření na ně. Při hodnotách TK v rozmezí TK $\geq 140-159$ mm Hg / 90-99 mm Hg je doporučeno zahájit léčbu antihypertenzivem u rizikových pacientů při neúčinné nefarmakologické léčbě do 1 měsíce, u ostatních pacientů lze vyčkat s farmakoterapií po dobu 3 měsíců.

Algoritmus zahajování farmakologické léčby je přehledně zapsán v tabulce č.3

Tabulka 3 Algoritmus zahajování farmakologické léčby u hypertenze

Algoritmus zahajování farmakologické léčby u hypertenze	
TK \geq 180/110 mm Hg	Léčba ihned
TK 160–179/100–109 mm Hg opakovaně	<ul style="list-style-type: none"> • Léčbu zahájit do 1 měsíce nebo • léčbu zahájit ihned při přítomnosti (či již při podezření na přítomnost) <ul style="list-style-type: none"> ○ subklinického orgánového poškození ○ manifestního KV či renálního onemocnění ○ DM ○ metabolického syndromu ○ SCORE \geq 5 %
TK 140–159/90–99 mm Hg opakovaně	<ul style="list-style-type: none"> • Léčbu zahájit do 1 měsíce u <ul style="list-style-type: none"> ○ subklinického orgánového poškození ○ manifestního KV či renálního onemocnění ○ DM ○ metabolického syndromu ○ SCORE \geq 5 % • v ostatních situacích lze s farmakoterapií vyčkat po dobu 3 měsíců • v případě trvajících $>$TK 140/90 mm Hg zahájit farmakologickou léčbu
TK 130–139/85–89 mm Hg	<ul style="list-style-type: none"> • zahájit léčbu ve specifických situacích

Zdroj: Karen, *Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné*

Monoterapie nebo kombinační léčba

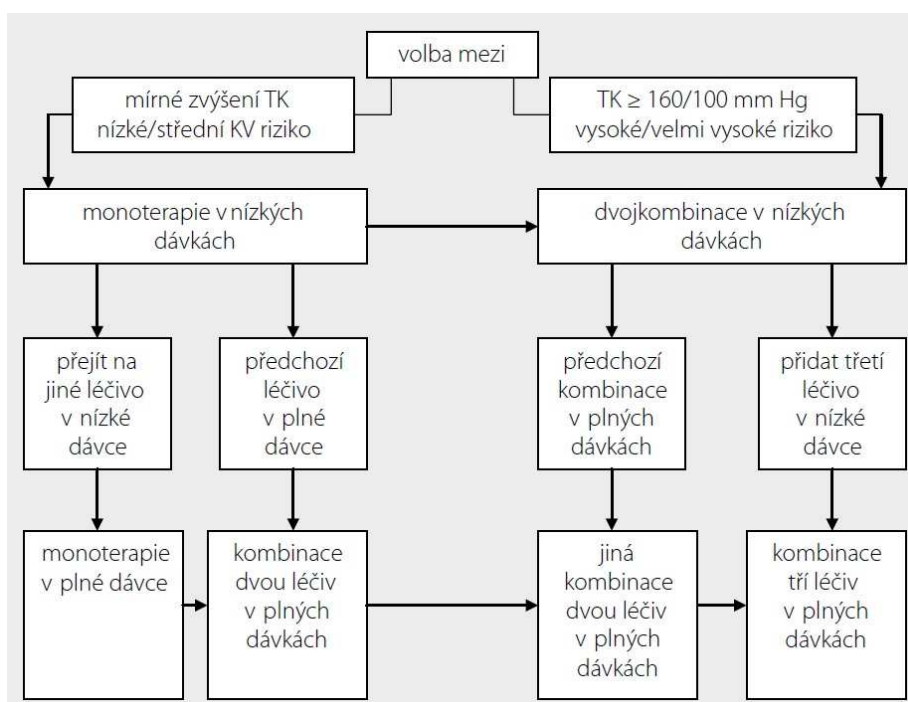
Maximálně 30 % pacientů s esenciální hypertenzí dosahuje cílových hodnot TK za použití jednoho antihypertenziva. Zbylí pacienti s arteriální hypertenzí potřebují kombinační léčbu dvou antihypertenziv z různých lékových skupin, někteří dokonce troj- a více kombinační antihypertenzní léčbu. Kombinační léčbu zahajujeme u pacientů s iniciální hodnotou $TK \geq 160/100$ mm Hg (pásmo středně těžké hypertenze) a u pacientů se subklinickým orgánovým postižením. Kombinační terapii rovněž upřednostňujeme u pacientů, kde potřebujeme dosáhnout cílových hodnot TK okolo 130/80 mm Hg. Doporučení, jak správně volit monoterapii a kombinační léčbu ukazuje schéma na obrázku č. 1. Nejvhodnější jsou kombinace ACEI/ ev. sartanu + diuretika nebo kombinace ACEI/ ev. sartanu s blokátory kalciových kanálů. Pokud je nutná troj-kombinace, má být vždy přítomno diuretikum. Nejracionálnější trojkombinací je kombinace ACEI/ev. sartanu + blokátoru kalciového kanálu + diuretika. Nejstarší kombinace betablokátorů a diuretik se dnes téměř nepoužívají z důvodů podobných nežádoucích metabolických účinků. Vhodnost jednotlivých lékových skupin do kombinační léčby znázorňuje schéma na obrázku č.2. Plnou čarou jsou označeny doporučené kombinace, přerušenou čarou nevhodné kombinace (nižší vzájemný aditivní účinek, násobení nežádoucích metabolických účinků). Jednotlivé molekuly do kombinační léčby volíme z různých lékových skupin. Mají odlišný mechanismus působení, působí synergicky-vzájemně se umocňují a mají podobnou dobu účinku s obvyklým dávkováním 1x denně (do kombinační léčby volíme léky s 24hodinovým účinkem). (Karen, *Acta medicae*, 2017, Souček, 2017, Staněk, 2014, s. 94). V současné době je na trhu mnoho fixních kombinací antihypertenziv.

„Je dokázáno, že kombinace dvou antihypertenziv je pětikrát účinnější pro snížení systolického tlaku než zdvojnásobení dávky“. (Karen, *Acta medicae*, 2017, s.59)

Výhodou kombinační léčby je účinné snížení TK, rychlejší odpověď pacientů na léčbu, nižší výskyt nežádoucích účinků (např. nedostatek kalia při užívání diuretik nebo otoky při léčbě BKK) a vzájemně se doplňující účinky. Lék z určité lékové skupiny může rušit nežádoucí účinek léku použitého v kombinaci. Například výskyt periferních otoků při léčbě BKK je mírnější při současném působení ACEI nebo sartanu. Kombinační léčba hypertenze je kontinuální. Zabraňuje rannímu vzestupu TK (vznik CMP nebo KV příhody je nejčastější v ranních hodinách, proto je žádoucí zabránit rannímu vzestupu TK) a nedochází k výkyvům hodnot TK během dne. Fixní kombinace léků přináší snížení počtu užitých tablet,

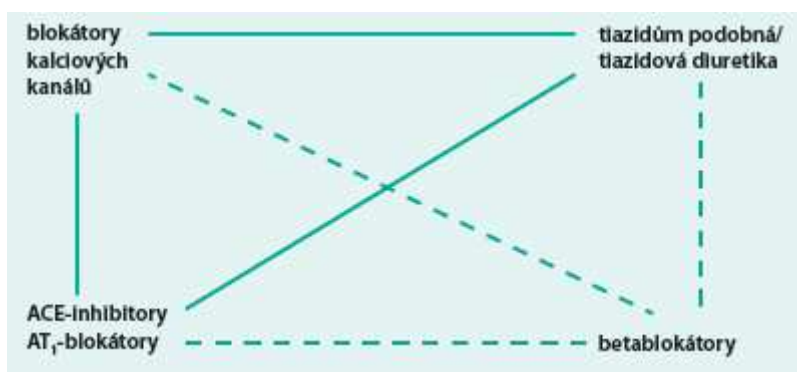
zjednodušené dávkování a tím lepší spolupráci ze strany pacienta. Fixní preparáty jsou ekonomicky výhodnější než předpis jednotlivých volných molekul. Nevýhodou fixní kombinace je, že se jednotlivé účinné látky vázané v kombinaci hůře titrují než jednotlivé volné molekuly. Jedná se o malou nevýhodu, protože v současné době je na trhu velká škála preparátů s možností vybrat určitou sílu jednotlivých složek. Nově se objevují fixní kombinace antihypertenziva a statinu, které umožňují řešení dvou diagnóz jedním krokem. (Karen, *Acta medicae*, 2017, Souček, 2017,)

Obrázek 1 Volba mezi monoterapií a kombinační léčbou



Zdroj: <https://www.google.cz/>

Obrázek 2 Vhodné kombinace antihypertenziv



Zdroj: <https://www.google.cz/>

1.4.4 Adherence k léčbě a možnosti jejího ovlivnění všeobecnou sestrou

Léčbu hypertenze zásadním způsobem ovlivňuje adherence nebo compliance pacienta k léčbě. V běžné praxi se oba termíny používají jako synonyma. Častěji se přikláníme k termínu adherence, který vyjadřuje partnerský, rovnocenný vztah pacienta a lékaře (zdravotníka). Adherence vyjadřuje schopnost a ochotu pacienta dodržovat doporučení zdravotníků a aktivní postoj pacienta při léčbě. Pod pojmem compliance si můžeme představit bezmyšlenkovité dodržování léčebných zásad určených lékařem (zdravotníkem) a podřízený postoj pacienta ve vztahu k lékaři. (Solutio, 2009) Nutno podotknout, že vysoké hodnoty TK nemusí znamenat non-compliance k léčbě. Může se jednat o léčbu, která danému pacientovi nevyhovuje. Chování pacienta můžeme hodnotit nepřímo intuitivně a odhadem pomocí rozhovoru s pacientem. Nepřímým ukazatelem může být rovněž frekvence kontrol u lékaře, předepisování ordinovaných léků a jejich vyzvedávání v lékárnách. Užívané léky může pacientovi předepsat jakýkoli ošetřující lékař (kardiolog, internista) a neexistuje zpětná vazba, zda si pacient léky v lékárně vyzvedl. Počítání tablet je tedy ukazatelem pouze orientačním. Naopak velmi dobře můžeme odhadnout chování pacienta dle hodnocení některých farmakodynamických parametrů (např. hodnocení tepové frekvence při léčbě betablokátory). Velmi účinnou metodou je zhodnocení účinku „přímo observované terapie“. Při ranním kontrolovaném podání běžně užívaných léků ambulantně monitorujeme krevní tlak. Dalším přímým ukazatelem dodržování farmakologické léčby je stanovení antihypertenziv a jejich metabolitů v tělních tekutinách. Vzhledem k ekonomické náročnosti a špatné časové dostupnosti se tato metoda v praxi užívá minimálně. Podmínkou úspěšné adherence pacienta k léčbě je jeho řádné poučení zdravotníkem o nutnosti dodržovat léčebná doporučení a zdůraznění případných komplikací, které mohou nastat při non-adherentním chování. Je dokázáno, že adherence k léčbě klesá s délkou onemocnění. Hypertenze je chronické onemocnění s nutností dlouhodobé (často doživotní) léčby. Je velmi obtížné vysvětlit pacientovi nutnost pravidelného a dlouhodobého užívání léků v čase, kdy nemá žádné obtíže. Je odhadováno, že až 24 % pacientů nezačne předepsanou léčbu užívat vůbec a 50 % pacientů přestane léky užívat po jednom roce. Vynechání dávky nebo krátkodobé přerušení léčby je u hypertoniků velmi časté. Rizikovými pacienty z hlediska adherence jsou mladí muži, pacienti s poruchou kognitivních funkcí, pacienti trpící depresi a pacienti s nízkým socioekonomickým statutem. (Cífková, 2018, Vráblík, 2012) Dokonalá zdravotní péče by měla obsahovat největší procento sebedpěče, následně pak

primární péče a jen malé procento by měla zaujímat specializovaná péče poskytovaná v odborných ambulancích a lůžkových zařízeních. V České republice má sebestpěče velké rezervy. Pacienti jsou zvyklí se častěji a dříve radit s lékařem, než je nutné. Úloha primární péče bývá často pacienty opomíjena a dochází k zneužívání vysoce odborné péče. (Seifert, 2013, s. 132) V oblasti prevence, léčby a edukace u pacientů s arteriální hypertenzí mají sestry nezastupitelnou úlohu. Sestry by měly mít dostatek lékařských poznatků o arteriální hypertenzi a její léčbě k tomu, aby mohly identifikovat potřeby pacientů s touto diagnózou. Cílem je získat pacienty ke spolupráci a dosáhnout toho, aby se výraznou měrou podíleli na prevenci a léčbě. (Sovová, 2008, s.67) Zájem o sebestpěči podporuje zapojení pacienta do rozhodovacího procesu o léčbě, vysvětlení podstaty nemoci a očekávaných výsledků. Základem je hovořit s pacientem o jeho problémech a adherenci k léčbě, usměrňovat jeho názory, musíme zdůraznit rizika hypertenze a užitek z důsledné léčby. Velmi přínosné je zapojení rodiny pacienta do léčby. Doporučujeme domácí měření krevního tlaku. Sledujeme nežádoucí účinky léčby, používáme co nejjednodušší dávkovací schéma, pacienta vybavíme dávkovacím zařízením (pilulkové boxy) a slovní instrukce týkající se léčby doplníme písemnou formou. Léčba musí být pro pacienta ekonomicky přijatelná. Důležitá je aktivita sestry při sledování cílových hodnot TK a v oblasti systematického řízení kontrol. Při zahájení farmakologické terapie a titraci léků jsou doporučovány kontroly v intervalu 2-4 týdny, dále se kontroly provádí v závislosti na tíži hypertenze a na výši kardiovaskulárního rizika v intervalu 3 měsíce. Výjimečně, u kompenzovaných pacientů s arteriální hypertenzí 1.stupně, lze interval prodloužit na 6 měsíců. Jedenkrát ročně je plánovaná kontrola zaměřená na případné postižení cílových orgánů. (Sovová, 2008, s. 66) Důležité je získat pacienta ke spolupráci tím, že si získáme jeho důvěru, správně s ním komunikujeme a vhodně ho motivujeme. V moderní ošetrovatelské péči je kladen zvláštní důraz na komunikaci mezi zdravotníky a pacienty. Samozřejmostí by měl být empatický přístup k pacientovi a respektování jeho osobnosti. Jsme pravidelně školeni v komunikačních dovednostech. Víme jak a chceme správně komunikovat, ale současný systém ošetrovatelské péče je technicky náročný, orientovaný na výkon a ekonomické zájmy a vytlačuje komunikaci na okraj. Často se do pozadí dostává technika naslouchání. Je třeba si uvědomit, že aktuální potřeby pacienta zjistíme pouze tehdy, pokud vyslechneme jeho stesky. Nesprávné je rovněž omezení komunikace na pouhý instrumentální hovor obsahující pouze dotazy a příkazy. Běžnou komunikaci, která je považována za základní slušnost, je třeba obohatit o slovní spojení vyjadřující zájem sestry o pacienta př. „Vítám Vás!“ nebo položit otázku, která se netýká zdravotních potíží apod. (Haškovcová, 2013, s.25-31)

Každá návštěva pacienta v ordinaci je příležitostí ke zdravotní výchově. Velmi účinnou formou jsou tzv. krátké intervence s využitím přirozeného respektu zdravotníka. Cílem je nasměrovat chování pacienta ke zdravému způsobu života za současného zdůraznění benefitů, které změna chování přináší. Je nutné pacientovi vštípit odpovědnost za jeho zdraví. Základem je rozpoznat aktuální nebo hrozící problém a motivovat pacienta ke změně chování. Předpokladem úspěchu je najít vnitřní motivaci člověka k požadované změně. K tomu, aby potřebná změna proběhla, je třeba, aby pacient chtěl a věřil, že změna je možná a že on ji zvládne. Příkladem silné motivace je u věřících pacientů dogma, že zdraví je dar od Boha, a každé rizikové chování vedoucí k jeho poškození je hřích. Další významnou motivací může být ekonomická zainteresovanost na zdraví u pacientů, kteří jsou si vědomi ekonomické vázanosti na zdravotní stav (obava ze ztráty zaměstnání). Silným motivem může být rovněž obava o své zdraví, zhoršující se zdravotní stav nebo snaha dokázat blízkým, že pacient dokáže dodržovat léčebná a režimová opatření. Velmi motivační by bylo zvýhodnění pacientů, kteří pravidelně docházejí na preventivní prohlídky nebo se vyhýbají rizikovému chování. Naopak znevýhodnit pacienty, kteří hazardují se svým zdravím. Bohužel, zdravotní systémy žádné motivační metody nezařazují. (Seifert, 2013, s. 133)

1.4.5 Ošetřovatelská péče a hypertenze

Sestra aktivně vyhledává ošetřovatelské problémy u jednotlivých pacientů, navrhuje cíle, kterých má být dosaženo, a určuje vhodné intervence vedoucí k eliminaci nebo zmírnění těchto problémů. Předpokladem úspěchu je spolupracující pacient.

Ošetřovatelské diagnózy u pacientů s arteriální hypertenzí

V ambulanci praktického lékaře se nejčastěji setkáváme s níže popsányými ošetřovatelskými problémy:

V doméně Podpora zdraví *Neefektivní léčebný režim – 00078*. Chování pacienta je neúčelné, pacient neeliminuje rizikové faktory vedoucí k progresi onemocnění, nedaří se mu dodržovat léčebná a režimová opatření nebo nepovažuje některá opatření za důležitá. Důvody mohou být různé, např. nedůvěra k léčebným opatřením nebo zdravotnickému personálu, složité léčebné schéma, nedostatek znalostí, nevhodné stravovací návyky, ekonomické potíže nebo i prospěch z protražované léčby. Cílem je, aby si pacient uvědomil důvody neefektivní léčby, aktivně se zapojil do řešení problému a včlenil režimová a léčebná opatření do běžného denního života. (Sovová, 2008, s. 69-71)

Ve stejné doméně můžeme u pacienta identifikovat ošetřovatelskou diagnózu *Hledání zdravého životního stylu při hypertenzi – 00084*. Pacient projevuje přání více podporovat své zdraví a usiluje o změnu dosavadního způsobu života ve prospěch svého zdraví. Pro plánování ošetřovatelských intervencí je důležité analyzovat specifické návyky pacienta, hovořit s pacientem o jeho problémech a naslouchat mu. Posoudit znalosti a dovednosti pacienta, určit jeho špatné návyky, vytvořit spolu s pacientem plán činností na zlepšení a upevnění jeho zdraví. Důležité je dávat najevo naše uznání a pochvalu. Pacientovi můžeme doporučit i konkrétní veřejné zdroje (program ke snižování nadváhy, odvykání kouření apod.) (Sovová, 2008, s. 71,72)

U pacientů v ambulantní péči se často setkáváme s ošetřovatelskou diagnózou *Nadměrná výživa -00001* z diagnostické domény Výživa. U pacientů zjistíme tělesnou hmotnost o 20 % vyšší, než je ideální hmotnost, kožní řasu nad tricepsem u mužů více než 15 mm a u žen více než 25 mm. Důvodem bývá energeticky vyšší příjem potravy, než je metabolický požadavek organismu, nebo dysfunkční schéma stravování (příjem potravy není vázaný na

hlad – společenské situace, „zajídání“ úzkosti, soustředění příjmu potravy na konec dne, nevhodná kvalita potravin a nápojů apod.). Důležité je pacientovi objasnit zdravotní i společenské nevýhody nadměrné tělesné hmotnosti s cílem, že pacient přijme změnu příjmu potravy (kvantita i kvalita), zařadí do svého programu přiměřenou pohybovou aktivitu a bude se snažit dosáhnout ideální tělesnou hmotnost. Analyzujeme příčiny zvýšené tělesné hmotnosti a podle toho zaměříme sesterské intervence. Posoudíme každodenní pohybové aktivity, frekvenci a druh pohybu, doporučíme vhodný druh fyzické zátěže a pacienta pobízíme k pravidelnému cvičení. Vypočítáme celodenní energetický příjem s ohledem na fyzickou aktivitu, ve spolupráci s dietologem sestavíme individuální jídelníček, zdůrazníme pravidelnost stravování a dostatečného příjmu tekutin. Doporučíme pravidelné vážení se záznamem hodnot. Důležité je klást rozumné cíle při redukci tělesné hmotnosti. Vhodné jsou podpůrné skupiny pacientů se stejným problémem. (Sovová, 2008, s. 72, 73)

Pacienti s arteriální hypertenzí často nenaplňují režimová opatření ve smyslu pohybové aktivity. V diagnostické doméně Aktivita, odpočinek můžeme určit ošetrovatelskou diagnózu *Zhoršená pohyblivost -00085* Důvodem zhoršené pohyblivosti bývá nejčastěji onemocnění pohybového aparátu, bolest, kognitivní postižení, špatná tolerance aktivity, snížení síly a vytrvalosti, depresivní ladění, pohybem navozená dušnost, léky ovlivňující pohyb, nadváha apod. Často se také jedná o prostou nechuť pohybovat se, nevyužívání pohybových aktivit a sedavý životní styl. Cílem je, aby pacient pochopil, že fyzická aktivita je důležitou součástí léčby arteriální hypertenze, změnil svůj životní styl a do svého plánu zařadil přiměřenou pohybovou aktivitu s ohledem na celkový zdravotní stav. Při plánování ošetrovatelských činností vycházíme z analýzy příčin omezeného pohybu pacienta, navrhujeme pacientovi plán pohybové aktivity, motivujeme pacienta k plnění pohybového plánu, eventuelně dle aktuálního stavu můžeme kontaktovat fyzioterapeuta. (Sovová, 2008, s.75-77)

V doméně Vnímání, poznávání identifikujeme ošetrovatelskou diagnózu *Deficitní znalost onemocnění hypertenze, léčebného režimu a možných komplikací – 00126* projevující se například tím, že pacient verbalizuje nedostatečné znalosti, při přezkoušení v psychomotorické oblasti nepřesně vykonává činnosti (selfmonitoring TK), nedostatečně si vybavuje získané informace, zapomíná, sdělené informace nebo instrukce si mylně vysvětluje a není obeznámen se zdroji informací (brožury, edukační letáčky, elektronické zdroje apod.). Příčinou deficitu informací může být i nezáměr pacienta učit se nové věci

a neochota spolupracovat. Cílem je získat zájem pacienta, aby pochopil svůj stav, provedl potřebné změny ve svém životním stylu, správně vykonával potřebné postupy a motivovat ho k aktivní účasti na léčbě. Hlavní ošetrovatelskou činností při deficitu informací je edukace. Důležité je použít vhodné edukační metody a materiály, pacienta motivovat ke spolupráci, nekritizovat a zvážit edukaci rodinných příslušníků. Přínosné by mohlo být zapojení pacienta do skupiny lidí s podobnými problémy za účelem výměny informací a získání psychické podpory. Neméně důležité je doporučení domácí monitorace krevního tlaku a u pacientů, kteří si již TK doma měří, nácvik a kontrola správného postupu měření TK. (Sovová, 2008, s. 83, 84)

2 MĚŘENÍ KREVNÍHO TLAKU

Měření krevního tlaku je jedním z nejčastěji prováděných vyšetření v ambulanci praktického lékaře. Měření je prováděno z důvodu screeningu a stanovení diagnózy nebo pro kontrolu léčby arteriální hypertenze. Pro stanovení správné diagnózy a nastavení správné léčby arteriální hypertenze má zásadní význam zjištění přesné hodnoty krevního tlaku. S ohledem na proměnlivost krevního tlaku je třeba ke stanovení diagnózy opakované zjištění vyšších hodnot krevního tlaku měřených při nejméně dvou různých příležitostech. (Cífková, 2016)

2.1 Správná technika měření krevního tlaku

Přestože jsou zásady pro správné měření prosté, často nejsou zachovávány. Za validní je považována hodnota krevního tlaku získaná jako aritmetický průměr 2. a 3. hodnoty z celkového počtu 3 měření, přičemž jednotlivá měření jsou prováděna v intervalu 1-2 minuty. Pokud se jedná o první kontakt s pacientem, provádíme měření na obou pažích. Každé další měření je vždy prováděno na paži, na které byla prvotně naměřena vyšší hodnota krevního tlaku. Měření neprovádíme na končetině s částečnou či úplnou parézou, na končetině po úrazu a na končetině s arteriovenózní spojkou u pacientů zařazených do dialyzačního programu. U žen po mastektomii provádíme měření na opačné paži, než byla provedena mastektomie. Paže nesmí být zaškrncena těsným rukávem. Při měření auskultační metodou nafukujeme manžetu o 30 mm Hg více, než je předpokládaný systolický tlak, vypouštíme rychlostí 2-3 mm Hg/s a měříme s přesností na 2 mm Hg. Pro správné měření krevního tlaku je důležité použití správného přístroje s vhodně zvolenou manžetou (příloha 4) V každé ambulanci by měla být k dispozici stehenní manžeta, přestože se měření krevního tlaku na dolních končetinách provádí ojediněle. Stehenní manžetu můžeme použít i na paži u příliš obézních pacientů, kde široká manžeta nestačí. Hodnoty krevního tlaku ovlivňuje pozice a poloha pacienta při měření. Krevní tlak obvykle měříme vsedě, horní končetinu má pacient volně položenou na podložce s dlaní obrácenou vzhůru. Paže s manžetou je na úrovni srdce. Pacient sedí rovně, s opřenými zády a nekříží nohy. Pacienta před měřením usadíme do klidné místnosti s příjemnou teplotou. Zajistíme psychickou i fyzickou pohodu. Tlak měříme po 5-10 minutách zklidnění. Pacient při měření tlaku nemluví. Alespoň 30 min. před

vyšetřením se nedoporučuje pít kávu, energetické nápoje a alkohol, protože způsobují krátkodobý vzestup krevního tlaku. (Chrastina, 2015, Vytejková, 2013, Česká společnost pro hypertenzi, 2016)

Při interpretaci zjištěných hodnot je třeba brát v úvahu cirkadiánní kolísání krevního tlaku. Nejvyšší hodnoty TK měříme po probuzení a zahájení běžných denních aktivit s vrcholem v dopoledních hodinách (nejčastěji okolo 9.00 hodiny), po obědě dochází k přibližně dvouhodinovému poklesu TK, který souvisí s trávením. TK dosahuje sekundárního vrcholu zpravidla mezi 16.00-19.00 hodinou. Nejnižších hodnot dosahuje TK mezi půlnocí a třetí hodinou ranní. K přirozenému vzestupu TK dochází v souvislosti s probouzením a se změnou hormonální aktivity. 4-6 hodin po probuzení hodnoty TK stoupají (3 mm Hg TKs a 2 mm Hg TKd za hodinu). Je statisticky prokázáno, že většina mozkových a srdečních příhod se vyskytuje v časných ranních hodinách. Celodenní rytmus TK u pacientů s esenciální hypertenzí probíhá totožně jako u zdravých jedinců, ale hodnoty TK jsou stejnoměrně vyšší. Kolísání krevního tlaku během dle je dáno geneticky každému jedinci bez ohledu na zátěž a výše výsledné hodnoty závisí na současné fyzické a psychické zátěži. V souvislosti se sedmidenním monitorováním TK je statisticky popsána proměnlivost TK s vrcholem v pondělí. Hodnoty TK jsou ovlivňovány kromě cirkadiánního kolísání zejména polohou těla, druhem a intenzitou fyzické a psychické zátěže a další zátěží (příjem potravy, užití léků, tepelná zátěž, hluk apod.) *„Při používání fixních hranic pro diagnostiku hypertenze dle současných platných guidelines je vzhledem k velké cirkadiánní variabilitě krevního tlaku především u hraničních hodnot TK nebezpečí chybné diagnostiky.“* (Homolka, 2010, s.61-68)

2.2 Metrologie

Pravidelné metrologické kontroly tonometrů jsou předepsány zákonem č.505/1990 Sb., o metrologii, v platném znění. Postup při ověřování měřidel a frekvence kontrol zaměřených na technický stav měřidla a na přesnost měření je dána vyhláškou ministerstva průmyslu a obchodu č. 345/2002. Kontrolu tonometrů provádí Český metrologický institut (ČMI) a autorizovaná metrologická střediska (AMS). „*Ověřené stanovené měřidlo opatří Český metrologický institut nebo autorizované metrologické středisko úřední značkou nebo vydá ověřovací list anebo použije obou těchto způsobů. Grafickou podobu úřední značky a náležitosti ověřovacího listu stanoví ministerstvo vyhláškou.*“ Organizace oprávněné k výkonům v oblasti státní metrologie určuje Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví. Ten také rozhoduje o opravných prostředcích proti rozhodnutí ČMI a o pokutách za porušení předpisů v metrologii. Pravidelnou předepsanou kontrolou tonometrů je zajištěná zákonná povinnost a je zaručeno, že měřené hodnoty krevního tlaku jsou při dodržení zásad správného měření TK přesné a mají správnou diagnostickou hodnotu. (zákony pro lidi.cz, zákon č.505/1990, vyhláška č. 345/2002, Fabián, 2015)

2.3 Domácí měření krevního tlaku (selfmonitoring)

Měření krevního tlaku v domácím prostředí by mělo mít primární úlohu v diagnostice, ve sledování a úpravě léčby. V žádném případě se nejedná pouze o screeningový nástroj, který by vyžadoval potvrzení ambulantním měřením. Řada studií prokázala prospěšnost domácího měření krevního tlaku. Výsledky jsou srovnatelné s výsledky 24hodinového ambulantního monitorování a mají lepší předpovědní hodnotu preklinických poškození cílových orgánů a kardiovaskulárních příhod než klinické hodnoty. Selfmonitoring zlepšuje dodržování farmakologické léčby a režimových opatření. (Stergiou, 2014) Prostřednictvím domácího měření krevního tlaku můžeme pacienta do léčby nemoci aktivně zapojit a motivovat ho. Jedná se o metodu, kterou můžeme doporučit většině pacientů s výjimkou úzkostných a neurotických osob. V tomto případě by domácí měření mohlo být příčinou nadbytečných a neopodstatněných návštěv u lékaře, mohlo by dojít k nadužívání zdravotní péče a ke zhoršení psychického stavu nemocných. Výhodou selfmonitoringu je možnost měření krevního tlaku kdykoli během dne a ve známém domácím prostředí. Díky více měření,

v různém denním čase získáme možnost lépe titrovat zavedenou léčbu. Pacienti si měří tlak za klidových podmínek, tudíž nemáme přehled o tom, jak reagují z hlediska tlaku na zátěž. Běžnými přístroji na měření TK nelze hodnotit noční hodnoty. Nevýhodou se může zdát i poměrně vysoká pořizovací cena. Další provoz přístroje je levný a využít ho mohou i ostatní rodinní příslušníci. Při zavedení domácího měření krevního tlaku je velmi důležitá edukace. Edukace by měla zahrnovat pomoc a odbornou radu při výběru tonometru a vhodné manžety. Preferujeme tonometr s manžetou na paži. Vhodné jsou přístroje automatické s jednoduchou obsluhou. Při výběru tonometru je třeba zohlednit kognitivní a psychomotorickou úroveň pacienta. Pacientovi je třeba vysvětlit správnou techniku a frekvenci domácího měření krevního tlaku. Zcela na místě je i praktická ukázka a nácvik správné techniky měření krevního tlaku vlastním tonometrem. Dle doporučených postupů pro diagnostiku a léčbu hypertenze je vhodné měřit krevní tlak pouze 3-7 dnů před plánovanou návštěvou lékaře, vždy 2krát po sobě s 1- 2minutovou pauzou, v ranních a večerních hodinách před užitím antihypertenzíva a před jídlem. Za validní ukazatel kontroly hypertenze považujeme průměr všech naměřených hodnot s vyloučením měření z prvního dne cyklu. Je statisticky dokázáno, že hodnoty z prvního dne měření bývají vyšší. Pacient si o naměřených hodnotách dle instrukce sestry vede záznam. Návodem může být ukázková tabulka viz příloha 5. Jako normální hodnotíme krevní tlak nižší než 135/85 mm Hg. Epizodické měření krevního tlaku nemá žádnou výpovědní hodnotu. Doporučujeme ho pouze, pokud má pacient potíže, které by mohly souviset se změnou TK. (Petrák, 2013, Stergiou, 2018)

2.4 Ambulantní monitorace krevního tlaku

Ambulantní monitorování krevního tlaku (AMTK, ev. ABPM) je velmi spolehlivá a objektivní metoda v diagnostice a kontrole léčby hypertenze. Pomocí AMTK získáme za určitý čas dostatečné množství hodnot TK a přehled o proměnlivosti TK během předem určeného časového úseku. Většinou se jedná o sledování krevního tlaku v průběhu 24 hodin, při normálním denním režimu pacienta. Současné moderní přístroje umožňují získání dat až z týdenního měření. Manžeta se upevňuje na nedominantní končetinu, přístroj je umístěn v pouzdře za opaskem nebo na trupu. Frekvenci měření nastavuje lékař. Většinou se měření provádí 2 -4krát za hodinu v intervalu 15-30 minut v denní době a 1- 2krát za hodinu v intervalu 30-60 minut v noční době. Vyšetřovaný si vede záznam o denních aktivitách, o eventuálních subjektivních potížích, o užití léků apod. Jednotlivé situace jsou zohledněny při interpretaci výsledků. Ambulantní monitorace může být některými pacienty hodnocena negativně. Může vyšetřované limitovat v některých aktivitách, nafukování manžety může rušit spánek apod. Vyšetření se provádí z důvodu diagnostických při proměnlivosti hodnot krevního tlaku, při rozdílnosti hodnot krevního tlaku naměřeného v domácím prostředí a ve zdravotnickém zařízení, k vyloučení syndromu bílého pláště a maskované hypertenze, při hypertenzi v těhotenství, při paroxysmální hypertenzi, rezistentní hypertenzi., při hypotenzi a synkopě. Dále se provádí z důvodů terapeutických při nastavení léčby a hodnocení efektivity léčby a z důvodu prognostických z hlediska vývoje nemoci a případných komplikací. Cílem je předejít chybnému diagnostickému závěru ve smyslu falešné positivity nebo falešné negativity při kauzálně měřených hodnotách TK, zvláště při opakujících se hraničně zvýšených hodnotách TK. AMTK získáme řadu údajů, např.: maximální a minimální hodnoty, průměrné hodnoty za nastavené časové úseky, průměrné hodinové hodnoty, odhalení „syndromu bílého pláště“, apod. Všechny přístroje měří také tepovou frekvenci. Za normální je považován průměrný 24hodinový krevní tlak menší než 130/80 mm Hg, průměrný krevní tlak přes den menší než 135/85 mm Hg a průměrný krevní tlak v noci menší než 120/70 mm Hg. Při interpretaci výsledků je třeba myslet i na to, že výsledné hodnoty TK mohou být u některých pacientů nepřesné vzhledem k vyšším hodnotám TK v prvních hodinách měření vlivem stresové reakce na měřicí přístroj. (Homolka, 2010, s.37-41, s. 139, s. 151)

2.5 Invazivní měření krevního tlaku

Invazivní měření krevního tlaku není předmětem ambulantní praxe. Tato podkapitola byla zařazena do diplomové práce z důvodu ucelení kapitoly „Měření krevního tlaku“. Invazivní měření TK je velmi důležitá monitorovací technika v intenzivní péči. Sledovat můžeme systémový arteriální tlak. Sledování je indikováno u hemodynamicky nestabilních pacientů, většinou kriticky nemocných s rozvojem multiorgánového selhání. Význam spočívá v získání přesných hodnot TK za pomoci přístrojové techniky a možnosti sledovat hodnoty TK nepřetržitě. Naměřené hodnoty TK ukazují odpověď pacienta na léčbu a nutnost dalších intervencí zdravotnického personálu. K měření je nutná kanylace arterie, nejčastěji a. radialis nebo a. femoralis ev. a. ulnaris nebo a. brachialis. Měření probíhá na principu „katétr-snímač“, kdy elektronický snímač reaguje na změny tlaku v cévě. Elektronický signál je za pomoci potřebné kabeláže převeden na monitor. Normální hodnota středního arteriálního tlaku je 85-95 mm Hg. Invazivní metodou můžeme měřit i centrální žilní tlak (CVT). Jedná se o tlak měřený v horní duté žíle, který orientačně vypovídá o funkci pravé komory srdeční a o náplni cévního řečiště. Podmínkou měření je zavedení centrálního žilního katétru, nejčastěji do v. jugularis interna nebo v. subclavia, ev. v. femoralis. CVT můžeme měřit kontinuálně nebo přerušovaně v různě dlouhém časovém intervalu metodou „katétr-snímač“ stejně jako u invazivního měření arteriálního tlaku (systém je trvale napojen na jednu větev centrálního žilního katétru) nebo metodou pomocí vodního sloupce. Normální hodnota CVT je 4-6 mm Hg (5-8 cm vodního sloupce) (Masaryk University [cz], Vytejšková et al., 2013)

3 DISPENZÁRNÍ PÉČE

Dispenzarizace znamená aktivní preventivní vyhledávání, sledování a léčení osob s chronickým onemocněním nebo rizikovým znakem po celou dobu trvání nemoci, popřípadě do jejího úplného vyléčení. Cílem dispenzarizace je předcházet komplikacím, které souvisejí s daným chronickým onemocněním. V případě, že již zmiňované komplikace nastaly, je nutné jejich řešení v počátečním stádiu.

3.1 Legislativa

Právní normy, které poskytování dispenzární péče upravují jsou:

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

§ 5 odst. 2, písm. c): *„Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou...c) dispenzární péče, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci,“*

§ 3 odst. 2: *„Ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem se rozumí zdravotnický pracovník, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb.“*

Dle § 45 odst. 2, písm. f), písm. g) je specializovaný lékař povinen předat informace o poskytované péči registrujícímu praktickému lékaři pro dospělé nebo praktickému lékaři pro děti a dorost. Zároveň je povinen předat potřebné informace dalším poskytovatelům zdravotních či sociálních služeb z důvodu návaznosti péče o pacienta. V případě, že registrující lékař není schopen, v rámci svých kompetencí a možností, poskytnout pacientovi náležitou zdravotní péči s ohledem na jeho zdravotní stav, je povinen dle § 47 odst. 5 předat pacienta do péče specialistovi v daném oboru.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

§ 31 odst. 2: *„pojištěnce do dispenzární péče zařazuje podle odborných kritérií jeho registrující lékař, který odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzární péče. Pojištěnec může být dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře.“*

Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispenzární péči

§1 *„Dispenzární prohlídky provádějí poskytovatelé zdravotních služeb (dále jen 'poskytovatel') v takovém časovém rozmezí, které vyžaduje zdravotní stav pacienta, nejméně však jedenkrát ročně.“*

V příloze vyhlášky je výčet diagnóz, u nichž má být dispenzární péče poskytována. Z praktických důvodů není určena odbornost lékaře, který má dispenzární péči poskytovat. K jedné dispenzarizační diagnóze se může vztahovat současné postižení více orgánů a také záleží na stupni zdravotního postižení. Současně je zachována svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení. Výjimku tvoří nemoci, které podléhají zvláštním právním předpisům, nebo jsou odlišné povahou (nemoci z oboru psychiatrie, onkologie, pracovního lékařství, dermatovenerologie apod.). U některých diagnóz je samozřejmostí dispenzarizace specialistou na danou problematiku (př. glaukom, epilepsie). Praktický lékař může odborného lékaře požádat o konziliární vyšetření nebo o převzetí pacienta do péče. Je povinen odbornému lékaři poskytnout veškeré informace týkající se zdravotního stavu pacienta, včetně výsledků provedených vyšetření a informací o dosavadní léčbě. Odborný lékař podá registrujícímu lékaři informaci o převzetí či odmítnutí dispenzární péče. Lékař v oboru praktické medicíny a lékař specialista v daném oboru se mezi sebou na péči domluví. Je nutné, aby byla dodržena podmínka, že pacient je dispenzarizován pro jednu diagnózu pouze u jednoho ošetřujícího lékaře. Dispenzarizující lékař provádí veškeré úkony související s nemocí, pro kterou je pacient dispenzarizován Předepisuje léky týkající se léčby daného onemocnění, vede případnou pracovní neschopnost, zajišťuje přepravu do zdravotnického zařízení, indikuje doplňující vyšetření apod. Veškeré lékařské zprávy a nálezy odborných lékařů by měly být součástí zdravotní dokumentace vedené praktickým lékařem. (Uhrová, 2015, Ministerstvo zdravotnictví ČR, ePravo.cz)

3.2 Organizace péče o pacienty s arteriální hypertenzí

Hypertonici tvoří největší skupinu pacientů dispenzarizovaných praktickými lékaři. Management péče, která je poskytována pacientům s arteriální hypertenzí, je nutno spojit s vyčíslením celkového KV rizika. (Bultas, 2010). Odbornou péči o pacienty s arteriální hypertenzí zajišťují, podle převládající problematiky, specialisté v oboru interna, kardiologie, nefrologie nebo endokrinologie. Dispenzární prohlídka se vykazuje kódem ze sazebníku výkonů 09532. Vzhledem k velmi malé bodové hodnotě se jedná spíše o kód signalizační, který umožňuje přehled o poskytované péči. Péče o nemocné s hypertenzí musí být organizovaná a systematická. V rámci dispenzární péče vedené PL zveme pacienty na kontrolní vyšetření každé 3 měsíce. Při kontrole lékař posuzuje naměřené hodnoty TK, hodnoty tepové frekvence, celkový zdravotní stav a účinnost léčby. V některých případech, zejména u pacientů s nestabilními hodnotami TK a u pacientů na začátku léčby nebo při změně léčby, volíme kratší interval mezi návštěvami u lékaře (2-4 týdny). Ve výjimečných případech, u kompenzovaných pacientů s nízkým KV rizikem, můžeme prodloužit interval mezi návštěvami u lékaře až na 6 měsíců. Pacienty s multiorgánovým postižením, pacienty s podezřením na sekundární hypertenzi, pacienty, u kterých se nedaří dosáhnout cílových hodnot TK ani kombinační medikamentózní léčbou déle než 6 měsíců a gravidní ženy s arteriální hypertenzí předává PL do péče specialistovi v daném oboru, nejlépe do Centra pro hypertenzi. Centra pro hypertenzi jsou pracoviště akreditovaná ESH a jejich seznam je součástí Doporučených postupů pro PL. Dále je nutné, u pacientů s arteriální hypertenzí při vstupní dispenzární prohlídce a dále v intervalu 1x ročně, provést metodikou daná vyšetření. Jedná se pečlivé odebrání anamnézy, fyzikální vyšetření, včetně palpce periferních tepen, hodnota TK (při prvním vyšetření na obou pažích), EKG, laboratorní vyšetření v rozsahu ionty (natrium, chloridy), kreatinin, kyselina močová v séru, glykémie na lačno, lipidové spektrum (celkový cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglyceridy), vyšetření moče chemicky a močového sedimentu, krevní obraz a odhad glomerulární filtrace dle rovnice MDRD. Vyšetření albuminurie je nutné u pacientů s AH a diabetes mellitus, u gravidních patientek léčených s AH, u pacientů s AH mladších 30 let, u nemocných s orgánovým postižením a u pacientů s rezistentní hypertenzí. U všech ostatních pacientů s AH je toto vyšetření vhodné a je na zvážení lékaře, zda bude indikováno. Velmi přínosné je pacientům doporučovat domácí měření TK. Pokud je pacient řádně edukován, získáme spolehlivou a pravidelnou kontrolu nad léčbou a posílujeme aktivní roli pacienta při léčbě. Dále jsou v Doporučených postupech pro VPL definována konziliární vyšetření, která jsou

vhodná pro některé pacienty s AH. U vybraných pacientů si může VPL vyžádat u odborníka v daném oboru 24hodinovou monitoraci TK. Od 1.ledna 2014 došlo k rozšíření kompetencí PL o možnost provádět AMTK. V případě potřebného technického vybavení může provádět toto vyšetření i sám PL jako nadstandardní službu pro své registrované pacienty zařazené do dispenzární péče pro diagnózu arteriální hypertenze. Vykazuje se kódem 17129 spolu s kódem 09532 a povolená četnost tohoto vyšetření u jednoho pacienta je maximálně 2x ročně. (Herber, 2014) Dále PL může požádat o sonografické vyšetření ledvin a karotid, vyšetření očního pozadí, v případě hraniční hodnoty glykémie na lačno o-GTT a echokardiografické vyšetření. ECHO by zcela určitě bylo přínosné pro všechny pacienty s AH z důvodu, že spolehlivě odhalí případnou hypertrofii levé komory srdeční. To ovšem z finančních důvodů není možné. Vyšetření se provádí přednostně u pacientů s těžší formou hypertenze, u pacientů, kteří obtížně reagují na medikamentózní léčbu, u nemocných s dušností, u pacientů s AH v kombinaci s ischemickou chorobou srdeční nebo pokud u pacienta zjistíme na EKG změny související s hypertrofií LKS. U této skupiny pacientů vyšetření opakujeme vždy v intervalu 1x za 2 roky, ev. častěji dle zdravotního stavu pacienta. Významnou součástí péče o pacienta s arteriální hypertenzí je edukace (Karen, 2014, *Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné lékaře. Arteriální hypertenze*)

3.3 Edukace

Informovaný pacient lépe spolupracuje s lékařem nebo sestrou a většinou bývá lépe kompenzován. Edukaci je možné realizovat individuálně nebo v malých skupinách, přínosná je i edukace rodinných příslušníků. Edukace neznamená pouze sdělit pacientovi základní fakta, ale je důležité ponechat prostor pro otázky a praktický nácvik. Je třeba volit takové výrazy, aby nám pacient porozuměl a pochopil obsah sdělení.

Struktura ukázkové edukace:

Organizace výuky: časová dotace 60 min., individuální přístup nebo edukace malé skupiny pacientů se společnou diagnózou arteriální hypertenze, klidná místnost

Pomůcky: obrázky srdce a cév, tonometr, pro pacienta edukační materiály, psací potřeby a poznámkový blok

Cíle edukace:

Kognitivní a afektivní:

pacient/rodina umí objasnit základní pojmy týkající se hypertenze

pacient/rodina vysvětlí základní komplikace hypertenze

pacient/rodina zná základní cíle léčby hypertenze

pacient/rodina vyjmenuje základní režimová opatření při léčbě hypertenze

pacient/rodina umí vyjmenovat užívané léky a zná jejich nežádoucí účinky

pacient/rodina zná cílové hodnoty rizikových faktorů

pacient/rodina zná tým zdravotníků, se kterým na léčbě spolupracuje

pacient/rodina chápe nutnost dodržovat léčebné postupy

Psychomotorické:

pacient/rodina předvede správné změření TK

pacient/rodina umí správně vybrat vhodný tonometr

pacient/rodina ví, jak správně reagovat při zjištění patologické hodnoty TK (Sovová, 2008, s. 89, 90)

4 CÍLE A OČEKÁVANÉ VÝSLEDKY

Hlavní cílem výzkumu je zjistit, jakým způsobem můžeme zlepšit adherenci pacientů s arteriální hypertenzí k léčebným doporučením. Výstupem diplomové práce bude vytvoření standardu poskytování dispenzární péče pacientům s arteriální hypertenzí v ambulanci praktického lékaře

4.1 Formulace problému

Arteriální hypertenze je vzhledem k vysoké prevalenci v dospělé populaci (v průmyslově vyspělých zemích 20 % - 50 %) závažným zdravotním i ekonomickým problémem. (Homolka, 2010) Neléčená hypertenze je významným rizikovým faktorem vzniku cévních mozkových příhod, ischemické choroby srdeční, ischemické choroby dolních končetin i selhání ledvin. Důležitá je včasná diagnostika, důsledná léčba, aktivní přístup ze strany pacienta a jeho spoluúčast na léčbě. Důvodem nekontrolované hypertenze bývá často nespolupráce ze strany pacienta. (Chrastina, 2015)

4.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, jaké faktory z pohledu pacienta mohou pozitivně ovlivnit adherenci k léčbě.
2. Zjistit, jaké faktory z pohledu sestry mohou pozitivně ovlivnit adherenci k léčbě.
3. Porovnat, jak hodnotí motivační faktory pacientů ke spoluúčasti na léčbě sestra a jak je hodnotí pacient.
4. Zjistit, zda jsou sesterské intervence na podporu adherence pacientů k léčbě arteriální hypertenze prováděny v dostatečné míře.
5. Zjistit, zda existují při poskytování dispenzární péče hypertonikům okolnosti, které tlumí aktivní přístup sester.

4.3 Operacionalizace pojmů a stanovení hypotéz

Motivace – motivaci lze pochopit jako celek složený z jednotlivých prvků (motivů). Motivace je hybná síla vedoucí k určitému chování nebo jednání na základě osobní příčiny (motivů).

Adherence k léčbě vyjadřuje schopnost a ochotu pacienta dodržovat doporučení zdravotníků a aktivní postoj pacienta při léčbě. Vyjadřuje partnerský, rovnocenný vztah pacienta a lékaře (zdravotníka).

Aktivní přístup sestry v kontextu této práce znamená posilování aktivní role pacienta při léčbě arteriální hypertenze, aktivní vyhledávání pacientů s nárokem na dispenzární prohlídku, vyhledávání vhodných příležitostí k edukaci pacientů a dodržování zásad správného měření TK

Hypotézy

Hypotéza 1

H₀ Názory pacientů a sester na motivaci pacientů k dodržování léčby arteriální hypertenze se shodují.

H_A Názory pacientů a sester na motivaci pacientů k dodržování léčby arteriální hypertenze se neshodují.

Hypotéza 2

H₀ Pacienti a sestry se shodují na důležitosti režimových a léčebných opatření z hlediska léčby arteriální hypertenze.

H_A Pacienti a sestry se neshodují na důležitosti režimových a léčebných opatření z hlediska léčby arteriální hypertenze.

5 METODIKA VÝZKUMU

5.1 Charakteristika souboru

První soubor tvořili pacienti registrováni ve vybraných pobočkách týmové praxe praktických lékařů Moje ambulance a.s. Podmínkou zařazení do souboru byla dispenzarizace pro diagnózu arteriální hypertenze v ambulanci praktického lékaře Moje ambulance a.s. a možnost elektronické komunikace. Druhý soubor tvořili všeobecné (praktické) sestry pracující v týmové praxi praktických lékařů Moje ambulance a.s.

5.2 Metoda sběru dat

K získání požadovaných dat od pacientů i sester jsme zvolili kvantitativní metodu výzkumného šetření za použití strukturovaného dotazníku. Většina položek v dotazníku je sestavena za použití Likertovy škály, což respondentovi umožňuje vyjádřit nejen postoj, ale i míru souhlasu či nesouhlasu. Dotazník pro pacienty obsahuje 19 otázek. Otázka č. 1, č. 2 a č. 3 slouží k charakteristice souboru, otázka č. 4-9 se týká režimových a léčebných opatření ve smyslu motivace k léčbě a důležitosti jednotlivých opatření z pohledu pacienta. Cílem těchto otázek bylo zjistit, v jaké oblasti jsou žádoucí sesterské intervence. Otázkou č. 10 se snažíme zjistit míru spoluúčasti pacienta na léčbě, otázka č. 11-14 řeší měření TK v ambulanci (způsob, frekvenci a postoj pacienta). Předmětem otázky č. 15-19 je edukace pacienta s arteriální hypertenzí sestrou (současný stav a přání pacientů do budoucna). Dotazník pro sestry obsahuje 18 položek. Otázka č. 1 a č. 2 slouží k charakteristice souboru. Otázka č. 3-6 se týká, stejně jako u pacientů, režimových a léčebných opatření ve smyslu motivace k léčbě a důležitosti jednotlivých opatření. Otázky jsou formulovány tak, abychom mohli výsledky šetření porovnat s názory pacientů. Záměrem otázky č. 7-9 bylo zjistit názor sester na míru spoluúčasti pacienta na léčbě a jejich aktivitu v definovaných oblastech. Otázkou č. 10 jsme se snažili zjistit, zda sestry dodržují zásady správného měření TK. Otázka č. 11-13 a č. 15 nám má odpovědět na to, zda existují při poskytování dispenzární péče hypertonikům faktory, které ovlivňují aktivitu sester. Otázky č. 14 a č. 17-18 jsou zaměřeny na edukaci pacienta sestrou. Na závěr sesterského dotazníku je zařazena otevřená položka, kde sestry mohly vyjádřit svůj názor k danému tématu.

5.3 Organizace výzkumu

K ověření funkčnosti dotazníku jsme provedli pilotní studii. Pilotní studie se zúčastnilo 5 sester a 10 vybraných pacientů z plzeňské pobočky. Pacientům i sestřám byly rozdány dotazníky v tištěné podobě přímo v ambulanci praktického lékaře. Pilotní studie proběhla v termínu 10. 12. 2018 do 14. 12. 2018. Výsledná data byla zahrnuta do celkového výzkumu. Sesterské dotazníky mohly být zahrnuty do celkového výzkumu bez výhrad, 4 dotazníky vyplněné pacienty musely být z výzkumu vyloučeny pro neúplné údaje. Zjištěné chyby jsme využili při tvorbě elektronické podoby dotazníku, kdy jsme označili jednotlivé položky v dotazníku jako povinné. Distribuce dotazníku určeného pro pacienty proběhla formou emailingu ve třech etapách. 20. 12. 2018 byl dotazník odeslán vybraným pacientům z 5 poboček týmové praxe praktických lékařů Moje ambulance a.s. (Plzeň, Karlovy Vary, Mladá Boleslav, Liberec a Ústí nad Labem). Jednalo se o všechny pacienty z výše uvedených poboček společnosti Moje ambulance a.s. dispenzarizované pro diagnózu arteriální hypertenze, kteří uvedli svoji emailovou adresu. Vzhledem k průběžné nízké návratnosti jsme odeslali postupně 4. 1. 2019 a 10. 1. 2019 další dotazníky pacientům z poboček Ostrava – centrum a Havířov. Celkem jsme odeslali 2283 dotazníků určených pro pacienty. Dotazníky určené všeobecným (praktickým) sestřám pracujícím ve 25 pobočkách společnosti Moje ambulance a.s. v různých městech ČR byly distribuovány s prosbou o vyplnění na recepční emaily jednotlivých ambulančí a o pomoc při distribuci dotazníků byly požádány i vedoucí sestry jednotlivých poboček. Výzkumné šetření bylo ukončeno 31. 1. 2019. Elektronický dotazník byl zpracován pomocí nástrojů Google. Odpovědi respondentů byly automaticky zaznamenávány do tabulky.

ANALÝZA VÝZKUMU

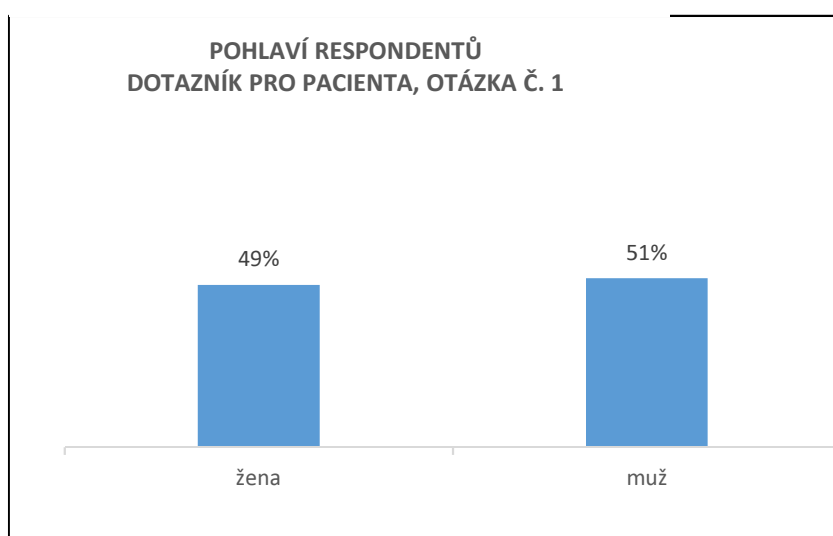
Dotazníkovým šetřením prováděným u pacientů týmové praxe praktických lékařů Moje ambulance a.s. v 7 vybraných pobočkách a u sester pracujících v této společnosti jsme zjišťovali, jakým způsobem můžeme zlepšit adherenci pacientů s arteriální hypertenzí k léčebným doporučením. Dotazníkové šetření probíhalo od 20. 12. 2018 do 31. 1. 2019. Celkem bylo rozesláno 2283 dotazníků určených pro pacienty. Od pacientů jsme získali 462 dotazníků v elektronické podobě. Výsledná návratnost (20 %) byla v rozporu s návratností na počátku výzkumu překvapivě vysoká. Do celkového výzkumu bylo zahrnuto i 6 dotazníků od pacientů z pilotní studie. Z celkového počtu 113 všeobecných (praktických) sester pracujících ve společnosti Moje ambulance a.s. se dotazníkového šetření zúčastnilo 61 (54 %) sester, z toho 56 sester vyplnilo dotazník v elektronické podobě. 5 dotazníků bylo vyplněno v rámci pilotní studie. Díky úpravám, které vyplynuly z pilotní studie, byly správně vyplněné a použitelné všechny elektronické dotazníky. Statistické vyhodnocení probíhalo za použití 468 patientských a 61 sesterských dotazníků. Vzhledem k různému počtu respondentů z řad pacientů a z řad sester by výsledky v absolutních hodnotách nebyly porovnatelné. Z tohoto důvodu byly výsledky v absolutních hodnotách transformovány na procenta. Výsledné hodnoty byly zaokrouhleny na celá čísla dle platných matematických pravidel. Pro vzájemné porovnávání definovaných motivačních faktorů a léčebných a doporučených opatření jsme provedli bodové hodnocení jednotlivých položek. Každému stupni souhlasu byl přidělen index významnosti, a to: vůbec ne index 1, spíše ne index 2, středně index 3, spíše ano index 4, určitě ano index 5. Odpovědi respondentů uvedené v procentech byly podle míry souhlasu násobeny příslušným indexem. Výsledné bodové hodnocení pro jednotlivé položky je součtem těchto součinů.

Po konzultaci se statistikem Ing. Tomášem Āoupalem, Ph.D., ze ZČU – Fakulta aplikovaných věd, katedra matematiky, jsme vytvořili 2 základní hypotézy a dále jsme ke statistickému vyhodnocení získaných údajů a k interpretaci dat zvolili grafické znázornění s následným slovním komentářem.

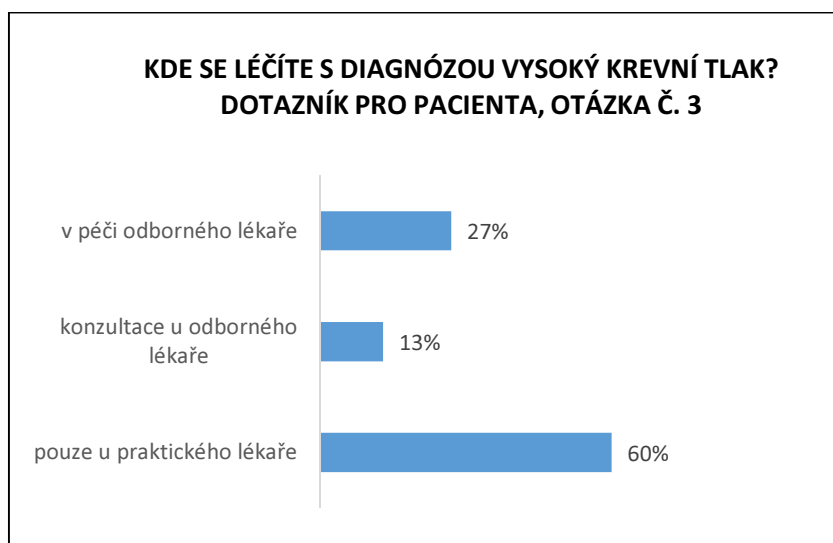
Charakteristika souboru pacientů

Z celkového počtu 468 (100 %) respondentů odpovídalo 229 (49 %) žen a 239 (51 %) mužů. Průměrný věk pacientů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření byl 55 let. 279 (60 %) dotazovaných pacientů uvedlo, že pro diagnózu vysoký krevní tlak se léčí pouze u praktického lékaře, 63 (13 %) na doporučení PL absolvuje odborná vyšetření a poté se vrací zpět do péče PL a 126 (27 %) pacientů je výhradně v péči odborných lékařů.

Graf 1 Pohlaví respondentů z řad pacientů



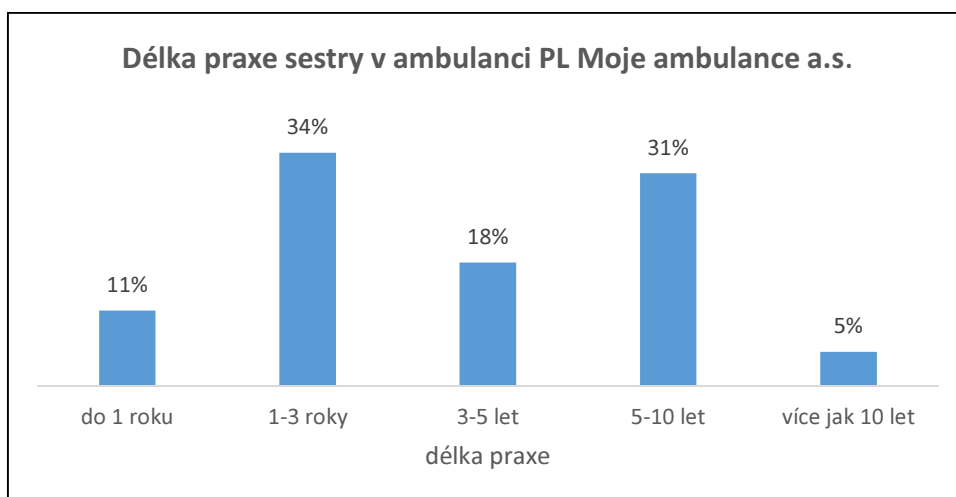
Graf 2 Kde se léčíte s diagnózou vysoký TK? Dotazník pro pacienty, otázka č. 3



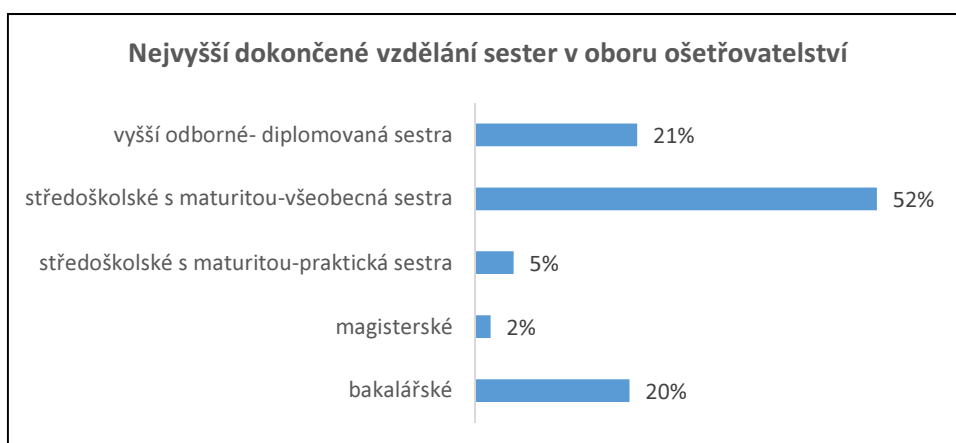
Charakteristika souboru sester

Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 61 (100 %) sester pracujících ve společnosti Moje ambulance a.s. Na dotaz stran nejvyššího dokončeného vzdělání v oboru ošetrovatelství odpovídaly následovně: 1 (2 %) sestra uvedla vzdělání magisterské, 12 (20 %) uvedlo vzdělání bakalářské, 32 (52 %) středoškolské s maturitou – všeobecná sestra, 3 (5 %) středoškolské s maturitou-praktická sestra a 13 (21 %) vyšší odborné vzdělání – diplomovaná sestra. Dalším kritériem hodnocení výzkumného souboru byla délka praxe v týmové praxi PL Moje ambulance a.s. 7 (11 %) sester uvedlo praxi kratší než 1 rok, 3 (5 %) sestry delší než 10 let. Interval trvání praxe 1-3 roky označilo 21 (34 %), interval 3-5 let 11 (18 %) a interval 5-10 let 19 (31 %) dotazovaných sester.

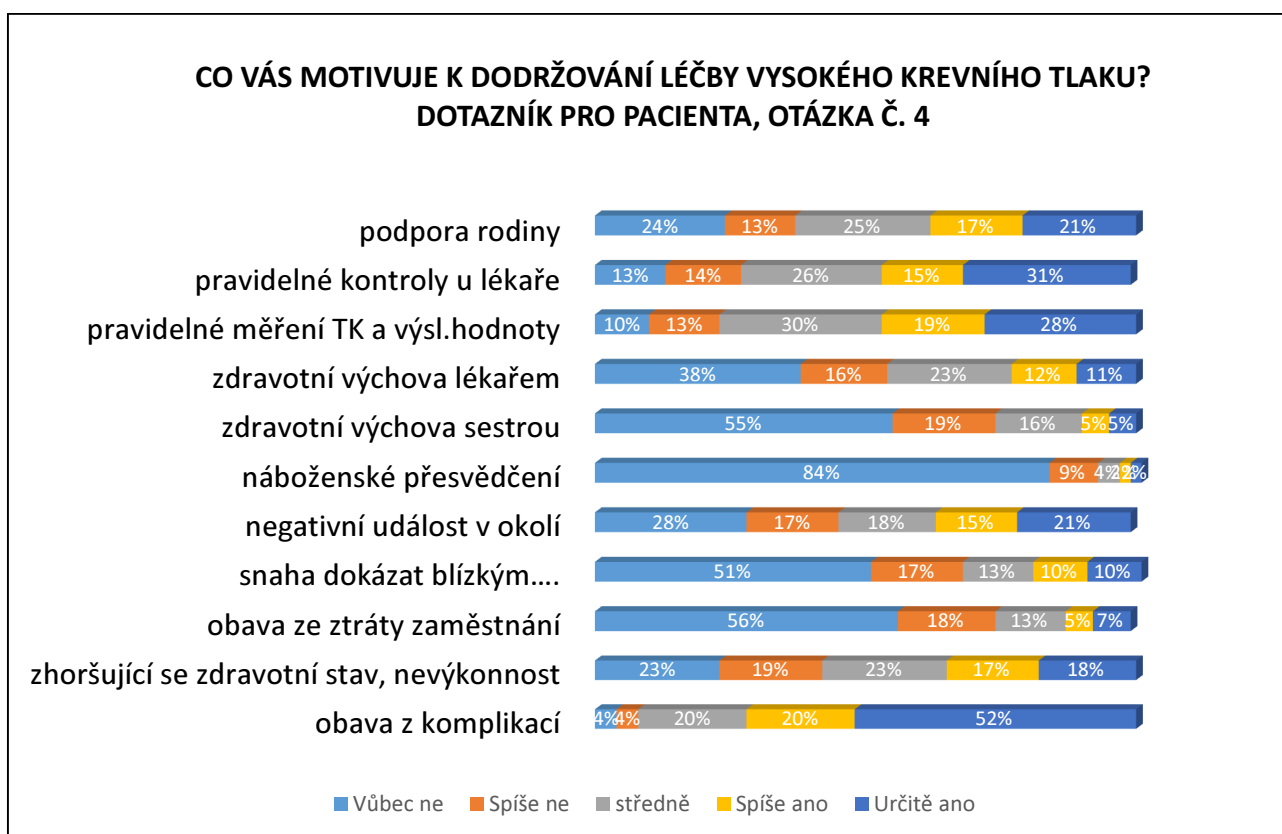
Graf 3 Délka praxe sester v týmové praxi PL Moje ambulance a.s.



Graf 4 Nejvyšší dokončené vzdělání sester v oboru ošetrovatelství



Graf 5 Motivace k dodržování léčby vysokého TK z pohledu pacienta

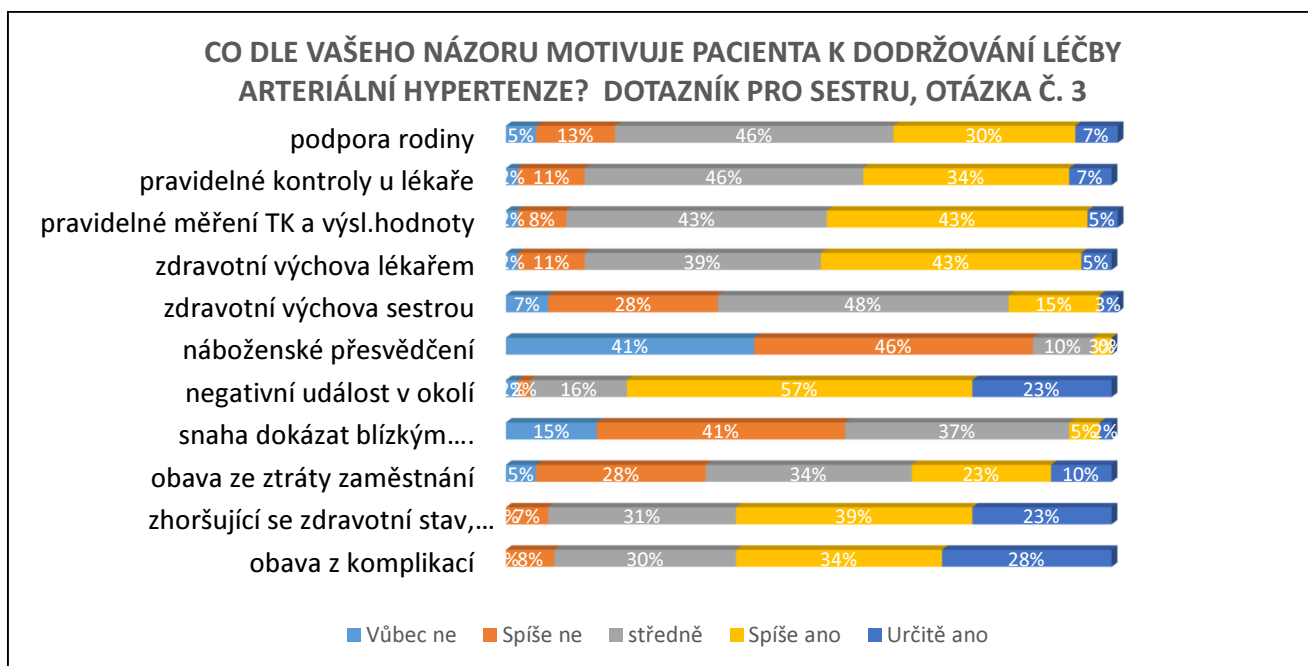


Dotazníkovým šetřením jsme zjišťovali, jaké faktory a do jaké míry mohou pacienta motivovat k dodržování léčby vysokého krevního tlaku. Bylo definováno 11 motivačních faktorů. Celkový počet respondentů z řad pacientů byl 468 (100 %). Odpovědi respondentů jsou přehledně zapsány do tabulky č. 4

Tabulka 4 Motivace k dodržování léčby vysokého TK z pohledu pacienta

Motivační faktor	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
obava z komplikací	20 (4 %)	20 (4 %)	92 (20 %)	94 (20 %)	242 (52 %)
zhoršující se zdravotní stav,	108 (23 %)	90 (19 %)	108 (23 %)	79 (17 %)	83 (18 %)
obava ze ztráty zaměstnání	261 (56 %)	86 (18 %)	63 (13 %)	23 (5 %)	35 (7 %)
snaha dokázat blízkým....	237 (51 %)	79 (17 %)	59 (13 %)	45 (10 %)	48 (10 %)
negativní událost v okolí	133 (28 %)	80 (17 %)	86 (18 %)	72 (15 %)	97 (21 %)
náboženské přesvědčení	392 (84 %)	40 (9 %)	19 (4 %)	8 (2 %)	9 (2 %)
zdravotní výchova sestrou	259 (55 %)	89 (19 %)	74 (16 %)	23 (5 %)	23 (5 %)
zdravotní výchova lékařem	176 (38 %)	77 (16 %)	109 (23 %)	55 (12 %)	51 (11 %)
pravidelné měření TK a	45 (10 %)	62 (13 %)	141 (30 %)	87 (19 %)	133 (28 %)
pravidelné kontroly u	62 (13 %)	66 (14 %)	124 (26 %)	70 (15 %)	146 (31 %)
podpora rodiny	110 (24 %)	63 (13 %)	115 (25 %)	81 (17 %)	99 (21 %)

Graf 6 Motivace k dodržování léčby vysokého TK z pohledu sestry



V rámci dotazníkového šetření byl zjišťován názor sester na motivaci pacientů k dodržování léčby arteriální hypertenze. Stejně jako v dotazníku pro pacienty bylo definováno 11 motivačních faktorů. Celkem odpovídalo 61 (100 %) sester. Odpovědi jsou přehledně uvedeny v tabulce č. 5

Tabulka 5 Motivace k dodržování léčby vysokého TK z pohledu sestry

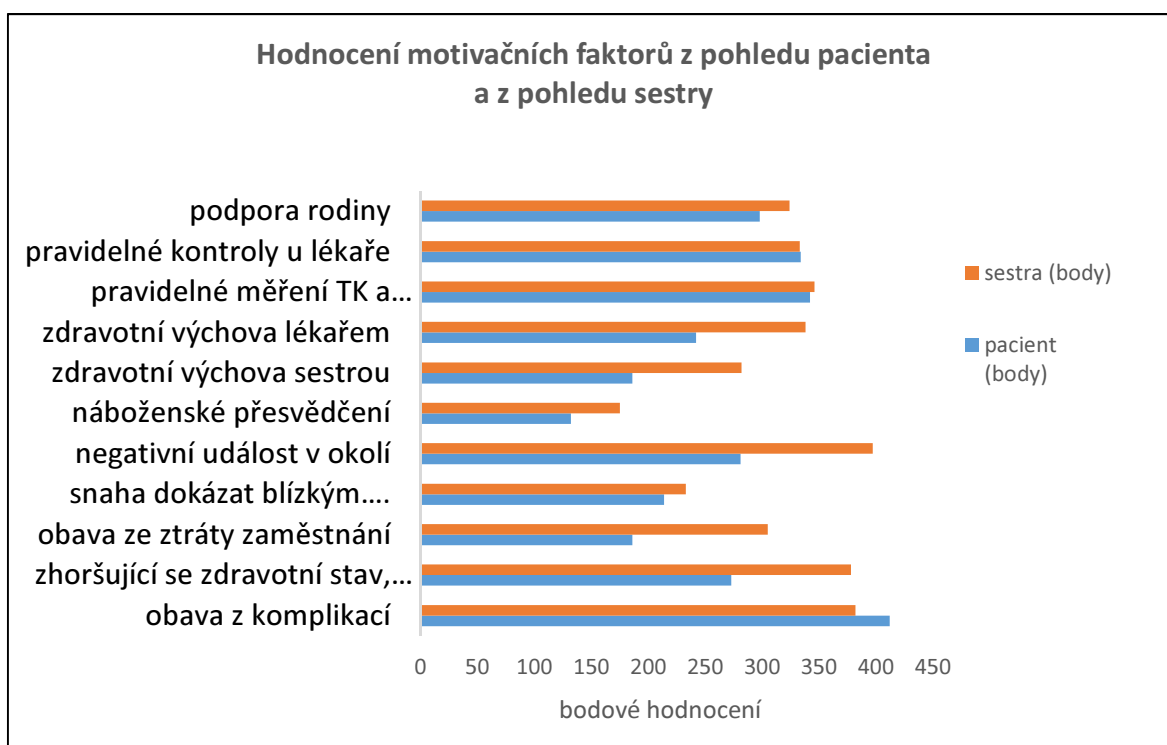
Motivační faktor	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše	Určitě
obava z komplikací	0 (0 %)	5 (8 %)	18 (30 %)	21 (34 %)	17 (28 %)
zhoršující se zdravotní stav, nevykonnost	0 (0 %)	4 (7 %)	19 (31 %)	24 (39 %)	14 (23 %)
obava ze ztráty zaměstnání	3 (5 %)	17 (28 %)	21 (34 %)	14 (23 %)	6 (10 %)
snaha dokázat blízkým....	9 (15 %)	25 (41 %)	23 (37 %)	3 (5 %)	1 (2 %)
negativní událost v okolí	1 (2 %)	1 (2 %)	10 (16 %)	35 (57 %)	14 (23 %)
náboženské přesvědčení	25 (41 %)	28 (46 %)	6 (10 %)	2 (3 %)	0 (0 %)
zdravotní výchova sestrou	4 (7 %)	17 (28 %)	29 (48 %)	9 (15 %)	2 (3 %)
zdravotní výchova lékařem	1 (2 %)	7 (11 %)	24 (39 %)	26 (43 %)	3 (5 %)
pravidelné měření TK a výsl.hodnoty	1 (2 %)	5 (8 %)	26 (43 %)	26 (43 %)	3 (5 %)
pravidelné kontroly u lékaře	1 (2 %)	7 (11 %)	28 (46 %)	21 (34 %)	4 (7 %)
podpora rodiny	3 (5 %)	8 (13 %)	28 (46 %)	18 (30 %)	4 (7 %)

Jednotlivé motivační faktory hodnocené pacientem i sestrou byly pro možnost vzájemného porovnání obodovány dle výše definovaného postupu. Přehled přidělených bodů je zobrazen v tabulce č. 6

Tabulka 6 Bodové hodnocení jednotlivých motivačních faktorů – odpovědi sester i pacientů

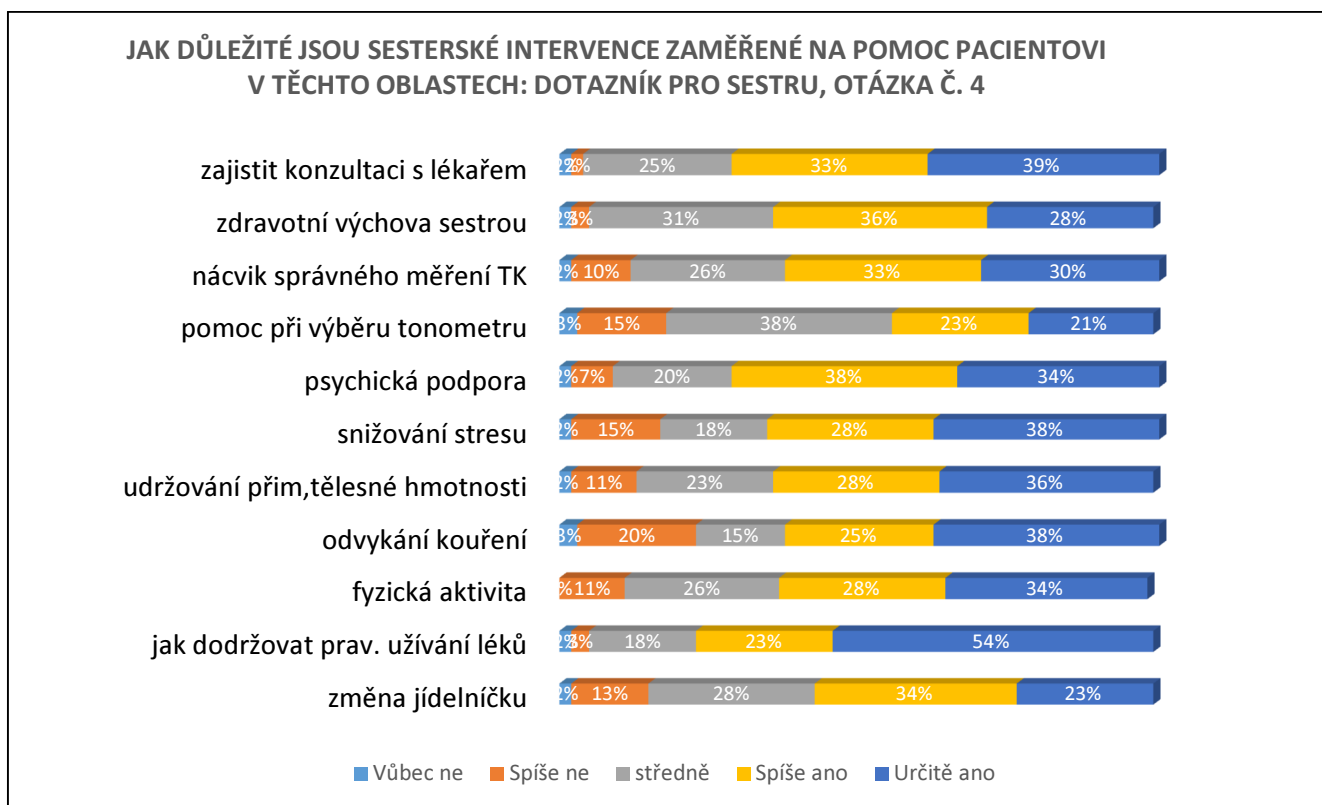
Motivační faktor / bodové hodnocení	pacient (body)	sestra (body)
obava z komplikací	412	382
zhoršující se zdravotní stav, nevykonnost	273	378
obava ze ztráty zaměstnání	186	305
snaha dokázat blízkým...	214	233
negativní událost v okolí	281	397
náboženské přesvědčení	132	175
zdravotní výchova sestrou	186	282
zdravotní výchova lékařem	242	338
pravidelné měření TK a výsledné hodnoty	342	346
pravidelné kontroly u lékaře	334	333
podpora rodiny	298	324

Graf 7 Porovnání motivačních faktorů k léčbě hypertenze z pohledu pacienta a z pohledu sestry



Pro pacienty je nejvíce motivující obava z komplikací. Sestry, v rozporu s pacienty, se domnívají, že nejvíce motivační pro pacienty je negativní událost v okolí. Pacienti i sestry se shodují na významnosti pravidelných kontrol u lékaře a pravidelného měření TK. Zmíněné motivační faktory, v porovnání s celkovým hodnocením, sestry i pacienti hodnotí vysoko. Rovněž se shodují na významnosti motivace z náboženského přesvědčení. Tento faktor hodnotí naopak nejnižší.

Graf 8 Důležitost intervencí zaměřených na pomoc pacientovi dle sestry

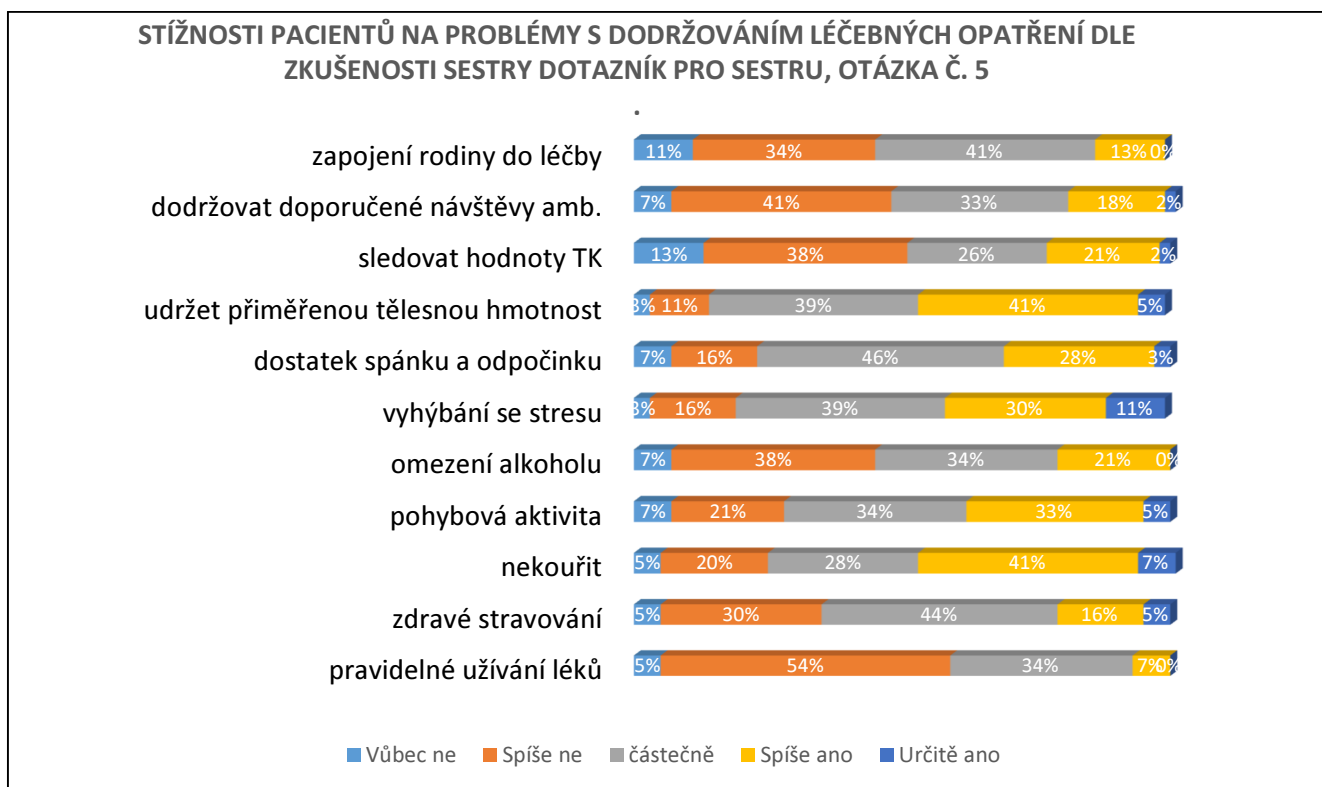


Dotazníkovým šetřením jsme zjišťovali názor sester, jak důležité jsou níže definované intervence zaměřené na pomoc pacientovi při zvládnání léčby vysokého krevního tlaku. Celkem odpovídalo 61 (100 %) sester. Odpovědi, včetně bodového hodnocení jednotlivých intervencí, jsou názorně uvedeny v tabulce č. 7

Tabulka 7 Důležitost intervencí zaměřených na pomoc pacientovi dle sestry

Sesterské intervence v oblasti:	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě	body
změna jídelníčku	1 (2 %)	8 (13 %)	17 (28 %)	21 (34 %)	14 (23 %)	363
jak dodržovat prav. užívání léků	1 (2 %)	2 (3 %)	11 (18 %)	14 (23 %)	33 (54 %)	424
fyzická aktivita	0 (0 %)	7 (11 %)	16 (26 %)	17 (28 %)	21 (34 %)	382
odvykání kouření	2 (3 %)	12 (20 %)	9 (15 %)	15 (25 %)	23 (38 %)	378
udržování přim. těles. hmotnosti	1 (2 %)	7 (11 %)	14 (23 %)	17 (28 %)	22 (36 %)	385
snižování stresu	1 (2 %)	9 (15 %)	11 (18 %)	17 (28 %)	23 (38 %)	388
psychická podpora	1 (2 %)	4 (7 %)	12 (20 %)	23 (38 %)	21 (34 %)	398
pomoc při výběru tonometru	2 (3 %)	9 (15 %)	23 (38 %)	14 (23 %)	13 (21 %)	344
nácvik správného měření TK	1 (2 %)	6 (10 %)	16 (26 %)	20 (33 %)	18 (30 %)	352
zdravotní výchova sestrou	1 (2 %)	2 (3 %)	19 (31 %)	22 (36 %)	17 (28 %)	385
zajistit konzultaci s lékařem	1 (2 %)	1 (2 %)	15 (25 %)	20 (33 %)	24 (39 %)	408

Graf 9 Stížnosti pacientů na problémy pacientů s dodržováním léčebných opatření

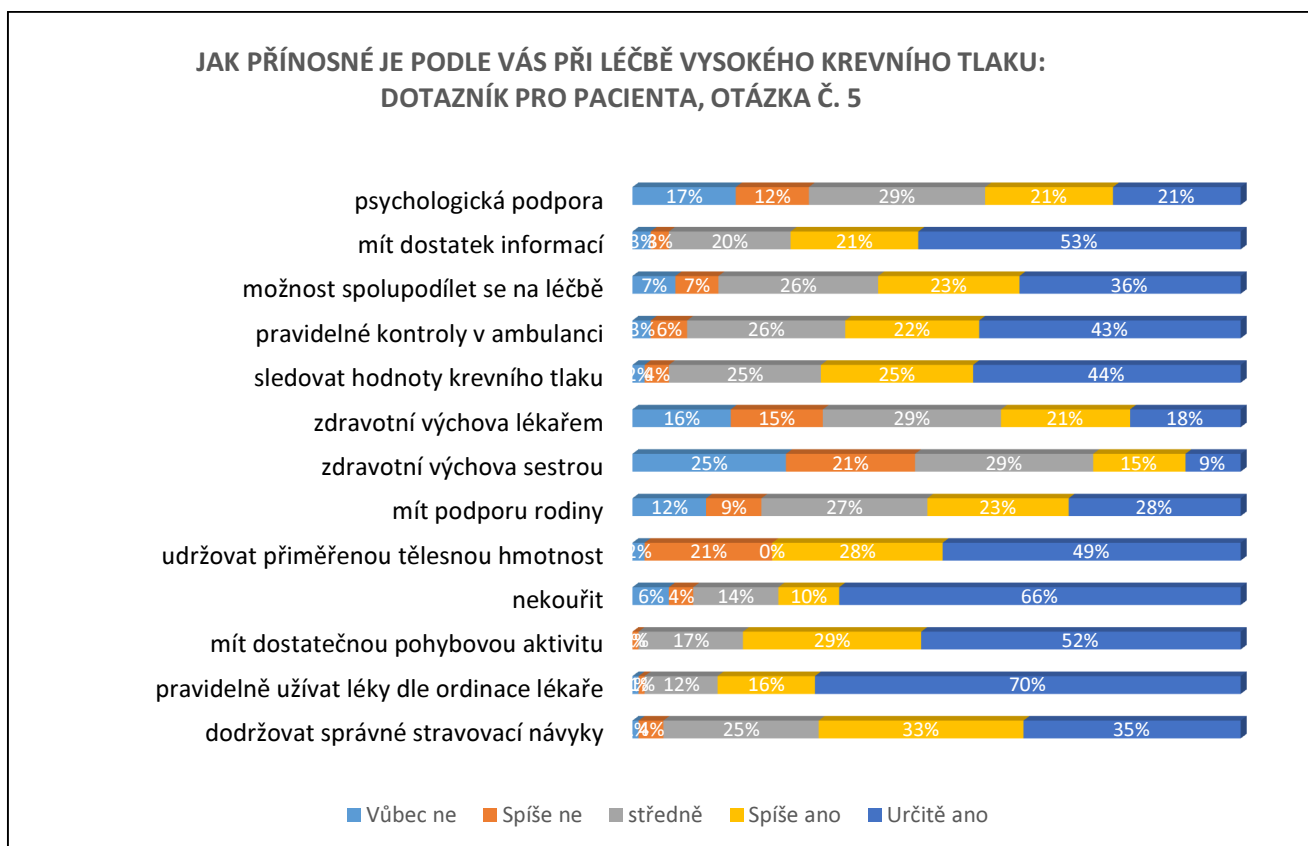


61 (100 %) dotázaných sester odpovídalo dle zkušenosti z praxe na otázku, zda si pacienti stěžují na problémy s dodržováním konkrétních léčebných a režimových opatření při léčbě hypertenze. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 8. Jednotlivé položky byly bodově ohodnoceny přepočtem pomocí indexu významnosti.

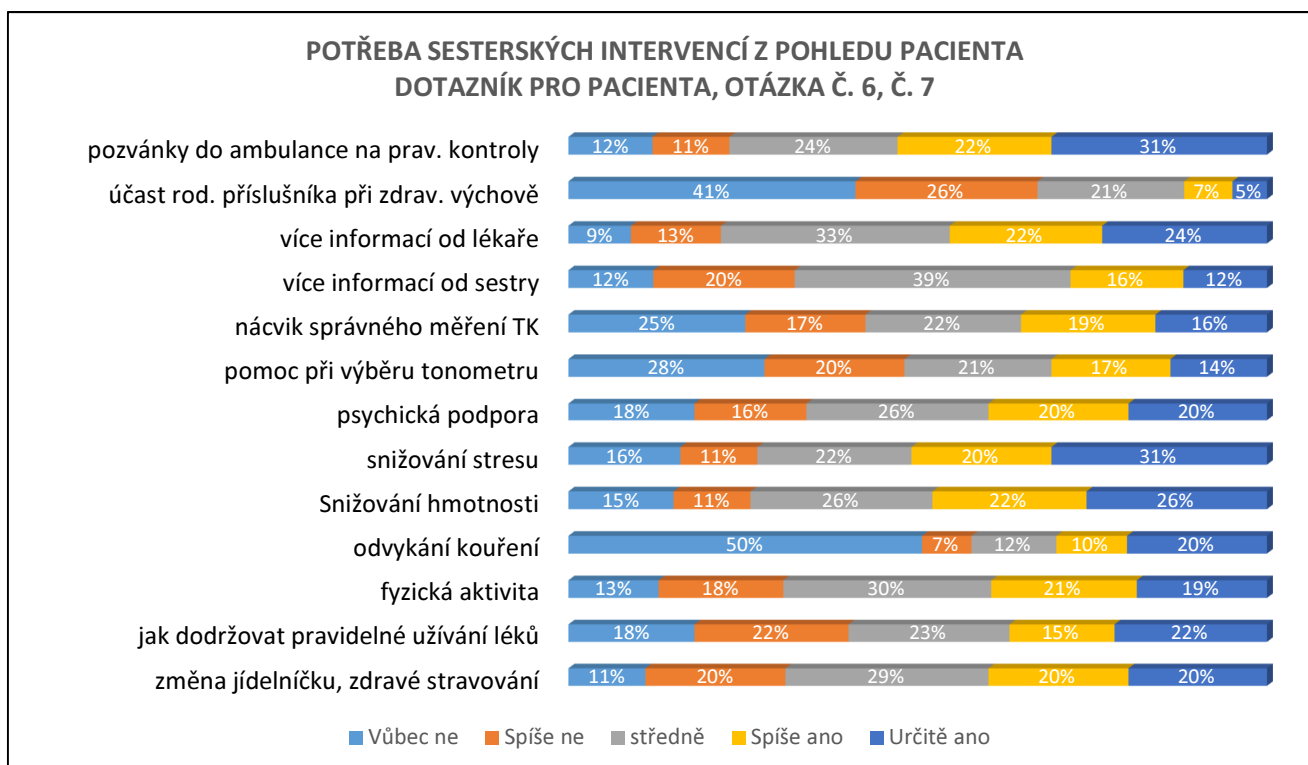
Tabulka 8 Stížnosti pacientů na problémy pacientů s dodržováním léčebných opatření

stížnosti pac. na problémy s dodržováním léčebného režimu	Vůbec ne	Spíše ne	částečně	Spíše ano	Určitě ano	body
pravidelné užívání léků	3 (5 %)	33 (54 %)	21 (34 %)	4 (7 %)	0 (0 %)	243
zdravé stravování	3 (5 %)	18 (30 %)	27 (44 %)	10 (16 %)	3 (5 %)	286
nekouřit	3 (5 %)	12 (20 %)	17 (28 %)	25 (41 %)	4 (7 %)	328
pohybová aktivita	4 (7 %)	13 (21 %)	21 (34 %)	20 (33 %)	3 (5 %)	308
omezení alkoholu	4 (7 %)	23 (38 %)	21 (34 %)	13 (21 %)	0 (0 %)	269
vyhýbání se stresu	2 (3 %)	10 (16 %)	24 (39 %)	18 (30 %)	7 (11 %)	327
dostatek spánku a odpočinku	4 (7 %)	10 (16 %)	28 (46 %)	17 (28 %)	2 (3 %)	304
udržet přiměřenou těles. hmotnost	2 (3 %)	7 (11 %)	24 (39 %)	25 (41 %)	3 (5 %)	331
sledovat hodnoty TK	8 (13 %)	23 (38 %)	16 (26 %)	13 (21 %)	1 (2 %)	261
dodržovat doporučené návštěvy	4 (7 %)	25 (41 %)	20 (33 %)	11 (18 %)	1 (2 %)	270
zapojení rodiny do léčby	7 (11 %)	21 (34 %)	25 (41 %)	8 (13 %)	0 (0 %)	254

Graf 10 Přínos definovaných faktorů pro pacienta při léčbě vysokého krevního TK



Graf 11 Potřeba sesterských intervencí při léčbě vysokého TK z pohledu pacienta



Tabulka 9 Přínos definovaných faktorů při léčbě vysokého krevního TK z pohledu pacienta

Jak přínosné je pro Vás.....	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano	Body
dodržovat správné stravovací návyky	7 (1 %)	21 (4 %)	118 (25 %)	156 (33 %)	166 (35 %)	391
pravidelně užívat léky dle ordinace lékaře	7 (1 %)	4 (1 %)	56 (12 %)	74 (16 %)	327 (70 %)	453
mít dostatečnou pohybovou aktivitu	2 (0 %)	7 (1 %)	78 (17 %)	136 (29 %)	245 (52 %)	429
nekouřit	27 (6 %)	18 (4 %)	67 (14 %)	47 (10 %)	309 (66 %)	429
udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost	9 (2 %)	97 (21 %)	0 (0 %)	133 (28 %)	229 (49 %)	401
mít podporu rodiny	57 (12 %)	43 (9 %)	126 (27 %)	109 (23 %)	133 (28 %)	343
zdravotní výchova sestrou	118 (25 %)	98 (21 %)	138 (29 %)	72 (15 %)	42 (9 %)	259
zdravotní výchova lékařem	73 (16 %)	69 (15 %)	141 (29 %)	99 (21 %)	86 (18 %)	307
sledovat hodnoty krevního tlaku	11 (2 %)	20 (4 %)	116 (25 %)	115 (25 %)	206 (44 %)	405
pravidelné kontroly v ambulanci	14 (3 %)	27 (6 %)	123 (26 %)	105 (22 %)	199 (43 %)	396
možnost spolupodílet se na léčbě	33 (7 %)	35 (7 %)	123 (26 %)	109 (23 %)	168 (36 %)	371
mít dostatek informací	14 (3 %)	14 (3 %)	92 (20 %)	99 (21 %)	249 (53 %)	418
psychologická podpora	80 (17 %)	57 (12 %)	137 (29 %)	98 (21 %)	96 (21 %)	317

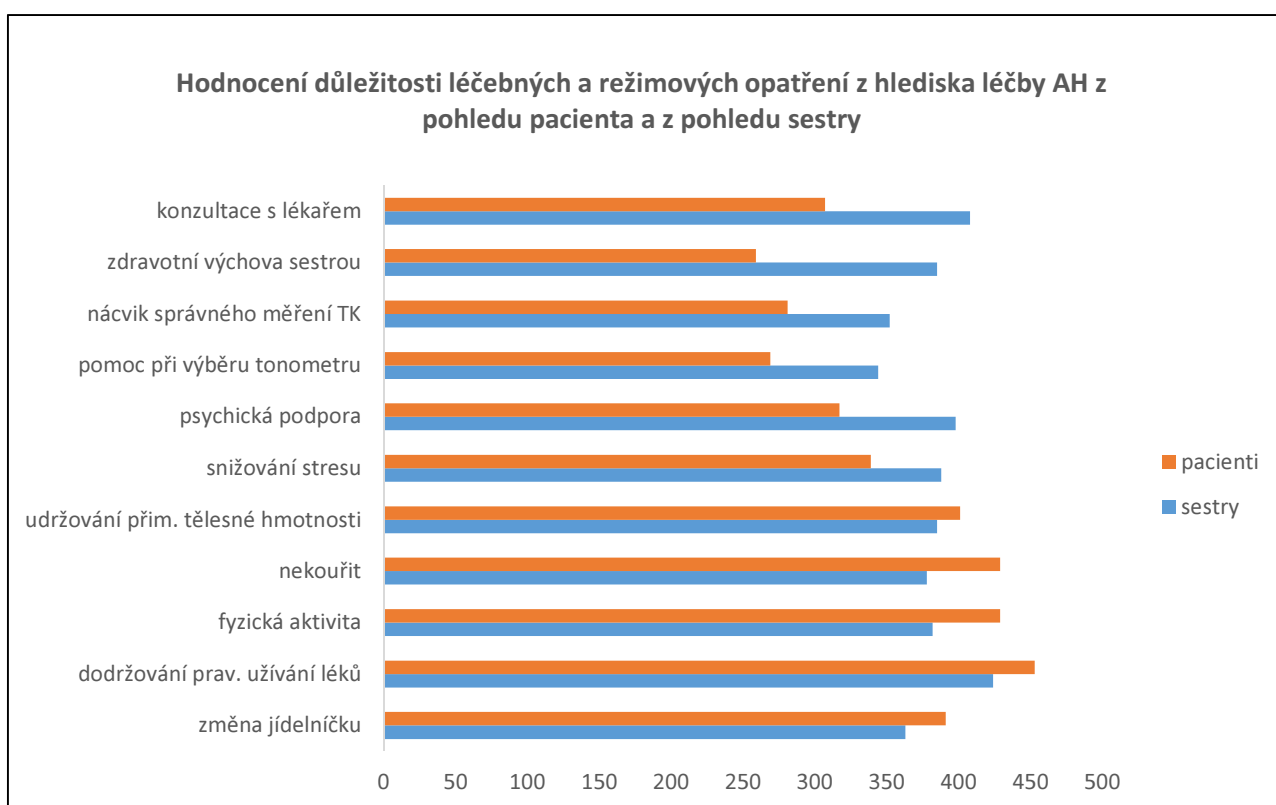
Tabulka 10 Potřeba intervencí zaměřených na pomoc při léčbě vysokého TK z pohledu pacienta I

uvítal/a bych pomoc.....	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano	body
změna jídelníčku, zdravé stravování	50 (11 %)	94 (20 %)	138 (29 %)	93 (20 %)	93 (20 %)	318
jak dodržovat prav. užívání léků	86 (18 %)	101 (22 %)	107 (23 %)	70 (15 %)	104 (22 %)	191
fyzická aktivita	60 (13 %)	82 (18 %)	139 (30 %)	98 (21 %)	89 (19 %)	318
odvykání kouření	236 (50 %)	35 (7 %)	57 (12 %)	46 (10 %)	94 (20 %)	240
Snižování hmotnosti	70 (15 %)	52 (11 %)	121 (26 %)	103 (22 %)	122 (26 %)	333
snižování stresu	73 (16 %)	53 (11 %)	104 (22 %)	92 (20 %)	146 (31 %)	339
psychická podpora	85 (18 %)	73 (16 %)	123 (26 %)	95 (20 %)	92 (20 %)	308
pomoc při výběru tonometru	133 (28 %)	92 (20 %)	99 (21 %)	78 (17 %)	66 (14 %)	269
nácvik správného měření TK	116 (25 %)	80 (17 %)	105 (22 %)	90 (19 %)	77 (16 %)	281

Tabulka 11 Potřeba intervencí zaměřených na pomoc při léčbě vysokého TK z pohledu pacienta II

ocenil/a bych.....	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano	body
více informací od sestry	57 (12 %)	94 (20 %)	184 (39 %)	75 (16 %)	58 (12 %)	293
více informací od lékaře	40 (9 %)	59 (13 %)	154 (33 %)	102 (22 %)	113 (24 %)	342
účast rod. příslušníka při zdrav. výchově	191 (41 %)	120 (26 %)	98 (21 %)	34 (7 %)	25 (5 %)	209
pozvánky do amb. na prav. kontroly	55 (12 %)	53 (11 %)	113 (24 %)	101 (22 %)	146 (31 %)	349

Graf 12 Hodnocení důležitosti léčebných a režimových opatření z hlediska léčby arteriální hypertenze z pohledu pacienta a z pohledu sestry

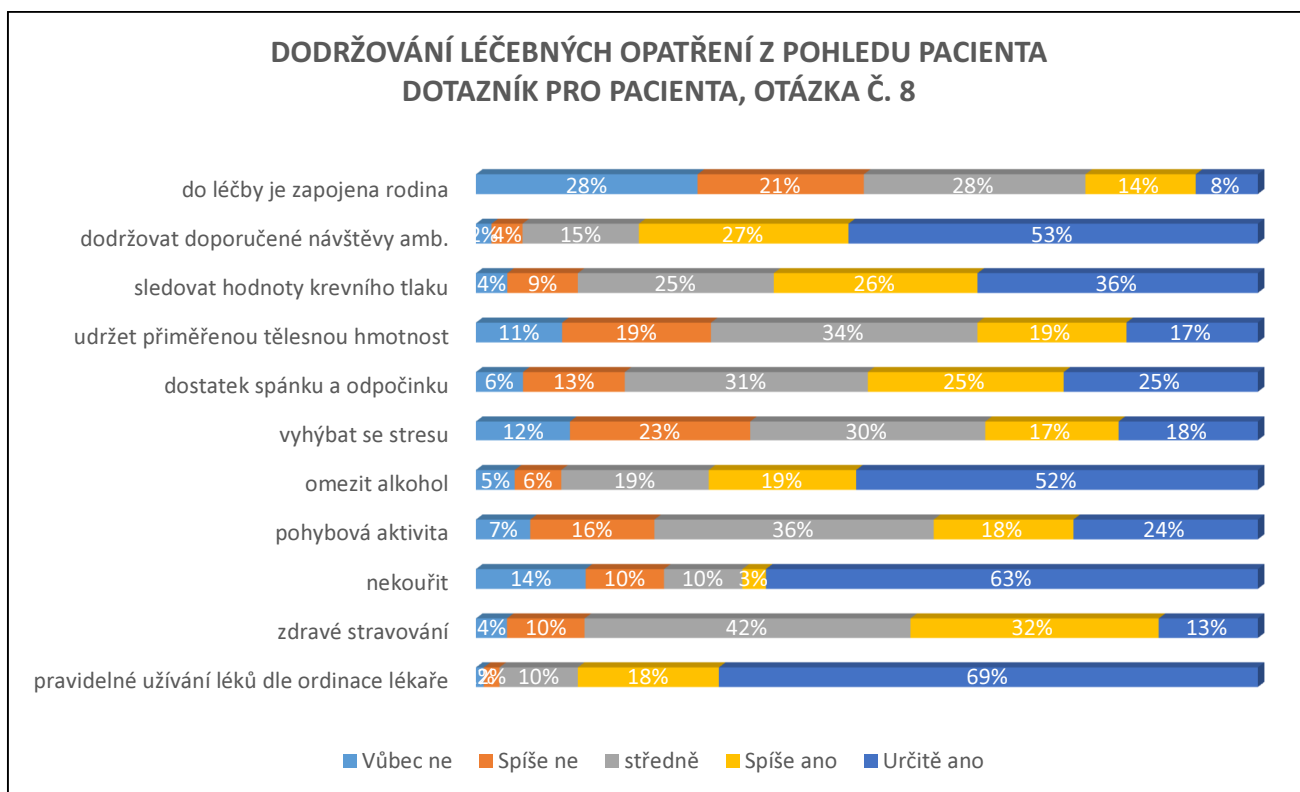


Tabulka 12 Bodové hodnocení důležitosti léčebných a režimových opatření z hlediska léčby arteriální hypertenze –odpovědi sester a pacientů

Léčebná a režimová opatření	sestry	pacienti	rozdíl
změna jídelníčku	363	391	28
dodržování prav. užívání léků	424	453	29
fyzická aktivita	382	429	47
nekouřit	378	429	51
udržování přim. tělesné hmotnosti	385	401	16
snižování stresu	388	339	49
psychická podpora	398	317	81
pomoc při výběru tonometru	344	269	75
nácvik správného měření TK	352	281	71
zdravotní výchova sestrou	385	259	126
zajistit konzultaci s lékařem	408	307	101

Při výzkumném šetření jsme se dotazovali pacientů, co a do jaké míry by pro ně bylo přínosné při léčbě vysokého TK. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce č. 9 a graficky znázorněny (graf č. 10). Dále bylo zjišťováno, co a do jaké míry by pacienti ocenili a co by jim mohlo pomoci při dodržování léčebných opatření. Odpovědi pacientů jsou zapsány v tabulce č. 10 a č. 11 a graficky znázorněny (graf č. 11). Všechny položky byly bodově ohodnoceny přepočtem pomocí indexu významnosti. V tabulce č. 12 je uvedeno bodové hodnocení důležitosti režimových a léčebných opatření a porovnání hodnocení z pohledu pacienta a hodnocení z pohledu sestry je prezentováno grafem č.12.

Graf 13 Dodržování léčebných opatření z pohledu pacienta

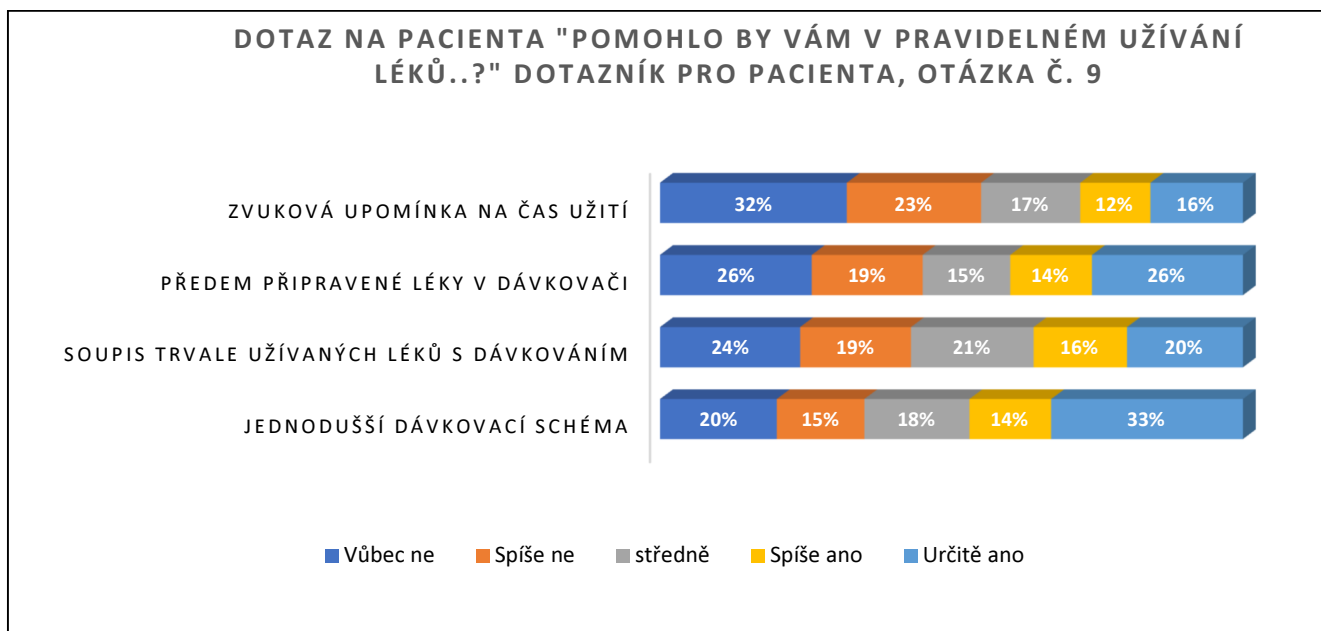


Tabulka 13 Dodržování léčebných opatření z pohledu pacienta

Jak se Vám daří dodržovat.....	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano	body
prav. užívání léků dle ordinace	7 (1 %)	9 (2 %)	48 (10 %)	82 (18 %)	322 (69 %)	452
zdravé stravování	17 (4 %)	45 (10 %)	197 (42 %)	149 (32 %)	60 (13 %)	343
nekouřit	66 (14 %)	47 (10 %)	48 (10 %)	14 (3 %)	293 (63 %)	391
pohybová aktivita	34 (7 %)	73 (16 %)	169 (36 %)	82 (18 %)	110 (24 %)	339
omezit alkohol	22 (5 %)	27 (6 %)	90 (19 %)	87 (19 %)	242 (52 %)	410
vyhýbat se stresu	57 (12 %)	107 (23 %)	141 (30 %)	78 (17 %)	85 (18 %)	306
dostatek spánku a odpočinku	30 (6 %)	61 (13 %)	146 (31 %)	115 (25 %)	116 (25 %)	350
udržet přim. tělesnou hmotnost	50 (11 %)	88 (19 %)	159 (34 %)	90 (19 %)	81 (17 %)	312
sledovat hodnoty krevního tlaku	17 (4 %)	40 (9 %)	118 (25 %)	124 (26 %)	169 (36 %)	381
dodržovat doporučené návštěvy	9 (2 %)	19 (4 %)	68 (15 %)	126 (27 %)	246 (53 %)	428
do léčby je zapojena rodina	133 (28 %)	99 (21 %)	131 (28 %)	66 (14 %)	39 (8 %)	250

Odpovědi pacientů na dotaz „Odhadněte, jak se Vám daří dodržovat léčebná doporučení“ jsou zaznamenány v tabulce č. 13 a graficky znázorněny (graf č. 13) Pro možnost vzájemného porovnání definovaných doporučení a pro možnost porovnání se souborem sester bylo jednotlivým položkám přiděleno bodové hodnocení podle indexu významnosti.

Graf 14 Dotaz na pacienta “ Pomohlo by Vám v prav. užívání léků... ?“

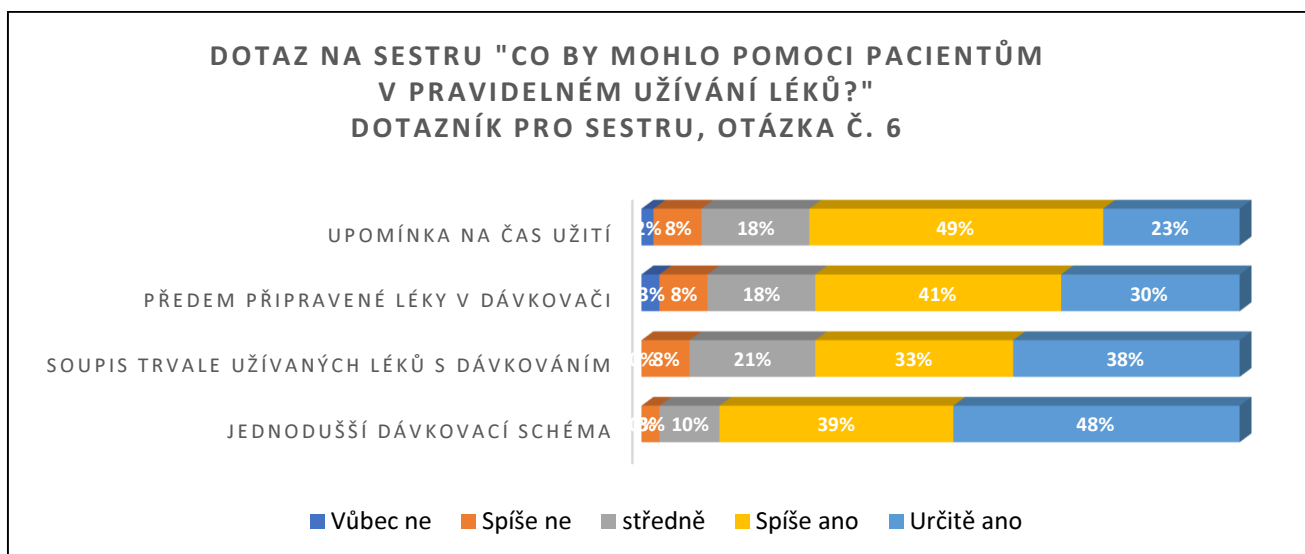


Tabulka 14 Dotaz na pacienta“ Pomohlo by Vám v prav. užívání léků... ?“

Dotaz na pacienta“ pomohlo by Vám v prav. užívání léků..?“	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano	body
jednodušší dávkovací schéma	95 (20 %)	68 (15 %)	85 (18 %)	67 (14 %)	153 (33 %)	325
soupis trvale užívaných léků s dávkováním	110 (24 %)	88 (19 %)	100 (21 %)	75 (16 %)	95 (20 %)	289
předem připravené léky v dávkovači	123 (26 %)	89 (19 %)	69 (15 %)	64 (14 %)	123 (26 %)	295
zvuková upomínka na čas užití	150 (32 %)	108 (23 %)	78 (17 %)	58 (12 %)	74 (16 %)	275

Dotazníkovým šetřením jsme zjišťovali, co a do jaké míry by pacientům pomohlo v pravidelném užívání léků. Odpovědi na otázku, včetně bodového hodnocení dle indexu významnosti u jednotlivých položek jsou uvedeny v tabulce č. 14. Odpovědi byly pro lepší názornost transformovány do grafu (graf č. 14)

Graf 15 Dotaz na sestru „Co by mohlo pomoci pac. v prav. užívání léků?“

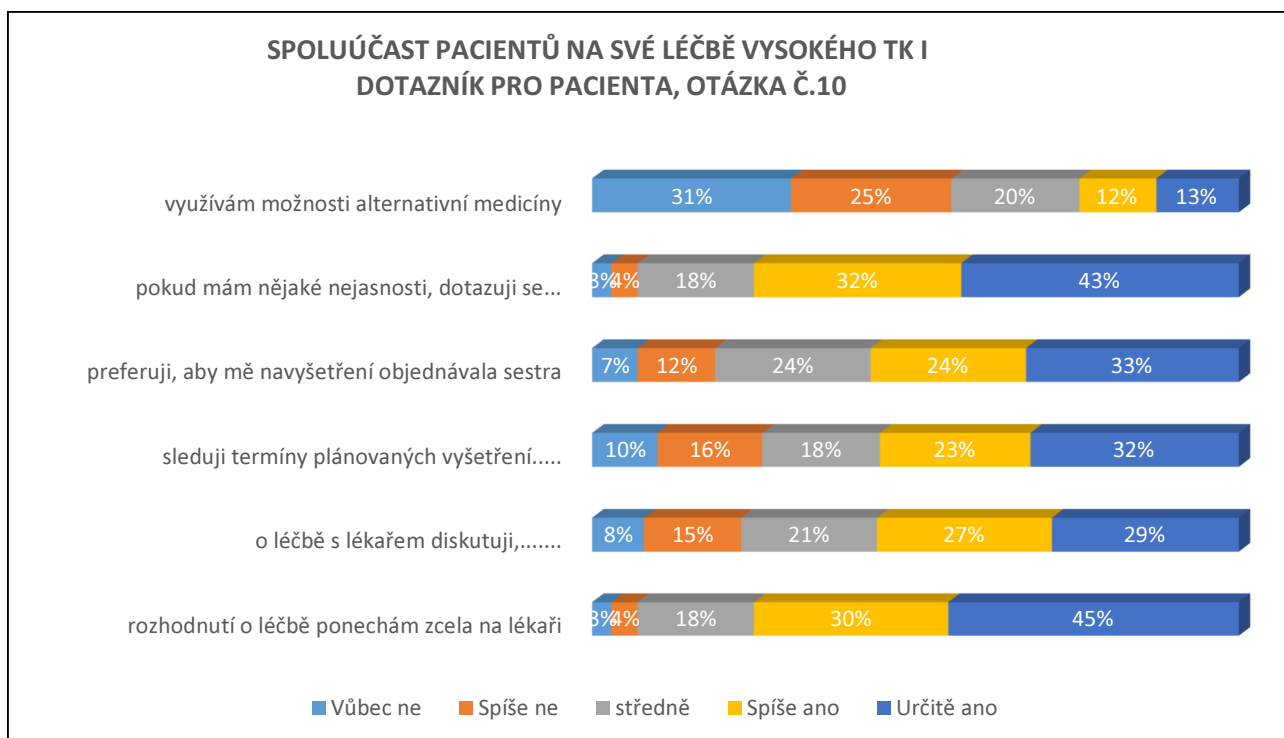


Tabulka 15 Dotaz na sestru „Co by mohlo pomoci pac. v prav. užívání léků?“

Dotaz na sestru „Co by mohlo pomoci pac. v prav. užívání léků?“	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano	body
jednodušší dávkovací schéma	0 (0 %)	2 (3 %)	6 (10 %)	24 (39 %)	29 (48 %)	432
soupis trvale užívaných léků s dávkováním	0 (0 %)	5 (8 %)	13 (21 %)	20 (33 %)	23 (38 %)	401
předem připravené léky v dávkovači	2 (3 %)	5 (8 %)	11 (18 %)	25 (41 %)	18 (30 %)	387
upomínka na čas užití	1 (2 %)	5 (8 %)	11 (18 %)	30 (49 %)	14 (23 %)	383

Odpovědi sester na otázku „Jak by Vašim pacientům mohlo pomoci v pravidelném užívání léků?“ jsou uvedeny v tabulce č.15. Odpovědi byly pro lepší názornost převedeny do grafického znázornění (graf č.15). Bodové hodnocení jednotlivých položek dle indexu významnosti a stejně položené otázky pacientům, umožňují srovnání názorů sester na dané téma s názory pacientů.

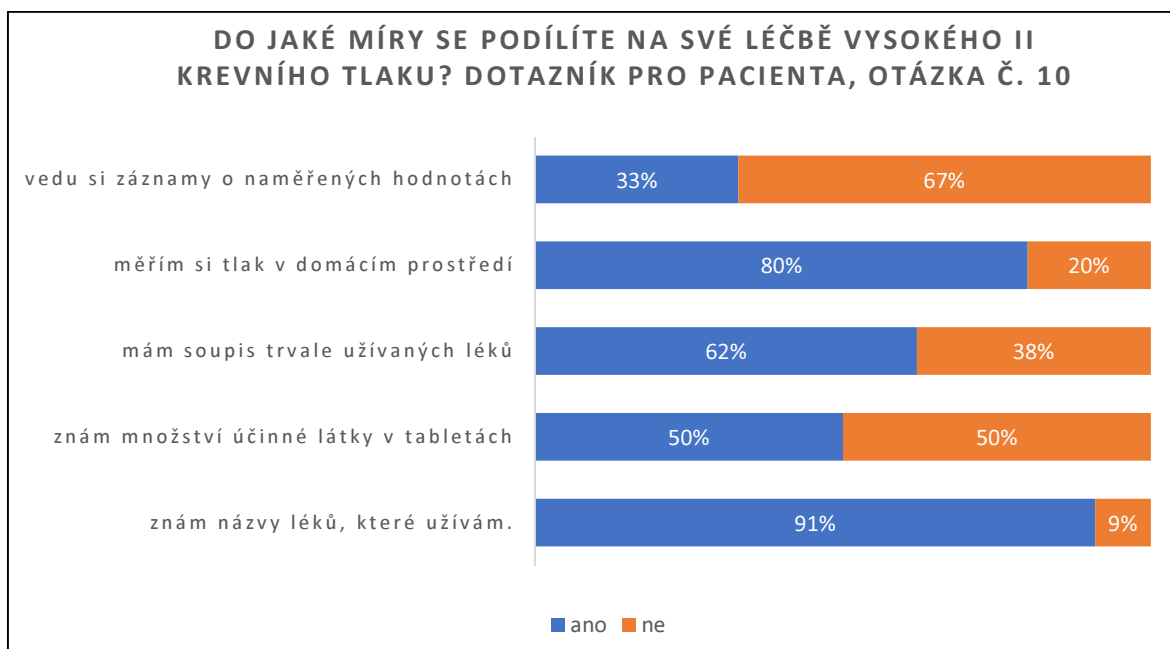
Graf 16 Spoluúčast pacientů na své léčbě vysokého krevního tlaku I



Tabulka 16 Spoluúčast pacienta na své léčbě vysokého krevního tlaku I

Do jaké míry se podílíte na své léčbě?	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano	body
rozhodnutí o léčbě ponechám zcela na lékaři	14 (3 %)	19 (4 %)	83 (18 %)	140 (30 %)	212 (45 %)	410
o léčbě s lékařem diskutuji,.....	37 (8 %)	73 (15 %)	97 (21 %)	125 (27 %)	136 (29 %)	354
sleduji termíny plánovaných vyšetření.....	47 (10 %)	79 (16 %)	84 (18 %)	109 (23 %)	149 (32 %)	348
preferuji, aby mě na vyšetření objednávala sestra	32 (7 %)	57 (12 %)	113 (24 %)	113 (24 %)	153 (33 %)	364
pokud mám nějaké nejasnosti, dotazuji se...	12 (3 %)	21 (4 %)	83 (18 %)	152 (32 %)	200 (43 %)	408
využívám možnosti alternativní medicíny	145 (31 %)	116 (25 %)	93 (20 %)	54 (12 %)	60 (13 %)	254

Graf 17 Spoluúčast pacienta na své léčbě vysokého krevního tlaku II

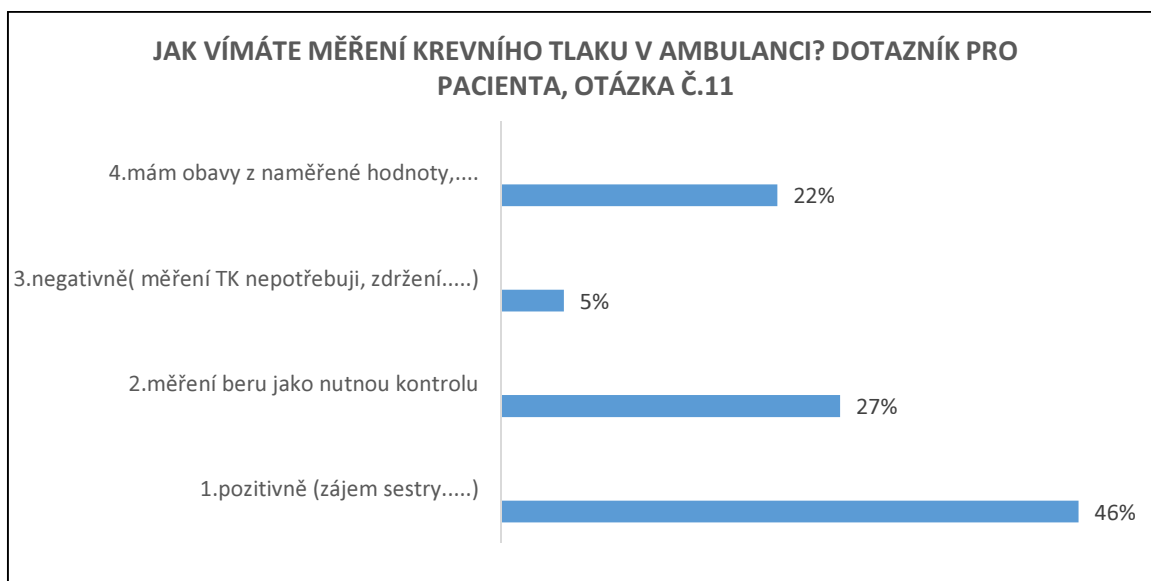


Tabulka 17 Spoluúčast pacienta na své léčbě vysokého krevního tlaku II

	ano	ne
znám názvy léků, které užívám.	427 (91 %)	41 (9 %)
znám množství účinné látky v tabletách	233 (50 %)	235 (50 %)
mám soupis trvale užívaných léků	290 (62 %)	178 (38 %)
měřím si tlak v domácím prostředí	374 (80 %)	94 (20 %)
vedu si záznamy o naměřených hodnotách	154 (33 %)	314 (67 %)

Dotazníkovým šetřením jsme se snažili zjistit, do jaké míry se pacienti podílí na své léčbě vysokého krevního tlaku. Odpovědi na položené otázky jsou přehledně uvedeny v tabulce č. 16 a č.17. Pro lepší přehlednost byly odpovědi pacientů graficky znázorněny (graf č. 16 a č.17)

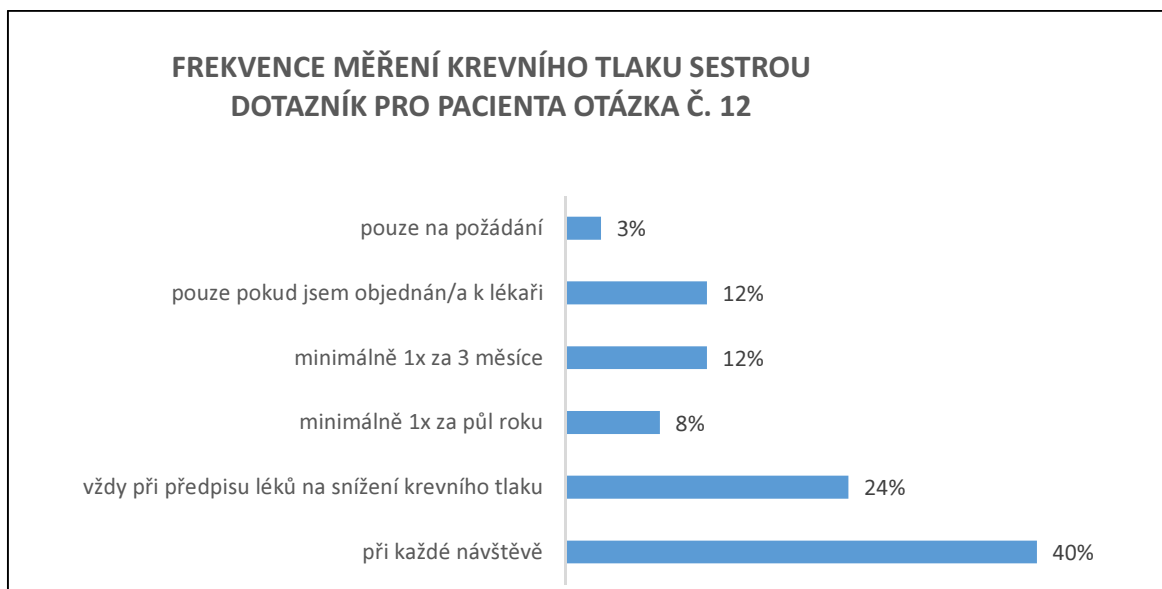
Graf 18 Hodnocení měření krevního tlaku v ambulanci z hlediska pocitů pacienta



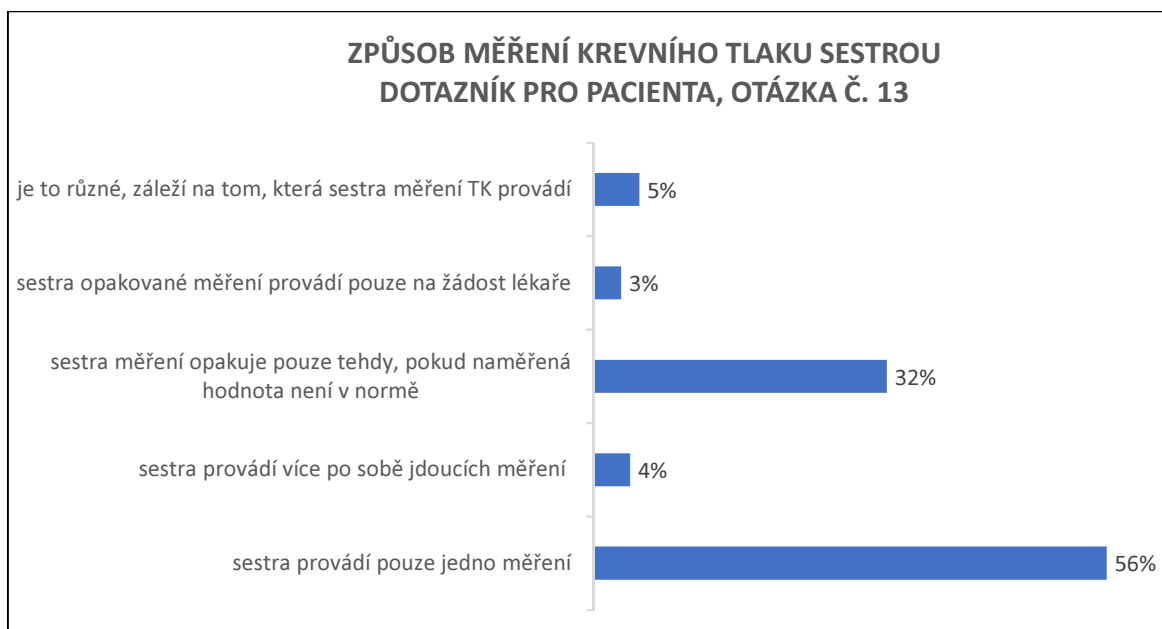
U otázky „Jak vnímáte měření krevního tlaku v ambulanci?“ určené pro pacienty byla respondentům dána možnost označit více variant odpovědí. Z celkového počtu 468 (100 %) respondentů jich 157 (34 %) označilo více odpovědí. Nejčastější kombinací více variant odpovědí byla odpověď č. 1 a č. 2 (měření jako nutná kontrola a obava z naměřené hodnoty). Druhou nejčastější kombinací byla odpověď č. 1 a č. 4 (pozitivně a obava z naměřené hodnoty). Celkem jsme získali 667 (100 %) všech odpovědí. Z toho 305 (46 %) odpovědí byla položka č. 1 (pozitivně), 180 (27 %) odpovědí byla položka č. 2 (měření jako nutná kontrola), 33 (5 %) odpovědí byla položka č.3 (negativně) a ve 149 (22 %) odpovědích byla označena položka č. 4 (obava z naměřené hodnoty).

Následující otázky směřované na pacienty mapují frekvenci a způsob měření TK v ambulanci

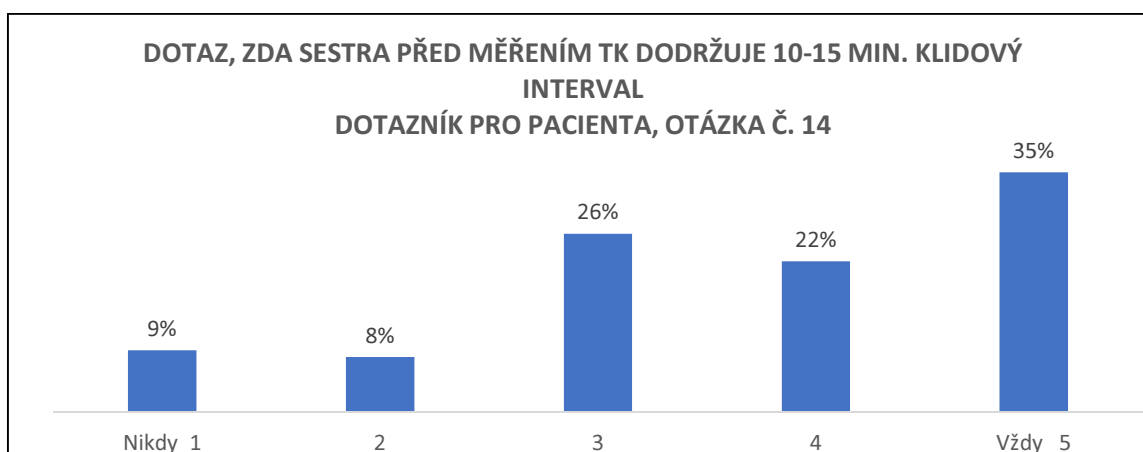
Graf 19 Frekvence měření krevního tlaku sestrou



Graf 20 Způsob měření krevního tlaku sestrou



Graf 21 Dotaz na správnost měření TK, dotazník pro pacienta, otázka č. 14

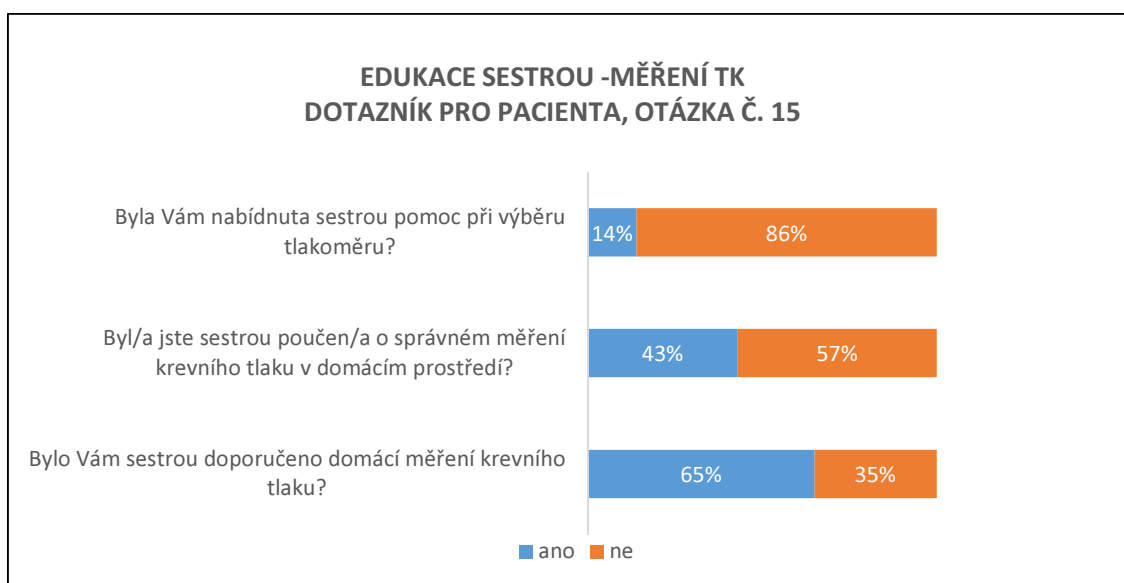


Na otázku frekvence měření TK v ambulanci z celkového počtu 468 (100 %) dotázaných udalo 189 (40 %) pacientů, že je jim měřen TK sestrou při každé návštěvě. 114 (24 %) pacientů odpovědělo, že jim sestra měří tlak vždy při předpisu léků na snížení krevního tlaku. 39 (8 %) pacientů udalo měření TK sestrou v intervalu minimálně 1x ročně, 55 (12 %) respondentů udalo interval minimálně 1x za 3 měsíce. 58 (12 %) respondentů se vyjádřilo, že jim sestra měří TK pouze pokud jsou objednáni k lékaři a 13 (3 %) pacientům údajně sestra měří TK pouze na požádání. Výsledky dotazníkového šetření týkající se frekvence měření TK jsou shrnuty v grafu č. 19.

Měření TK sestrou se týkaly i další otázky. Cílenými dotazy jsme se snažili zjistit, zda sestry dodržují zásady správného měření TK. Zaměřili jsme se na počet měřených hodnot v rámci jedné návštěvy a na dodržování 10-15 min. klidového intervalu před vlastním měřením. 261 (56 %) respondentů uvedlo, že sestra provádí výhradně jedno měření. Pouze 20 (4 %) pacientů uvedlo, že je jim tlak sestrou měřen opakovaně a výsledná hodnota TK je aritmetickým průměrem naměřených hodnot. 151 (32 %) pacientů se vyjádřilo, že sestra opakuje měření TK v případě, že první naměřená hodnota není v normě. Dle 23 (5 %) respondentů záleží počet měření na tom, jaká sestra TK měří. Zbýlých 13 (3 %) respondentů uvedlo, že je jim TK měřen sestrou opakovaně pouze na žádost lékaře. Dále byli pacienti požádáni, aby na stupnici od 1 do 5, kde 5 znamená vždy a 1 znamená nikdy, vyznačili dodržování 10 -15minutového klidového intervalu před vlastním měřením TK. 40 (9 %) pacientů se vyjádřilo, že sestry klidový interval nedodržují nikdy. Naopak 162 (35 %) se jich vyjádřilo, že klidový interval před vlastním měřením sestry dodržují vždy. Stupeň 2 označilo 39 (8 %), stupeň 3 124 (26 %) a stupeň 4 103 (22 %) dotázaných respondentů.

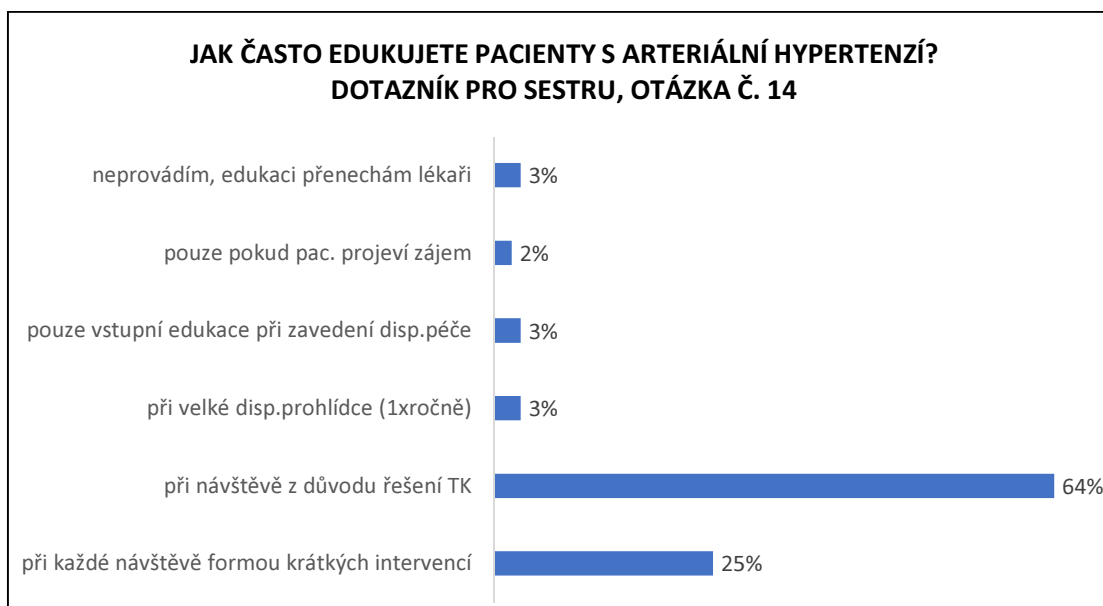
Následuje statistické vyhodnocení dotazníkového šetření, které se týkalo edukace pacienta s arteriální hypertenzí sestrou z pohledu pacienta a z pohledu sestry. Zjišťovali jsme současný stav i názory pacientů a sester na optimální formu edukace z jejich pohledu.

Graf 22 Edukace pacienta sestrou – měření TK



Z celkového počtu 468 (100 %) dotázaných respondentů jich 306 (65 %) odpovědělo, že jim sestrou bylo doporučeno domácí měření TK, 203 (43 %) pacientů sestra poučila o správném měření TK v domácím prostředí a pouze 64 (14 %) pacientům byla sestrou nabídnuta pomoc při výběru vhodného tonometru. Naopak 162 (35 %) pacientům údajně žádná ze sester nedoporučila domácí měření TK, 265 (57 %) pacientů nebylo dle odpovědí poučeno o správné technice měření TK v domácím prostředí a 404 (86 %) pacientů uvedlo, že jim nebyla nabídnuta pomoc při výběru tonometru.

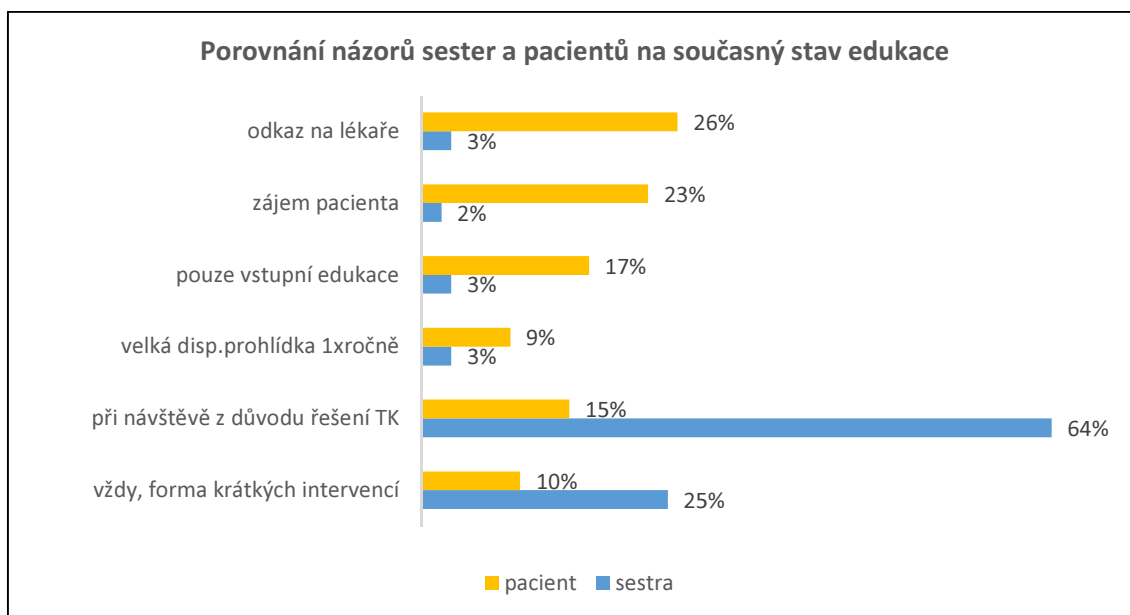
Graf 23 Edukace pacienta sestrou z pohledu sestry-současný stav



Graf 24 Edukace pacienta sestrou z pohledu pacienta-současný stav

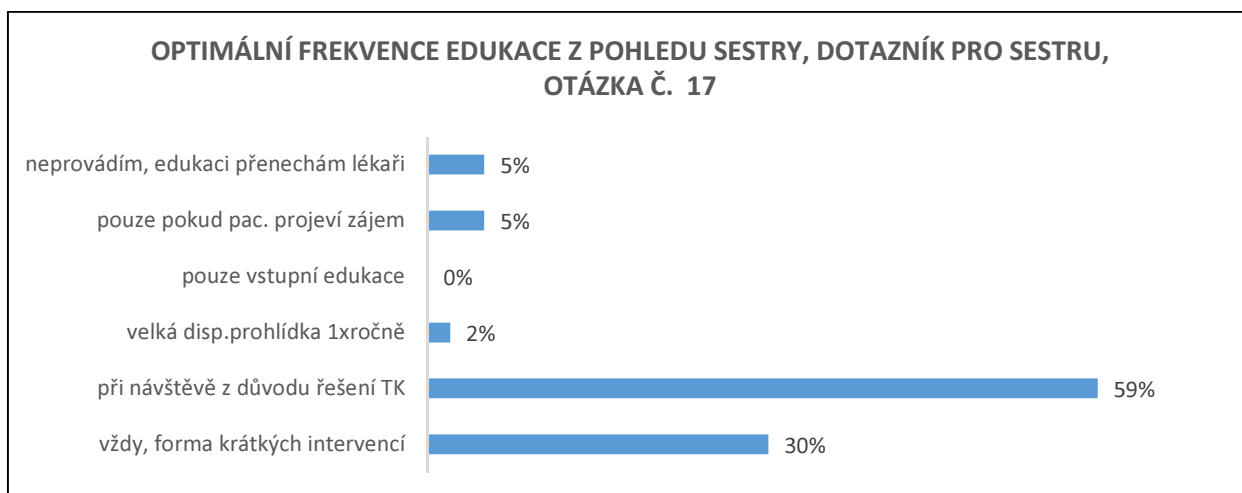


Graf 25 Edukace pacienta sestrou –současný stav, porovnání názorů sester a pacientů



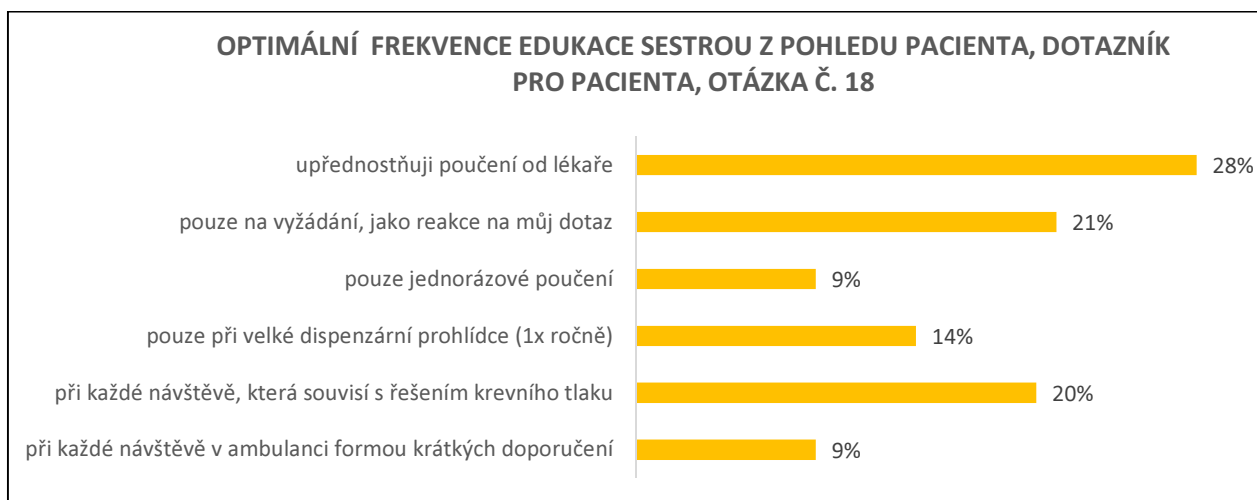
V rámci výzkumného šetření jsme se dotazovali pacientů i sester na současný stav edukace pacientů s arteriální hypertenzí sestrou. Mezi názory sester a pacientů na současný stav edukace jsou významné statistické rozdíly, což je názorně ukázáno v grafu č. 25. Na otázku, jak často probíhá edukace pacienta s vysokým TK odpovědělo 15 (25 %) sester, že edukují pacienty při každé návštěvě formou krátkých intervencí. Krátká doporučení týkající se léčby vysokého TK při každé návštěvě ambulance naopak udává pouze 46 (10 %) pacientů. Dle vyhodnocených odpovědí edukuje pacienty při návštěvě související s řešením TK 39 (64 %) dotázaných sester a pouze 69 (15 %) dotázaných pacientů uvedlo edukaci v této souvislosti. Další vyhodnocené odpovědi sester tvoří dohromady pouze 7 % všech odpovědí. 2 (3 %) sestrami byla označena varianta edukace pouze při velké dispenzární prohlídce 1x ročně, pouze vstupní edukace a varianta přenechání edukace na lékaře. Pouze 1 sestra, která činí 2 % z celkového počtu sester, uvedla edukaci pouze na žádost pacienta. 43 (9 %) respondentů z řad pacientů tvrdí, že jsou edukováni pouze 1x ročně při velké dispenzární prohlídce, 78 (17 %) údajně dostává od sestry pouze jednorázové poučení při vstupní dispenzární prohlídce. Zcela v rozporu s tvrzením sester udává 109 (23 %) pacientů edukaci pouze na vyžádání, jako reakci na cílený dotaz a dle 123 (26 %) pacientů sestra needukuje a případné dotazy směřuje na lékaře.

Graf 26 Optimální frekvence edukace z pohledu sestry



Každá z dotázaných sester se domnívá, že pouze vstupní edukace sestrou týkající se léčby arteriální hypertenze je nedostačující. Pouze jedna sestra (2 %) uvedla, že je dostačující edukace 1x ročně v rámci velké dispenzární prohlídky. Většina 36 (59 %) oslovených sester si myslí, že bychom pacienta měli edukovat průběžně, při každé návštěvě pacienta týkající se řešení TK. Druhou nejčtetnější byla u sester odpověď edukace při každé návštěvě ambulance formou krátkých intervencí. Tuto možnost označilo 18 (30 %) z dotázaných sester. Možnost edukaci přenechat lékaři a možnost edukovat pouze pokud pacient projeví zájem, označily shodně vždy 3 (5 %) sestry.

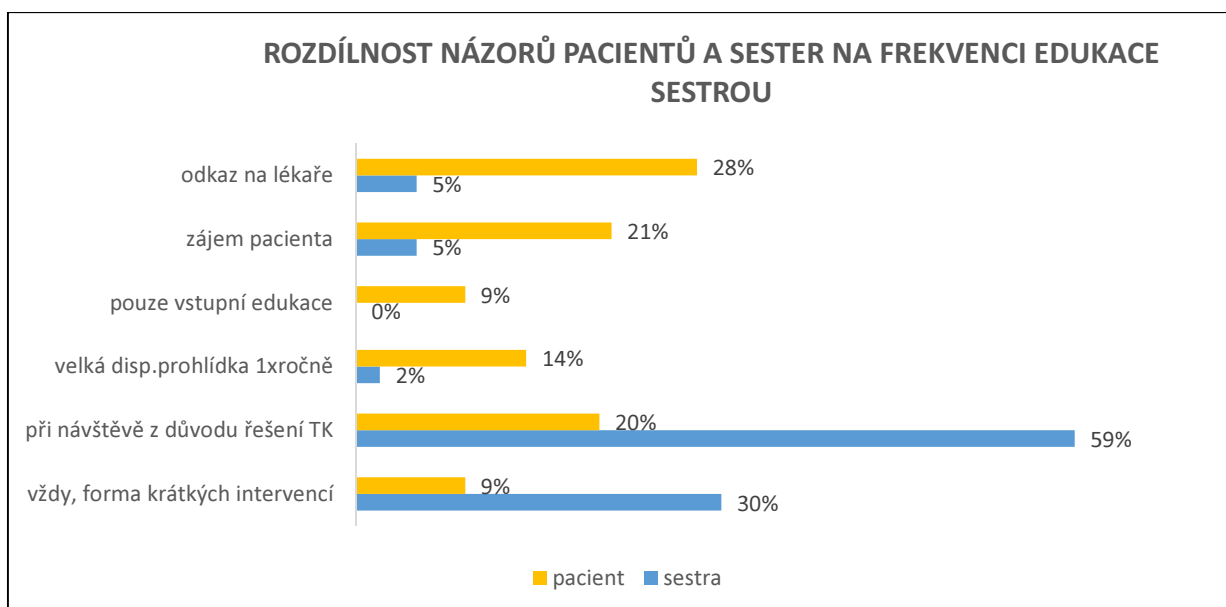
Graf 27 Optimální frekvence edukace sestrou z pohledu pacienta



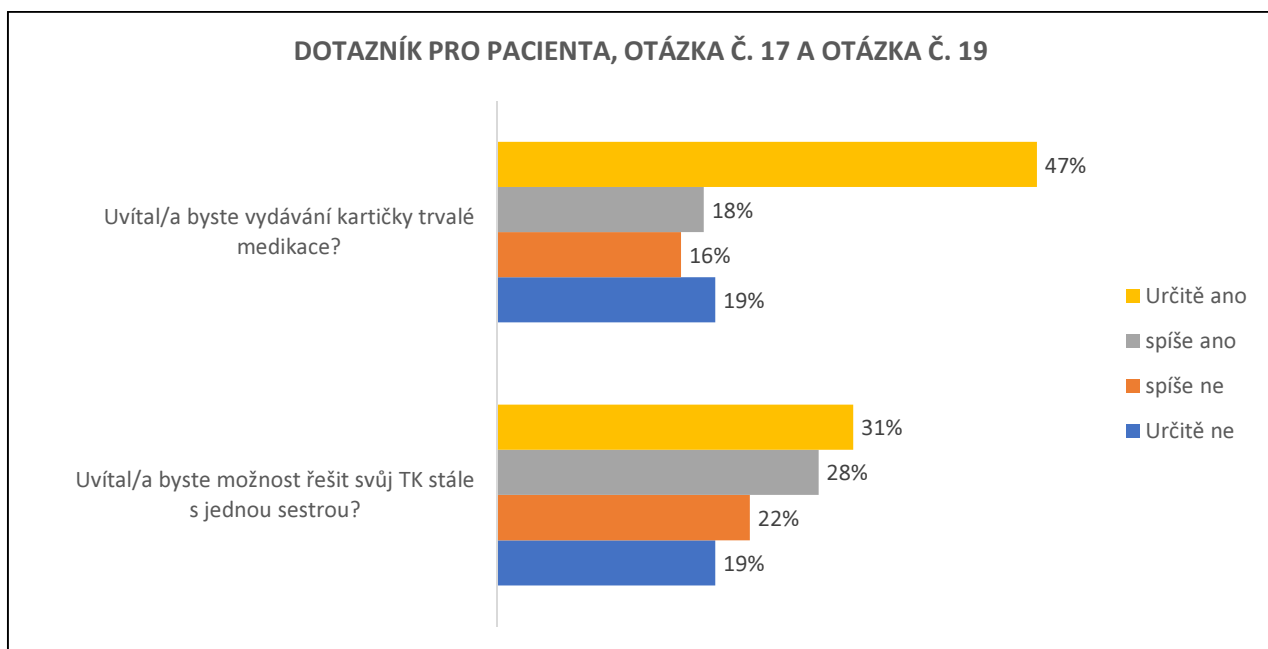
Z celkového počtu 468 (100 %) dotázaných pacientů jich 129 (28 %) upřednostňuje poučení od lékaře a 97 (21 %) by uvítalo, kdyby sestra pouze reagovala na jejich cílené dotazy. Při návštěvě, která souvisí s řešením TK, by chtělo být edukováno 94 (20 %) pacientů. Edukaci 1x ročně při velké dispenzární prohlídce preferuje 65 (14 %) a jednorázové poučení při vstupní dispenzární prohlídce 43 (9 %) všech respondentů z řad pacientů. Zbylých 40 (9 %) pacientů projevilo zájem o krátká doporučení při každé návštěvě ambulance bez ohledu na důvod návštěvy.

Statisticky bylo vyhodnoceno, že sestry a pacienti se v názorech na frekvenci edukace sestrou v rámci léčby arteriální hypertenze výrazně rozcházejí. Rozdílnost názorů je demonstrována na grafu č. 28

Graf 28 Rozdílnost názorů pacientů a sester na frekvenci edukace sestrou



Graf 29 Odpovědi pacientů na otázku č. 17 a č. 19

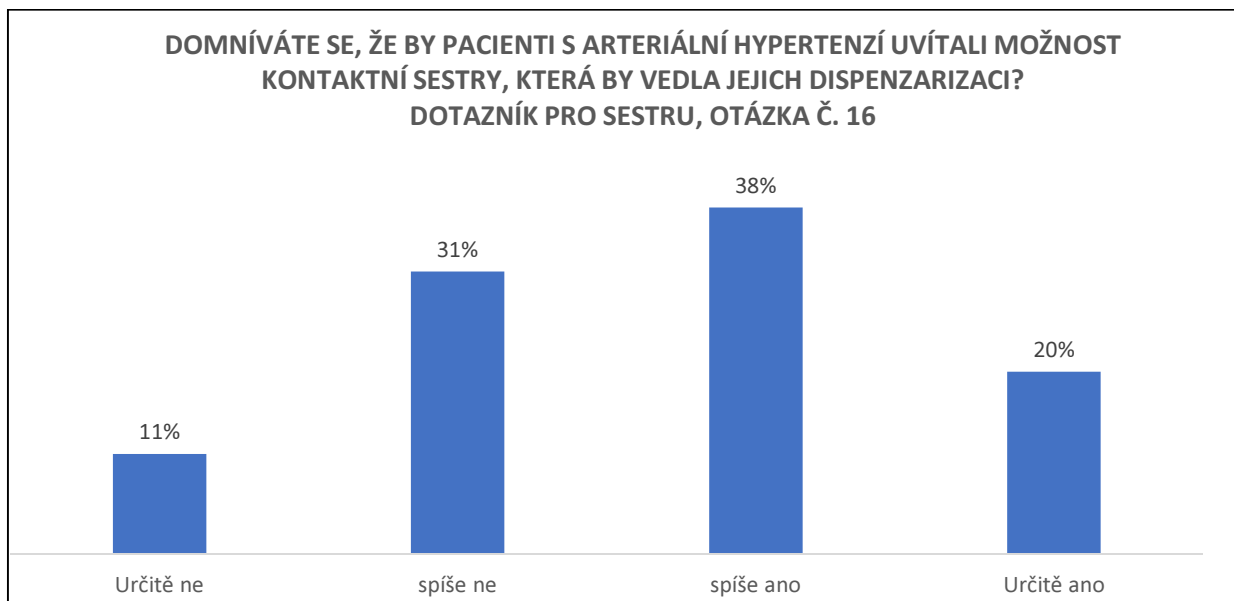


Pacienti byli dotázáni, zda by uvítali vydání kartičky se soupisem trvale užívaných léků. Negativně se vyjádřilo 164 (35 %) dotázaných, z toho 90 (19 %) zvolilo odpověď určitě ne a 74 (16 %) odpovědělo spíše ne. Kartičku trvalé medikace by uvítalo 304 (65 %) dotázaných, z toho 82 (18 %) odpovědělo spíše ano a 222 (47 %) určitě ano.

Na dotaz, zda by pacienti uvítali, aby se o ně v rámci dispenzarizace starala stále jedna kontaktní sestra, odpovědělo 91 (19 %) dotázaných určitě ne, 103 (22 %) spíše ne, 129 (28 %) spíše ano a 145 (31 %) určitě ano. Návrh byl přijat kladně, souhlasně se vyjádřilo 274 (59 %) všech dotázaných.

Dle tvrzení pacientů byla v současné době kartička trvalé medikace vydána pouze 43 (9 %) dotázaných z celkového počtu 468 (100 %) respondentů. Zbylých 425 (91 %) respondentů odpovídalo negativně.

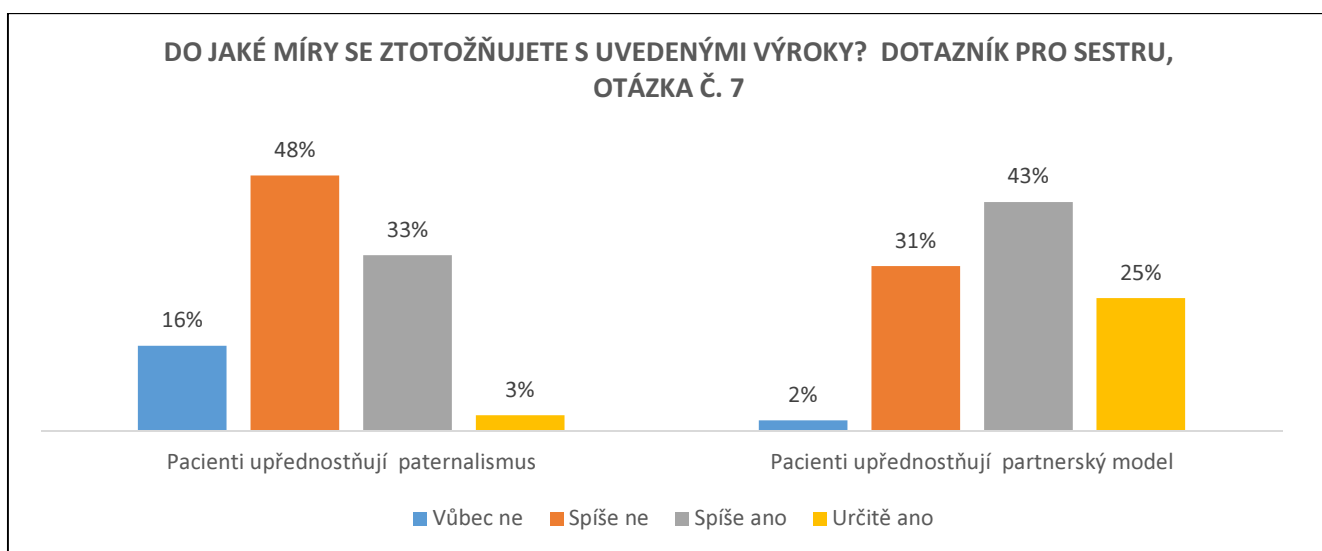
Graf 30 Názor sester na to, zda by pacienti s arteriální hypertenzí v rámci dispenzarizace uvítali možnost kontaktní sestry



Dotazované sestry jsme požádali, aby vyslovily svůj názor na to, zda by pacienti uvítali možnost kontaktní sestry, která by vedla jejich dispenzarizaci. 7 (11 %) sester uvedlo určitě ne, 19 (23 %) spíše ne, 23 (38 %) spíše ano a 12 (20 %) se domnívá, že určitě ano. Souhlasně se vyslovilo 58 % všech dotázaných sester, což je ve shodě s tvrzením pacientů.

Dále se budeme v praktické části diplomové práce věnovat statistickému vyhodnocení odpovědí na téma spoluúčast pacientů při léčbě arteriální hypertenze a aktivní přístup sestry.

Graf 31 Vztah lékař pacient z pohledu sestry

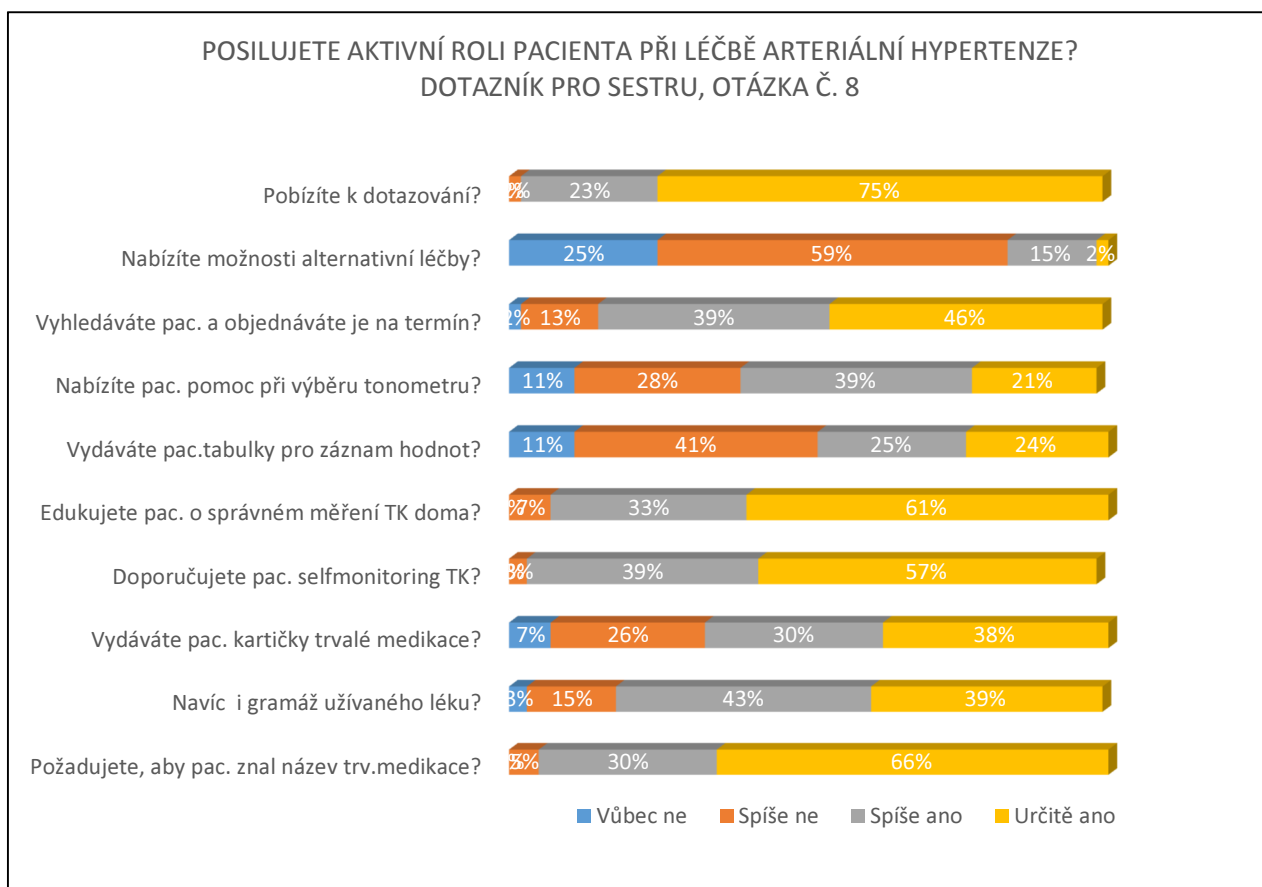


Dotázané sestry jsme požádali, aby dle svých zkušeností ohodnotily vztah sestry a lékaře. Hodnotily míru souhlasu s výroky „Pacienti upřednostňují paternalismus“ a „Pacienti upřednostňují partnerský model“. Četnost jednotlivých odpovědí je uvedena v tabulce č. 18

Tabulka 18 Vztah lékař pacient z pohledu sestry

Vztah lékař pacient	Vůbec ne	Spíše ne	Spíše ano	Určitě ano	Body
Pacienti upřednostňují paternalismus	10 (16 %)	29 (48 %)	20 (33 %)	2 (3 %)	259
Pacienti upřednostňují partnerský model	1 (2 %)	19 (31 %)	26 (43 %)	15 (25 %)	361

Graf 32 Posílení aktivní role pacienta při léčbě arteriální hypertenze sestrou

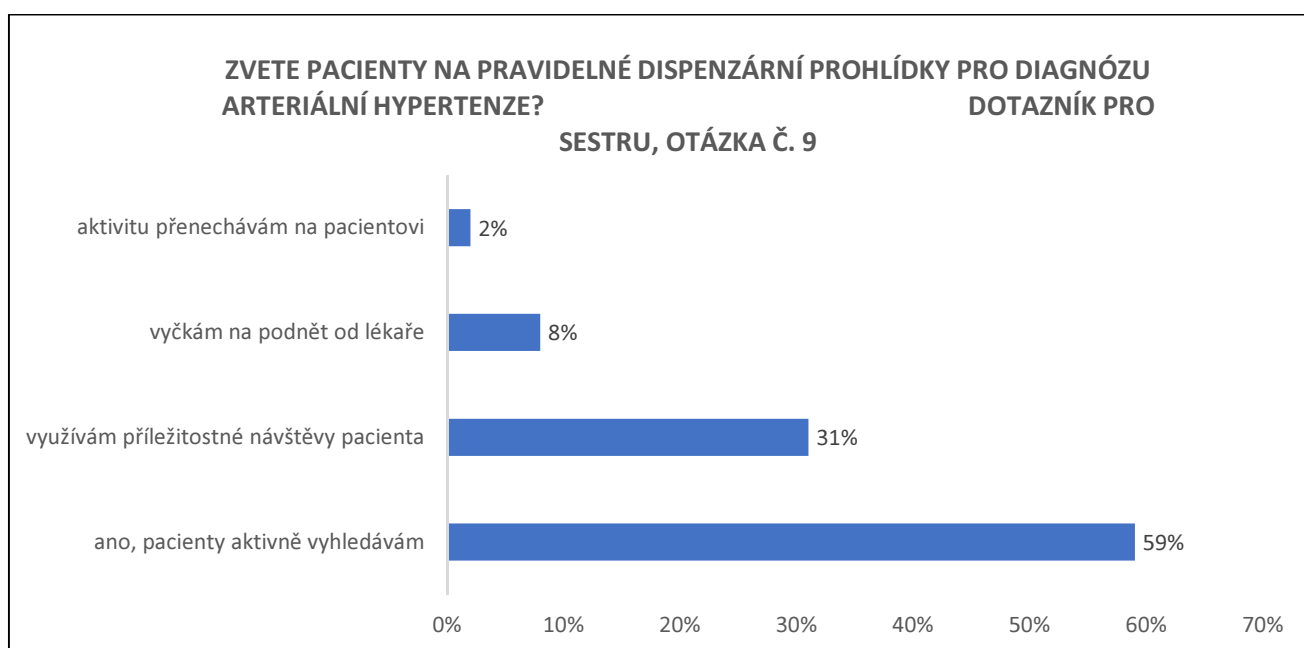


Zjišťovali jsme, do jaké míry sestry provádějí definované intervence vedoucí k posílení aktivní role pacienta při léčbě arteriální hypertenze. Pro srovnání jednotlivých intervencí jsme provedli bodové ohodnocení jednotlivých položek za pomoci indexu významnosti dle klíče uvedeného v úvodu praktické části diplomové práce. Na základě bodového hodnocení jsme vyhodnotili, že sestry nejčastěji pobízejí pacienty k dotazování a dále od pacienta vyžadují znalost názvu trvale užívaných léků. Další v pořadí, se stejným počtem bodů, je doporučení selfmonitoringu TK spolu s edukací o správné technice měření TK. Naopak nejméně sestry doporučují možnosti alternativní medicíny. Četnost jednotlivých odpovědí, včetně bodového hodnocení je přehledně uvedena v tabulce č. 19

Tabulka 19 Posílení aktivní role pacienta při léčbě arteriální hypertenze sestrou

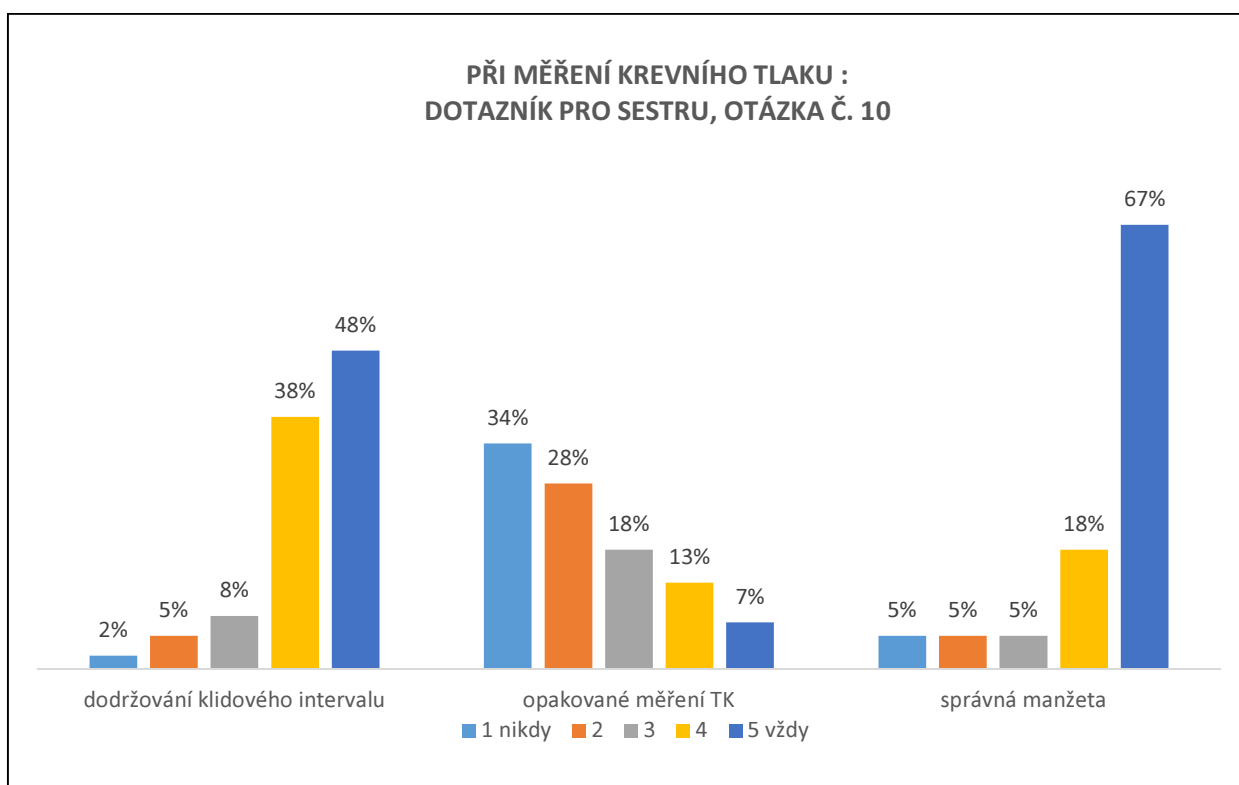
otázka č.8, posilujete aktivní roli pac.?	Vůbec ne	Spíše ne	Spíše ano	Určitě ano	body
Požadujete, aby pac. znal název trv.medikace?	0 (0 %)	3 (5 %)	18 (30 %)	40 (66 %)	460
Navíc i gramáž užívaného léku?	2 (3 %)	9 (15 %)	26 (43 %)	24 (39 %)	400
Vydáváte pac. kartičky trvalé medikace?	4 (7 %)	16 (26 %)	18 (30 %)	23 (38 %)	369
Doporučujete pac. selfmonitoring TK?	0 (0 %)	2 (3 %)	24 (39 %)	35 (57 %)	444
Edukujete pac. o správném měření TK doma?	0 (0 %)	4 (7 %)	20 (33 %)	37 (61 %)	444
Vydáváte pac. tabulky pro záznam hodnot?	7 (11 %)	25 (41 %)	15 (25 %)	14 (24 %)	308
Nabízíte pac. pomoc při výběru tonometru?	7 (11 %)	17 (28 %)	24 (39 %)	13 (21 %)	328
Vyhledáváte pac. a objednáváte je na termín?	1 (2 %)	8 (13 %)	24 (39 %)	28 (46 %)	414
Nabízíte možnosti alternativní léčby?	15 (25 %)	36 (59 %)	9 (15 %)	1 (2 %)	213
Pobízíte k dotazování?	0 (0 %)	1 (2 %)	14 (23 %)	46 (75 %)	471

Graf 33 Zvaní pacientů na pravidelné dispenzární prohlídky sestrou



Sestrám byla položena otázka, zda zvou své pacienty s diagnózou arteriální hypertenze na pravidelné dispenzární prohlídky. 36 (59 %) jich odpovědělo, že aktivně pacienty vyhledávají a objednáávají je na konkrétní termín. 19 (31 %) sester využívá k zajištění dispenzární prohlídky příležitostné návštěvy pacienta. 5 (8 %) respondentek uvedlo, že vyčkává na podnět od lékaře a pouze 1 (2 %) sestra aktivitu přenechává na pacientech.

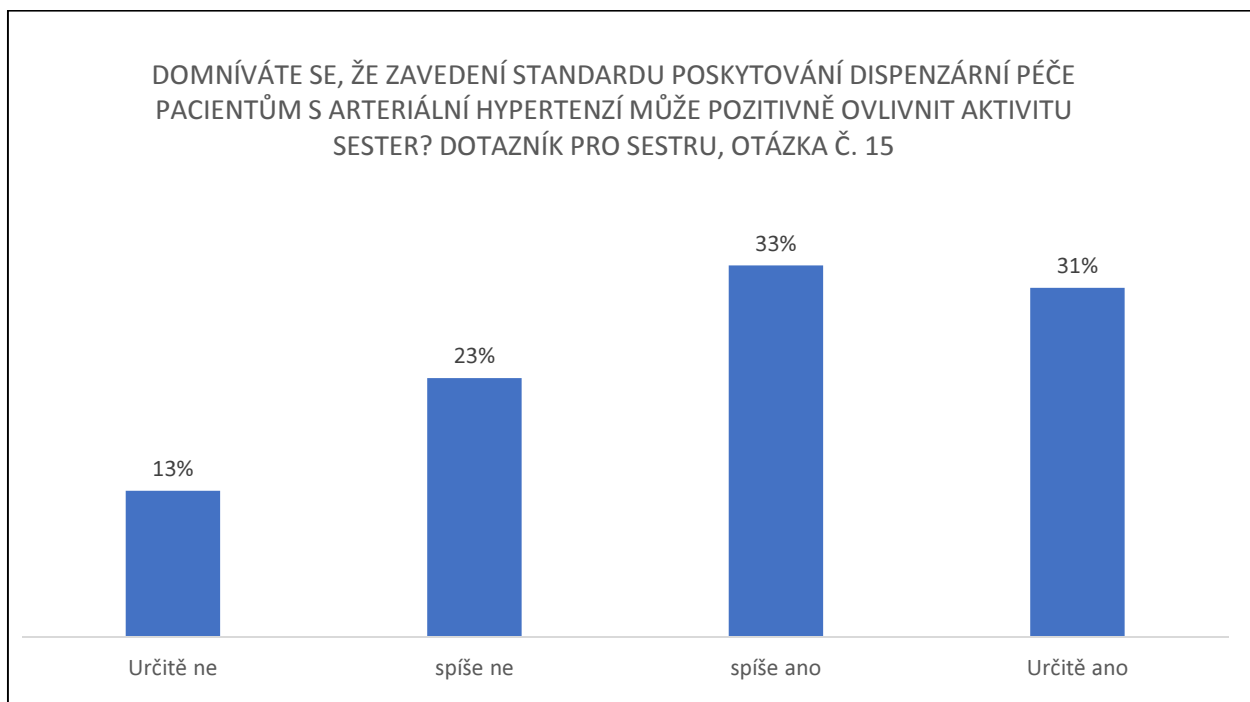
Graf 34 Dodržování zásad správného měření TK sestrou



Doptáváním sester jsme zjišťovali, zda při měření krevního tlaku dodržují správnou techniku měření. Zajímalo nás dodržování 10-15 min. klidového intervalu u pacienta před vlastním měřením. K hodnocení jsme použili stupnici od 1 do 5, kdy výroku ne odpovídá stupeň 1 a výroku vždy stupeň 5. Pozitivní bylo zjištění, že 29 (48 %) sester uvedlo stupeň 5 a 23 (38 %) stupeň 4. Stupeň 3 označilo 5 (8 %) sester a stupeň 2 3 (5 %) z dotázaných. Pouze jedna sestra klidový interval pacienta před měřením TK nedodržuje. Opakované měření TK a průměrování hodnot, dle zjištěných údajů, neprovádí 21 (34 %) sester. Na definované škále stupněm 2 odpovědělo 17 (28 %), stupněm 3 11 (18 %) a stupněm 4 8 (13 %) dotazovaných sester. Pouze 4 (7 %) oslovené sestry dodržují doporučený postup při měření TK ve smyslu opakovaného měření TK a průměrování hodnot. Z celkového počtu 61 (100 %) sester jich správnou manžetu při měření TK používá 41 (67 %), 11 (18 %) se vyjádřilo stupněm č. 4. Ostatních sestry se stejným dílem vyslovili pro stupeň 1, 2 a 3.

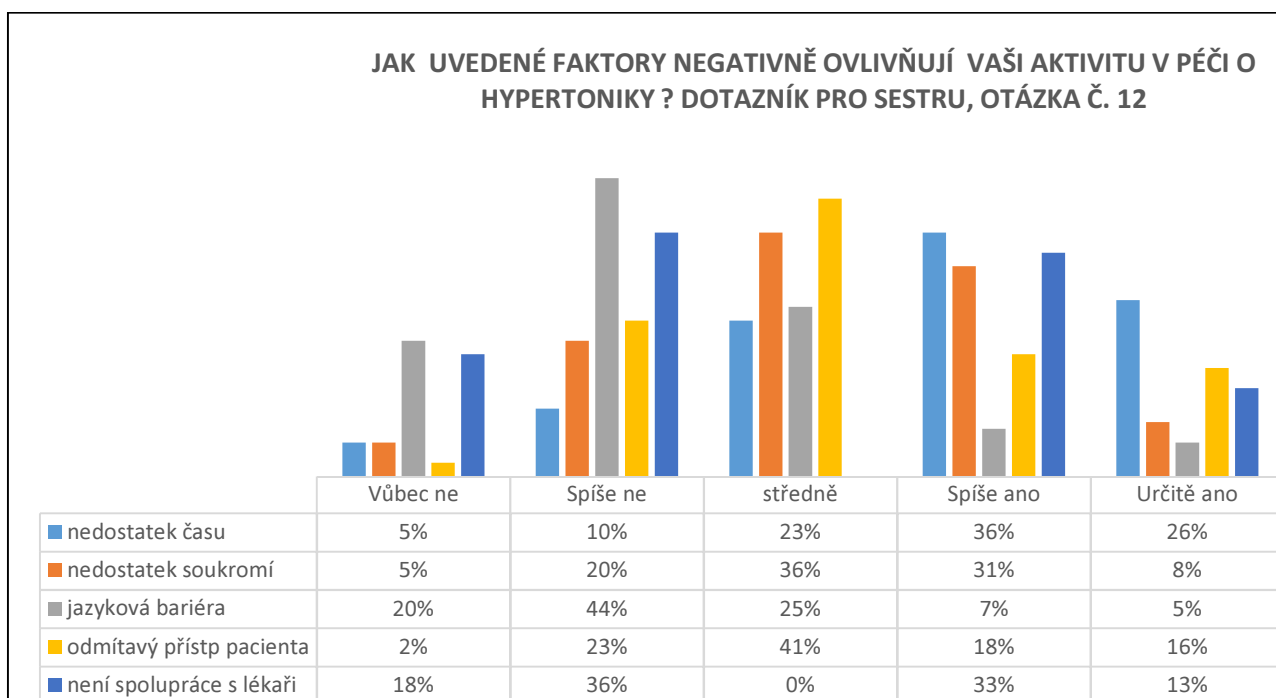
V této části diplomové práce zhodnotíme vliv definovaných faktorů na aktivitu sester při poskytování dispenzární péče hypertonikům.

Graf 35 Vliv zavedení standardu poskytování dispenzární péče pacientům s arteriální hypertenzí na aktivitu sester



Respondentů jsme se dotázali na názor, zda může zavedení standardu poskytování dispenzární péče pacientům s arteriální hypertenzí pozitivně ovlivnit jejich aktivitu. Souhlas vyslovilo celkem 39 (64 %) všech dotázaných sester, přičemž 19 (31 %) označilo určitě ano a 20 (33 %) spíše ano. Nesouhlas vyjádřilo 22 (36 %) sester, z toho 14 (23 %) označilo možnost spíše ne a 8 (13 %) variantu určitě ne. Šetřením jsme dále zjistili, že na některých pobočkách mají vytvořený manuál k optimalizaci poskytování dispenzární péče pacientům s arteriální hypertenzí. Existenci manuálu na pobočce potvrdilo 44 (72 %) sester, naopak 17 (28 %) sester uvedlo absenci manuálu na pobočce.

Graf 36 Míra ovlivnění aktivity sester při poskytování péče hypertonikům definovanými faktory.



V grafu s datovou tabulkou jsou definovány faktory, o kterých se domníváme, že mohou ovlivnit aktivitu sester při poskytování péče pacientům s arteriální hypertenzí a hodnocení sester, do jaké míry ovlivňují jejich aktivitu při práci s hypertoniky výše definované faktory. Odpovědi v absolutních hodnotách jsou upraveny do tabulky č. 20. Pro možnost hodnocení a lepší názornost byly jednotlivé položky bodově ohodnoceny indexem významnosti. Bodové hodnocení je uvedeno v tabulce č. 21

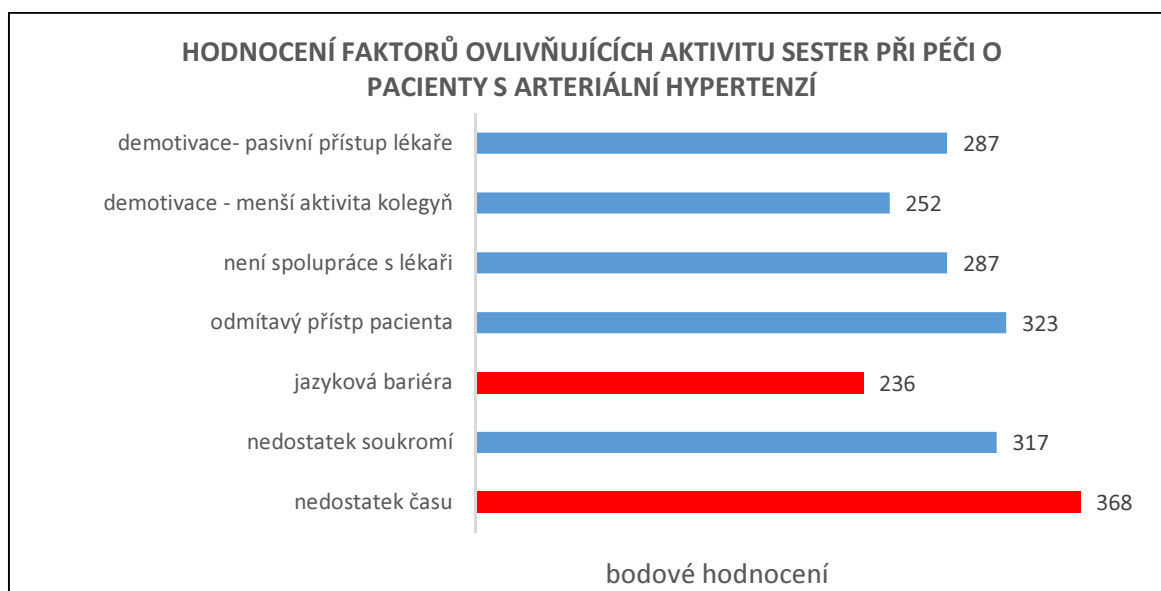
Tabulka 20 Míra ovlivnění aktivity sester při poskytování péče hypertonikům definovanými faktory.

Definované faktory / Hodnocení sester	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
nedostatek času	3	6	14	22	16
nedostatek soukromí	3	12	22	19	5
jazyková bariéra	12	27	15	4	3
odmítavý přístup pacienta	1	14	25	11	10
není spolupráce s lékaři	11	22	0	20	8

Tabulka 21 Míra ovlivnění aktivity sestry při poskytování péče hypertonikům definovanými faktory – bodové hodnocení

Definovaný faktor	Bodové hodnocení
nedostatek času	368
nedostatek soukromí	317
jazyková bariéra	236
odmítavý přístup pacienta	323
není spolupráce s lékaři	287
demotivace-menší aktivita kolegyň	252
demotivace-pasivní přístup lékaře	287

Graf 37 Hodnocení faktorů ovlivňujících aktivitu sester při péči o pacienty s arteriální hypertenzí



Bodové hodnocení významnosti jednotlivých faktorů vzhledem k negativnímu ovlivnění aktivity sester v rámci péče o pacienty s arteriální hypertenzí bylo převedeno pro lepší orientaci do grafu. Významnou roli v rámci péče o hypertoniky hraje nedostatek času. Sestry ho označily jako nejvýznamnější faktor, který tlumí jejich aktivitu v péči o pacienty. Naopak, nejmenší problém související s jejich aktivitou spatřují sestry v jazykové bariéře. Další v pořadí je odmítavý přístup pacienta a následuje nedostatek soukromí. Pasivní přístup lékaře k pacientům a chybějící součinnost lékaře a sestry v péči o pacienta je sestrami hodnocena stejně. Dle získaných dat je položka týkající se demotivace vlivem menší aktivity kolegyň méně významná. Z celkového počtu 61 (100 %) sester se jich 53 (87 %) domnívá, že všechny sestry z týmu poskytují pacientům s arteriální hypertenzí stejnou péči.

Na konec dotazníku pro sestry byla zařazena položka, kde sestry mohly vyjádřit svůj názor a připomínky k dané problematice. Z celkového počtu 61 sester jich položku vyplnilo 57. 18 sester různou formulací vyjádřilo, že k danému tématu nemají žádné připomínky. Nejčastěji se objevoval názor, že je nutná snaha o co nejvyšší míru zapojení pacienta do léčby, dále sestry zdůrazňovaly nutnost spolupráce sestry – lékař. Některé kolegyně zdůraznily potřebu standardu poskytování dispenzární péče pacientům s vysokým krevním tlakem. Často se objevovala stížnost na nedostatek času a prostoru. 2 kolegyně se přimlouvaly za možnost kontaktní sestry. Naopak jedna kolegyně se domnívá, že vzhledem k velkému počtu dispenzarizovaných pacientů, model kontaktní sestry není prakticky možný. Opakoval se rovněž názor, že k pacientům je třeba přistupovat individuálně a frekvenci edukací přizpůsobit podle potřeby každého pacienta. Domnívají se, že bychom přílišnou mírou informací pacienty mohli spíše odradit.

TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

Prvním krokem byla formulace statistické hypotézy. Nulovou hypotézou bývá výrok, který zpravidla vyjadřuje shodu porovnávaných souborů. Opakem je alternativní hypotéza, která většinou vyjadřuje rozdíl mezi porovnávanými soubory nebo přítomnost závislosti mezi proměnnými. K testování hypotéz jsme vybrali ANOVA test (analýza rozptylu). Testování jsme prováděli za pomoci MS Excel, karta DATA-analýza dat-Anova: dva faktory bez opakování. (Kožišek, Stieberová, 2012, s. 167-168, s. 220-224)

Hypotéza 1

Jako vstupní oblast jsme zvolili tabulku č. 6 Bodové hodnocení jednotlivých motivačních faktorů – odpovědi sester i pacientů. Po zadání vstupní oblasti jsme obdrželi následující výstup.

Anova: dva faktory bez opakování

<i>Faktor</i>	<i>Počet</i>	<i>Součet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Rozptyl</i>
Řádek 1	2	794	397	450
Řádek 2	2	651	325,5	5512,5
Řádek 3	2	491	245,5	7080,5
Řádek 4	2	447	223,5	180,5
Řádek 5	2	678	339	6728
Řádek 6	2	307	153,5	924,5
Řádek 7	2	468	234	4608
Řádek 8	2	580	290	4608
Řádek 9	2	688	344	8
Řádek 10	2	667	333,5	0,5
Řádek 11	2	622	311	338
Sloupec 1	11	2900	263,6364	6698,855
Sloupec 2	11	3493	317,5455	4451,873

ANOVA

<i>Zdroj variability</i>				<i>Hodnota</i>		
	<i>SS</i>	<i>Rozdíl</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F krit</i>
Řádky	97052,82	10	9705,282	6,714388	0,002927	2,978237
Sloupce	15984,05	1	15984,05	11,05821	0,007677	4,964603
Chyba	14454,45	10	1445,445			
Celkem	127491,3	21				

Výsledek ANOVA testu:

F (6,71) > F krit (2,98), Hodnota P= 0,003 (0,3 %) < $\alpha=0,05$ (5 %)

F (11,06) > F krit (4,96), Hodnota P=0,007 (0,7 %) < $\alpha=0,05$ (5 %)

Hodnota testové statistiky F je větší než kritická hodnota F krit a hodnota testové statistiky P je menší než hladina významnosti α , tudíž nulovou hypotézu zamítáme a **přijímáme** alternativní hypotézu: **Názory pacientů a sester na motivaci pacientů k dodržování léčby arteriální hypertenze se neshodují**. Analýzu rozptylu významným způsobem ovlivňuje závažnost jednotlivých motivačních faktorů i různé skupiny respondentů (skupina sester, skupina pacientů)

Výsledek hypotézy zdůrazňuje obrázek č.3

Obrázek 3 Rozdíl v bodovém hodnocení motivačních faktorů z pohledu sestry a z pohledu pacienta

motivační faktor / hodnocení	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
obava z komplikací	4%	4%	10%	14%	24%
zhoršující se zdravotní stav, nevykonnost	23%	12%	8%	22%	5%
obava ze ztráty zaměstnání	50%	10%	21%	18%	3%
snaha dokázat blízkým....	35%	24%	25%	5%	9%
negativní událost v okolí	26%	15%	3%	42%	2%
náboženské přesvědčení	43%	38%	6%	1%	2%
zdravotní výchova sestrou	48%	9%	31%	10%	2%
zdravotní výchova lékařem	36%	5%	16%	31%	1%
pravidelné měření TK a výsl.hodnoty	9%	5%	43%	24%	23%
pravidelné kontroly u lékaře	11%	3%	19%	19%	24%
podpora rodiny	19%	0%	21%	12%	14%

Průměrný rozdíl mezi bodovým hodnocením významnosti motivačních faktorů sestrami a hodnocením pacienty činí 17 %.

Hypotéza 2

Jako vstupní oblast jsme zvolili tabulku č. 12 Bodové hodnocení důležitosti sesterských intervencí zaměřených na pomoc pacientovi-odpovědi sester a pacientů.

Po zadání vstupní oblasti jsme obdrželi následující výstup:

Anova: dva faktory bez opakování

<i>Faktor</i>	<i>Počet</i>	<i>Součet</i>	<i>Průměr</i>	<i>Rozptyl</i>
Řádek 1	2	754	377	392
Řádek 2	2	877	438,5	420,5
Řádek 3	2	811	405,5	1104,5
Řádek 4	2	807	403,5	1300,5
Řádek 5	2	786	393	128
Řádek 6	2	727	363,5	1200,5
Řádek 7	2	715	357,5	3280,5
Řádek 8	2	613	306,5	2812,5
Řádek 9	2	633	316,5	2520,5
Řádek 10	2	644	322	7938
Řádek 11	2	715	357,5	5100,5
Sloupec 1	11	4207	382,4545	546,8727
Sloupec 2	11	3875	352,2727	4997,818

ANOVA

<i>Zdroj variability</i>	<i>SS</i>	<i>Rozdíl</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>F krit</i>
Řádky	34259,09	10	3425,909	1,616924	0,230372159	2,978237
Sloupce	5010,182	1	5010,182	2,364652	0,155128827	4,964603
Chyba	21187,82	10	2118,782			
Celkem	60457,09	21				

Výsledek ANOVA testu:

F (1,62)<F krit (2,98), Hodnota P=0,23 (23 %)> $\alpha=0,05$ (5 %)

F (2,36)<F krit (4,96), Hodnota P=0,16(16 %) > $\alpha=0,05$ (5 %)

Hodnota testové statistiky F je menší než kritická hodnota F krit a hodnota testové statistiky P je větší než hladina významnosti α , tudíž **přijímáme** nulovou hypotézu: **Pacienti a sestry se shodují na důležitosti režimových a léčebných opatření z hlediska léčby arteriální hypertenze.** V tomto případě ani jeden faktor, ať už důležitost režimových a léčebných opatření nebo skupina respondentů, nepůsobí statisticky významně.

Výsledek hypotézy zdůrazňuje obrázek č.4

Obrázek 4 Rozdíl v bodovém hodnocení důležitosti léčebných a režimových opatření z hlediska léčby arteriální hypertenze – odpovědi sester a pacientů

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
změna jídelníčku	1%	9%	3%	1%	12%
jak dodržovat prav. užívání léků	1%	2%	6%	7%	16%
fyzická aktivita	0%	10%	9%	1%	18%
odvykání kouření	3%	16%	1%	15%	28%
udržování přim.,tělesné hmotnosti	0%	10%	23%	0%	13%
snižování stresu	14%	4%	4%	8%	7%
psychická podpora	15%	5%	9%	17%	13%
pomoc při výběru tonometru	25%	5%	17%	6%	7%
nácvik správného měření TK	23%	7%	4%	14%	14%
zdravotní výchova sestrou	23%	18%	2%	21%	19%
zajistit konzultaci s lékařem	14%	13%	4%	12%	21%

Průměrný rozdíl mezi bodovým hodnocením potřebnosti sesterských intervencí sestrami a hodnocením pacienty činí 10 %.

6 DISKUSE

Hlavní cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem můžeme zlepšit adherenci pacientů s arteriální hypertenzí k léčebným doporučením. K dosažení hlavního cíle nám měly dopomoci jednotlivé dílčí postupy. Zjišťovali jsme faktory, které mohou pozitivně ovlivnit motivaci pacienta k léčbě arteriální hypertenze a důležitost určitých sesterských intervencí. Dotazovali jsme se sester i pacientů a jejich názory jsme vzájemně porovnávali. Mapovali jsme současný stav poskytování dispenzární péče pacientům s AH a zároveň nás zajímal názor, jak si pacienti a sestry představují optimální ošetrovatelskou péči týkající se AH. Zjišťovali jsme, zda při poskytování dispenzární péče hypertonikům existují okolnosti, které tlumí aktivitu sester. Dotazníkové šetření proběhlo v období 10. 12. 2018 – 31. 1. 2019. Respondentům z řad pacientů bylo odesláno celkem 2283 dotazníků. Návratnost 20 % byla oproti původnímu předpokladu vysoká. Původní předpoklad se opíral o výsledek výzkumného šetření prováděného v rámci bakalářské práce rovněž v týmové praxi PL Moje ambulance v roce 2016, kdy návratnost dotazníků byla 13 %. (Synáčová, 2016) Ve společnosti Moje ambulance a.s. pracuje celkem 113 všeobecných nebo praktických sester. Každá sestra byla oslovena s prosbou o vyplnění dotazníku. Návratnost byla 61 (54 %) dotazníků, což bylo určitým zklamáním. Vzhledem k aktuálnosti tématu a vysoké prevalenci arteriální hypertenze u pacientů registrovaných ve společnosti Moje ambulance a.s., bychom předpokládali vyšší návratnost. Nižší návratnost přisuzujeme spíše velké pracovní vytíženosti sester než nezájmu o danou problematiku. Na základě charakteristiky souboru sester, týkající se délky praxe v ambulanci PL a nejvyššího dosaženého vzdělání v oboru ošetrovatelství, můžeme předpokládat, že získané informace odrážejí zkušenosti sester a dobře vystihují úroveň péče o pacienty s AH. Průměrný věk respondentů ze skupiny pacientů je 55 let. Většina dotázaných pacientů je dispenzarizována pro diagnózu arteriální hypertenze u svého PL, což je v souladu s tvrzením, že léčba pacientů s arteriální hypertenzí by měla směřovat do oblasti primární péče. Důležitá je zkoordinovaná péče o chronicky nemocné s jejich aktivním zapojením do léčby, efektivní léčba a akceptování nemoci ze strany informovaného pacienta. Oborová zdravotní pojišťovna (OZP) organizuje projekt péče o chronicky nemocné „Disease management programs“ určený pro praktické lékaře. OZP se inspirovala v Holandsku. Snaží se pomocí bonusů motivovat praktické lékaře k poskytování efektivní zdravotní

péče chronicky nemocným. (Zdravotnický deník, 2018) I společnost Moje ambulance a.s. je do tohoto projektu zapojena.

Analýzou odpovědí týkajících se faktorů, které pacienta motivují k dodržování léčebných opatření, jsme zjistili, že existují statisticky významné rozdíly v hodnocení důležitosti motivačních faktorů z hlediska pacientů a z hlediska sester. Odmítli jsme nulovou hypotézu a přijali hypotézu alternativní, která říká, že názory pacientů a sester na motivaci pacientů k dodržování léčby arteriální hypertenze se neshodují. Nejvíce sestry přeceňují, v porovnání s názorem pacientů, jako motivační faktor negativní událost v okolí, obavu ze ztráty zaměstnání a zhoršující se zdravotní stav. Rovněž zdravotní výchově sesterským nebo lékařským personálem přisuzují sestry větší význam než pacienti. V rozporu s celkovým hodnocením důležitosti motivačních faktorů se pacienti a sestry zcela shodují na nutnosti pravidelného měření TK a pravidelných kontrol u lékaře. Spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem (sestra, lékař), zdůrazňování cíle léčby a systematické kontrolní návštěvy ambulance výraznou měrou přispívají ke zvyšování adherence pacienta k léčbě. (Overgaard Andersen, 2016). Z toho vyplývá, že je nutné pacienty v této motivaci podporovat, důsledně dbát na dodržování kontrol u lékaře a na pravidelné měření TK. Podle hodnocení motivačních faktorů můžeme při edukaci apelovat na pacienta správným směrem. Statistickým zpracováním dat jsme zjistili, že rozdíly mezi názory sester a pacientů na důležitost léčebných a režimových opatření z hlediska léčby AH jsou statisticky nevýznamné a přijali jsme nulovou hypotézu: Pacienti a sestry se shodují na důležitosti režimových a léčebných opatření z hlediska léčby arteriální hypertenze. Jako nejdůležitější respondenti uvedli dodržování pravidelného užívání léků, udržování přiměřené tělesné hmotnosti, zdravé stravování, dostatečná pohybová aktivita a nekouřit. Pacienti podceňují zdravotní výchovu sestrou i lékařem.

Dále nás zajímalo, jak se pacientům daří dodržovat léčebná doporučení. Pacienti si ve shodě s názorem sester nejvíce stěžují na problém s udržením tělesné hmotnosti, na nedostatečnou pohybovou aktivitu, na dodržování zdravého stravování a neumí se vyhýbat stresu. Nejmenší problém jim činí pravidelné užívání léků. Ve studiích, které probíhaly v ČR, byla zjištěna vysoká prevalence základních rizikových faktorů KVO (nadváha, špatné stravovací návyky a nedostatek pohybu a s tím související lipidové parametry, kouření). Výzkumem bylo zjištěno, že tyto rizikové faktory jsou, i přes intervence ze strany zdravotníků, velmi těžko ovlivnitelné. (Cífková, 2011, 2013) Na

základě analýzy dat týkajících se dodržování léčebných opatření můžeme předpokládat, že výskyt rizikových faktorů KVO bude vysoký i u dotazované skupiny pacientů.

Na základě výzkumného šetření můžeme vyslovit názor, že sesterské intervence na podporu adherence pacientů k léčbě arteriální hypertenze jsou prováděny v dostatečné míře. Soustředili jsme se na činnosti posilující aktivní účast pacientů na léčbě. (tabulka č. 19) Iniciativa sester koresponduje s chováním pacientů (tabulka č. 16, č. 17)

Další oddíl statistického zpracování je věnován měření krevního tlaku. Naměřená hodnota TK má zásadní význam pro nastavení a další plán léčby, proto je velmi důležité, aby byla správná. Ze zjištěných údajů je patrné, že zásady správného měření krevního tlaku jsou dodržovány pouze částečně. Pouze 4 (7 %) námi oslovené sestry provádí opakované měření TK a hodnoty průměrují. Jako problematické jsme rovněž identifikovali volbu správné manžety a dodržování klidového intervalu před vlastním měřením. Nedostatky při měření krevního tlaku popisuje ve své bakalářské práci na téma „*Měření krevního tlaku z pohledu znalostní ošetrovatelské péče*“ i studentka Markéta Pilišková z Masarykovy univerzity v Brně. (Pilišková, 2009)

Zjišťovali jsme, zda je domácí měření TK pacientům doporučováno, zda byli poučeni o správném měření TK v domácím prostředí a zda jim byla nabídnuta pomoc při výběru tonometru. Sesterské intervence v této oblasti nejsou dostačující. Byly zjištěny rezervy především v edukaci pacientů stran správné techniky měření TK a v pomoci při koupi měřidla. Cílem je zajistit, aby selfmonitoring provádělo co nejvíce pacientů s arteriální hypertenzí. Pacienti často odpovídali, že mají obavu z vysoké hodnoty TK způsobené vlivem prostředí. I pro tyto pacienty je selfmonitoring velkým přínosem. Umožňuje získání více hodnot TK, v různých denních časech a v domácím prostředí. Na základě těchto hodnot může lékař optimálně nastavit farmakologickou léčbu. Zvyšuje spoluúčast pacienta na léčbě. Zajímavá je myšlenka na vybavení ordinace praktického lékaře tonometry určenými k zapůjčení za pomoci sponzorů. Přínosné by rovněž byly příspěvky zdravotních pojišťoven pacientům s AH na pořízení vlastního tonometru. (Peleška, 2009, Nesvadba, 2017)

V další fázi jsme mapovali současný stav edukace prováděné u pacientů s AH z pohledu pacienta a z pohledu sestry a zajímali nás názory obou skupin na optimální frekvenci edukace. Mezi sestrami a pacienty existují výrazné rozdíly, jak v hodnocení současného stavu, tak v názorech na optimální frekvenci edukace. Většina sester (64 %) uvedla, že edukuje svoje pacienty vždy při návštěvě, která souvisí s řešením TK. 25 % dotázaných sester se vyjádřilo, že edukuje pacienty s AH při každé návštěvě ordinace. Nejvíce

dotázaných pacientů (26 %) se domnívá, že sestra přenechává edukaci lékaři. 23 % pacientů si myslí, že je edukováno pouze na vlastní žádost. Důležitý je dostatek času, soukromí a správná komunikace, aby pacienti pochopili, že se jedná o zdravotní výchovu. Obě skupiny považují současný stav za optimální. Každá návštěva pacienta je příležitostí ke zdravotní výchově (Seifert, 2013, s.133). Toto tvrzení nemusí platit za každé situace. K pacientům je třeba přistupovat individuálně a frekvenci edukací přizpůsobit podle potřeby každého pacienta. Přílišnou mírou informací bychom pacienty mohli spíše odradit. Pokud pacient přichází s obtížemi (bolest, horečka) zcela určitě nebude mít zájem o informace a jeho pozornost bude současnými zdravotními potížemi snížena. Pacienti i sestry ve shodě vyjádřili svůj názor, že by přínosem pro pacienty byla kontaktní sestra. Na tuto sestru by se mohli obracet se všemi záležitostmi týkajícími se vysokého TK. Sestra by pacienty informovala o blížícím se termínu pravidelných kontrol, zajišťovala by konkrétní termíny návštěv u lékaře. Sestra – lékař – pacient by společně nastavili optimální léčebný plán.

Na závěr jsme vyhodnocovali data, týkající se pouze sester. Zajímalo nás, zda existují faktory, které ovlivňují aktivitu sester při péči o pacienty s arteriální hypertenzí. 64 % dotázaných sester se domnívá, že jejich aktivitu v péči o pacienty a AH může pozitivně ovlivnit zavedení standardu poskytované péče týkající se pacientů s AH. Nejvíce aktivitu sester, dle jejich tvrzení, tlumí nedostatek času. Na druhé místo zařadily sestry odmítavý přístup pacienta. Překvapivě nejméně ovlivňuje jejich aktivitu jazyková bariéra na straně pacienta. Budeme se snažit již při objednávání pacientů zajistit dostatečnou časovou dotaci na dispenzární prohlídku a vhodnou komunikací a edukací docílit pozitivního přístupu pacienta k léčbě.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce na téma „*Ošetrovatelský management při dispenzarizaci pacientů s hypertenzí v ambulanci praktického lékaře*“ bylo zjistit, jakým způsobem můžeme zlepšit adherenci pacientů s arteriální hypertenzí k léčebným doporučením. Výzkum byl prováděn u pacientů týmové praxe praktických lékařů Moje ambulance a.s., kteří se léčí pro diagnózu arteriální hypertenze, a u všeobecných (praktických) sester pracujících v této společnosti. Šetřením jsme zjistili, že pacienti a sestry se shodují na nutnosti pravidelného měření TK a pravidelných kontrol u lékaře. Pacientům největší problém činí dodržování zdravého stravování, dosáhnout přiměřené tělesné hmotnosti a dostatečná pohybová aktivita. Neumí se vyhýbat stresovým situacím. Alarmující je zjištění, že nejsou sestrami v dostatečné míře dodržovány zásady správného měření TK. Je třeba intenzivněji doporučovat domácí měření TK, včetně nácviku správné techniky měření a pomoci při výběru měřícího přístroje. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že optimální by byla edukace při každé návštěvě lékaře, která souvisí s řešením krevního tlaku. Na základě těchto zjištění budeme provádět následné intervence s cílem poskytovat pacientům s arteriální hypertenzí optimální dispenzární péči. Výstupem diplomové práce bude vytvoření standardu poskytování dispenzární péče pacientům s arteriální hypertenzí v ambulanci praktického lékaře. Standard bude vytvořen na základě současných doporučených postupů a zároveň budou zohledněny výsledky výzkumného šetření. Důraz budeme klást na dodržení adekvátní časové dotace u jednotlivých dispenzárních prohlídek. Přínosná by rovněž byla aktualizace současných edukačních materiálů s využitím informací, které vyplynuly z výzkumného šetření. Podnětné je určení kontaktní sestry, která by vedla dispenzární péči pacientů s vysokým TK. Je nutné prověřit, zda je při vysokém počtu pacientů tento model reálný. Výsledky výzkumného šetření budou prezentovány na Konferenci ošetrovatelství a porodní asistence konané 7. 5. 2019 v Plzni.

Závěrem je třeba zdůraznit, že samotná léčba, i přes veškerou aktivitu zdravotníků, nestačí. Pacienti si musí uvědomit, že je třeba zamítnout své špatné návyky. Velký vliv na cílové hodnoty TK a celkový zdravotní stav pacientů má způsob jejich života. Pacienty je třeba vést ke spoluúčasti na léčbě a k odpovědnosti za svůj zdravotní stav.

SEZNAM LITERATURY

BULAS, Jozef et al. Rizikový profil hypertonika. *Vnitřní lékařství*. 2010, roč. 56, č. 8, s. 832-837 příl. ISSN 0042-773X.

BÝMA, Svatopluk, HRADEC, Jaromír. *Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné lékaře. Prevence kardiovaskulárního onemocnění. Novelizace 2018*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2018. 13 s. ISBN 978-80-86998-95-4.

CÍFKOVÁ, Renata et al. Prevalence základních kardiovaskulárních rizikových faktorů v české populaci v letech 2006-2009: studie Czech post-MONICA. *Cor et Vasa*. 2011, roč. 53, č. 4-5, s. 220-229. ISSN 0010-8650.

CÍFKOVÁ, Renata et al. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v ordinaci praktických lékařů – projekt FIAKR. *Postgraduální medicína*. 2013, roč. 15, č.9, s. 946-951. ISSN 1212-4184.

CÍFKOVÁ, Renata. *Automatické měření krevního tlaku ve zdravotnickém zařízení*. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře. 2016, roč. 8, č. 2, s. 71-73. ISSN 1803-7542.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, PAVLICOVÁ, Jindra. *Ošetřovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén, 2013. 121 s. ISBN 978-80-7492-063-9.

HRADEC, Jaromír, BÝMA, Svatopluk. Prevence kardiovaskulárních onemocnění. *Postgraduální medicína*. 2009, roč. 11, č. 7, s. 756-759. ISSN 1212- 4184.

HOMOLKA, Pavel. *Monitorování krevního tlaku v klinické praxi a biologické rytmy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-2896-4.

CHRASTINA, Jan, DOUPALOVÁ, Pavla, VÁCLAVÍK, Jan. Neinvazivní měření krevního tlaku u hypertenzních pacientů. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2015, roč. 14, č. 2, s. 70-73. ISSN 1213-807X.

KAREN, Igor, FILIPOVSKÝ, Jan. *Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné lékaře. Arteriální hypertenze*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2014. 25 s. ISBN 978-80-86998-71-8.

KAREN, Igor. Srovnání evropských a českých doporučených postupů pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze a DM 2013 z pohledu praktického lékaře. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*, 2014, roč. 6, č. 1, s.42-43. ISSN 1803-7542.

KAREN, Igor. Kombinační léčba arteriální hypertenze u pacientů v primární péči včera a dnes. *Acta medicae*. 2017, roč. 6, č. 10, s. 57-62. ISSN 1805-398X.

KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4422-3.

KOŽÍŠEK, Jan a Barbora STIEBEROVÁ. *Statistika v příkladech: praktické aplikace řešené v MS Excel*. Praha: Dashöfer, 2012. ISBN 978-80-86897-48-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

NESVADBA, Marcel, CMOREJ, Patrik Christian. Prevence a ochrana podpory zdraví u kardiovaskulárních onemocnění. *Causa subita*. 2017, roč. 20, č. 4, s. 151-158. ISSN 1212-0917.

ROSOLOVÁ, Hana et al. *Preventivní kardiologie v kostce*. Praha: Axonite CZ, 2013. 248 s. Asclepius. ISBN 978-80-904899-5-0.

SEIFERT, Bohumil et al. *Všeobecné praktické lékařství*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2013. 673 s. ISBN 978-80-7262-934-3.

SOUČEK, Miroslav, ŘIHÁČEK, Ivan, NOVÁK, Jan. Kam směřuje léčba hypertenze. *Acta medicae*. 2017, roč. 6, č. 9, s. 10-14. ISSN 1805-398X.

SOVOVÁ, Eliška et al. *Hypertenze pro praxi: pro lékaře, studenty, sestry, pacienty*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 118 s., Monografie. ISBN 978-80-244-1968-8.

SOVOVÁ, Eliška et al. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. rozš. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 255 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4823-8.

STANĚK, Vladimír. *Kardiologie v praxi*. Praha: Axonite CZ, 2014. 375 s. Asclepius. ISBN 978-80-904899-7-4.

UHROVÁ, Jana. Dispenzární péče o hypertoniky. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. 2015, roč. 25, č. 4, s. 3-6. ISSN 1212-6152.

VÁCLAVÍK, Jan. *Obtížně léčitelná hypertenze*. Praha: Mladá fronta – Medical Services, 2015. 134 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3774-7.

VÁCLAVÍK, Jan. Hypertonic v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 2012, roč. 9, č. 6-7, s. 262-264. ISSN 1214-8687.

VYTEJČKOVÁ, Renata, SEDLÁŘOVÁ, Petra, WIRTHOVÁ, Vlasta, OTRADOVCOVÁ, Iva, PAVLÍKOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II /Speciální část/*. Praha: Grada, 2013. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

WIDIMSKÝ, Jiří jr., WIDIMSKÝ, Jiří a kol. *Hypertenze*. 4.rozš. a přeprac. vyd. Praha: Triton s.r.o., 2014. 584 s., ISBN 978-80-7387-811-5.

WIDIMSKÝ, Jiří a WIDIMSKÝ, Jiří. *Farmakoterapie hypertenze*. Praha: Maxdorf, 2016. 186 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-477-7.

Elektronické zdroje:

CÍFKOVÁ, Renata, VAVERKOVÁ, Helena, FILIPOVSKÝ, Jan, ASCHERMANN, Michael. *Souhrn Evropských doporučení pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění v klinické praxi* [online], 2014, [cit. 02.03.2019]. Dostupné z www: http://www.kardio.cz/data/upload/Souhrn_Evropskych_doporuceni_pro_prevenici.pdf

ČESKÁ SPOLEČNOST PRO HYPERTENZI. Měření krevní tlaku 2. část: měření TK v ordinaci [online], 2016, [cit. 07.03.2018]. Dostupné z www: <http://www.hypertension.cz/sqlcache/mereni-cast-2.pdf>

EPRAVO.CZ. *Vyhláška 39/2012, o dispenzární péči* [online] [cit.03.03. 2019] Dostupné z www: <https://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-23-ledna-2012-o-dispenzarni-peci-18770.html>

FABIÁN, Vratislav, DOBIÁŠ, Martin. *Význam metrologie při měření tlaku krve* [online], 2015,[cit.01.03.2019].Dostupné z www:

https://www.researchgate.net/publication/267306397_Vyznam_metrologie_pri_mereni_tlaku_krve/download

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC. *Domácí měření krevního tlaku* [online] [cit. 01.03.2019]. Dostupné z www:

https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/1IK_Domaci%20mereni%20krevniho%20tlaku.pdf

HERBER, Otto. *Ambulantní monitorování krevního tlaku* [online], 2014, [cit. 01.03.2019].

Dostupné z www: <https://www.tribune.cz/clanek/32425-ambulantni-monitorovani-krevniho-tlaku>

KARDIOBLOG. *Nejčastější chyby při měření krevního tlaku* [online], 2013, [cit. 01.03.2019].

Dostupné z www: <https://kardioblog.cz/pokrocili-nejcastejsi-chyby-pri-mereni-krevniho-tlaku/>

MASARYK UNIVERSITY [CZ]. *Ošetrovatelská péče v resuscitační a intenzivní medicíně I* [online] [cit. 03.03.2019]. Dostupné z www:

<https://is.muni.cz/el/1411/podzim2012/MIOS0121/um/e-kurz/zakladni-monitorovaci-postupy-vyuzivane-v-intenzivni-peci.html>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Informace pro zdravotnická zařízení ve vztahu k dispenzární péči* [online] [cit. 03.03.2019]. Dostupné z www:

<https://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=14820&typ.../mword>.

PELEŠKA, Jan. *Jak zlepšit kontrolu hypertenze v primární péči?* [online], 2009, [cit. 15.03.2019].

Dostupné z www: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/07.pdf>

PETRÁK, Ondřej. *Domácí měření krevního tlaku – dobrý pomocník v léčbě hypertenze*

[online], 2013, [cit. 06.02.2018]. Dostupné z www: <https://www.tribune.cz/clanek/30154-domaci-mereni-krevniho-tlaku-dobry-pomocnik-v-lecbe-hypertenze>

OVERGAARD ANDERSEN, U.; IBSEN, H.; TOBIASSEN, M. On the transition from a nurse-led hypertension clinic to hypertension control in primary care: identifying barriers to and factors acting against continuous hypertension control. *Blood Pressure* [online], 2016, [cit. 10.03.2019]. Plný text dostupný z databáze EBSCOhost DOI 10.3109/08037051.2016.1156909

PILÍŠKOVÁ, Markéta. *Měření krevní tlaku z pohledu znalostní ošetrovatelské péče* [online], 2019, [cit. 01.03.2019]. Dostupné z www: https://is.muni.cz/th/j5hte/Bakalarska_prace_-_verze_pro_tisk.pdf

SOLUTIO. Adherence k léčbě [online], 2009, [cit. 02.03.2019]. Dostupné z www: <http://www.medon-solutio.cz/online2008/index.php?linkID=txt2>

STERGIOU, George, S. et al. *Home blood pressure monitoring in the 21st century*. [online], 2018, [cit. 01.03.2019]. Dostupné z www: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jch.13284>

STERGIOU, George, S. et al. *Home blood pressure monitoring: primary role in hypertension management* [online], 2014, [cit.06.02.2018]. Dostupné z www: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24924993>

SYNÁČOVÁ, Radka. *Preventivní péče v ambulanci praktického lékaře* [online], 2016, [cit.15.03.2019]. Dostupné z www: <https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/25032/1/Bakalarska%20prace%20tisk.pdf>

TŮMOVÁ, E., VRÁBLÍK, M. *Stratifikace kardiovaskulárního rizika a nové cílové hodnoty sérových lipidů* [online], 2017, [cit. 2019-02-21]. Dostupné z www: http://www.kardiologickarevue.cz/kardiologicka-revue-clanek/stratifikace-kardiovaskularniho-rizika-a-nove-cilove-hodnoty-serovych-lipidu-61751?confirm_rules=1

VRÁBLÍK, Michal. Adherence v léčbě hypertenze: pomohou nové lékové formy? [online], 2012, [cit. 02.03.2019]. Dostupné z www: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/11/04.pdf>

ZÁKONY PRO LIDI.CZ. *Vyhláška 345/2002, Zákon 505/1990 Sb., o metrologii, 39/2012 v platném znění 10/2016, o dispenzární péči*. [online] [cit.15.02.2019]. Dostupné z www: <https://www.zakonyprolidi.cz>

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. *Jak efektivně zvládat chronické nemoci?* [online], 2018, [cit. 15.03.2019]. Dostupné z www: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/09/efektivne-zvladat-chronicke-nemoci-pojistovna-projektu-koordinuje-peci-bonifikuje-prakticke-lekare/>

ZELINKA, Tomáš, WIDIMSKÝ, Jiří, jr., CERAL Jiří, FILIPOVSKÝ, Jan. *Jak postupovat při podezření na sekundární arteriální hypertenzi* [online], 2015, [cit. 2018-12-28]. Dostupné z www: <http://www.hypertension.cz/sqlcache/screening-sekundarni-hypertenze-z-hypertenze-02-2015.pdf>.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů z řad pacientů.....	49
Graf 2 Kde se léčíte s diagnózou vysoký TK? Dotazník pro pacienty, otázka č. 3.....	49
Graf 3 Délka praxe sester v týmové praxi PL Moje ambulance a.s.	50
Graf 4 Nejvyšší dokončené vzdělání sester v oboru ošetrovatelství	50
Graf 5 Motivace k dodržování léčby vysokého TK z pohledu pacienta	51
Graf 6 Motivace k dodržování léčby vysokého TK z pohledu sestry	52
Graf 7 Porovnání motivačních faktorů k léčbě hypertenze z pohledu pacienta a z pohledu sestry	53
Graf 8 Důležitost intervencí zaměřených na pomoc pacientovi dle sestry.....	54
Graf 9 Stížnosti pacientů na problémy pacientů s dodržováním léčebných opatření.....	55
Graf 10 Přínos definovaných faktorů pro pacienta při léčbě vysokého krevního TK.....	56
Graf 11 Potřeba sesterských intervencí při léčbě vysokého TK z pohledu pacienta.....	56
Graf 12 Hodnocení důležitosti léčebných a režimových opatření z hlediska léčby arteriální hypertenze z pohledu pacienta a z pohledu sestry	58
Graf 13 Dodržování léčebných opatření z pohledu pacienta.....	60
Graf 14 Dotaz na pacienta “ Pomohlo by Vám v prav. užívání léků.... ?“	61
Graf 15 Dotaz na sestru „Co by mohlo pomoci pac. v prav. užívání léků?“	62
Graf 16 Spoluúčast pacientů na své léčbě vysokého krevního tlaku I	63
Graf 17 Spoluúčast pacienta na své léčbě vysokého krevního tlaku II	64
Graf 18 Hodnocení měření krevního tlaku v ambulanci z hlediska pocitů pacienta.....	65
Graf 19 Frekvence měření krevního tlaku sestrou	66
Graf 20 Způsob měření krevního tlaku sestrou	66
Graf 21 Dotaz na správnost měření TK, dotazník pro pacienta, otázka č. 14	67
Graf 22 Edukace pacienta sestrou – měření TK	68
Graf 23 Edukace pacienta sestrou z pohledu sestry-současný stav	69
Graf 24 Edukace pacienta sestrou z pohledu pacienta-současný stav	69
Graf 25 Edukace pacienta sestrou –současný stav, porovnání názorů sester a pacientů.....	70
Graf 26 Optimální frekvence edukace z pohledu sestry	71
Graf 27 Optimální frekvence edukace sestrou z pohledu pacienta	71
Graf 28 Rozdílnost názorů pacientů a sester na frekvenci edukace sestrou	72
Graf 29 Odpovědi pacientů na otázku č. 17 a č. 19.....	73

Graf 30 Názor sester na to, zda by pacienti s arteriální hypertenzí v rámci dispenzarizace uvítali možnost kontaktní sestry	74
Graf 31 Vztah lékař pacient z pohledu sestry	75
Graf 32 Posílení aktivní role pacienta při léčbě arteriální hypertenze sestrou	76
Graf 33 Zvaní pacientů na pravidelné dispenzární prohlídky sestrou	77
Graf 34 Dodržování zásad správného měření TK sestrou	78
Graf 35 Vliv zavedení standardu poskytování dispenzární péče pacientům s arteriální hypertenzí na aktivitu sester	79
Graf 36 Míra ovlivnění aktivity sester při poskytování péče hypertonikům definovanými faktory.....	80
Graf 37 Hodnocení faktorů ovlivňujících aktivitu sester při péči o pacienty s arteriální hypertenzí	81

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Volba mezi monoterapií a kombinační léčbou	26
Obrázek 2 Vhodné kombinace antihypertenziv.....	26
Obrázek 3 Rozdíl v bodovém hodnocení motivačních faktorů z pohledu sestry a z pohledu pacienta	84
Obrázek 4 Rozdíl v bodovém hodnocení důležitosti léčebných a režimových opatření z hlediska léčby arteriální hypertenze – odpovědi sester a pacientů	86

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace arteriální hypertenze	12
Tabulka 2 Závislost rizika KVO na obvodu pasu	15
Tabulka 3 Algoritmus zahajování farmakologické léčby u hypertenze	24
Tabulka 4 Motivace k dodržování léčby vysokého TK z pohledu pacienta.....	51
Tabulka 5 Motivace k dodržování léčby vysokého TK z pohledu sestry.....	52
Tabulka 6 Bodové hodnocení jednotlivých motivačních faktorů – odpovědi sester i pacientů	53
Tabulka 7 Důležitost intervencí zaměřených na pomoc pacientovi dle sestry.....	54
Tabulka 8 Stížnosti pacientů na problémy pacientů s dodržováním léčebných opatření....	55
Tabulka 9 Přínos definovaných faktorů při léčbě vysokého krevního TK z pohledu pacienta	57
Tabulka 10 Potřeba intervencí zaměřených na pomoc při léčbě vysokého TK z pohledu pacienta I.....	57
Tabulka 11 Potřeba intervencí zaměřených na pomoc při léčbě vysokého TK z pohledu pacienta II	58
Tabulka 12 Bodové hodnocení důležitosti léčebných a režimových opatření z hlediska léčby arteriální hypertenze –odpovědi sester a pacientů.....	59
Tabulka 13 Dodržování léčebných opatření z pohledu pacienta.....	60
Tabulka 14 Dotaz na pacienta“ Pomohlo by Vám v prav. užívání léků.... ?“	61
Tabulka 15 Dotaz na sestru „Co by mohlo pomoci pac. v prav. užívání léků?“	62
Tabulka 16 Spoluúčast pacienta na své léčbě vysokého krevního tlaku I.....	63
Tabulka 17 Spoluúčast pacienta na své léčbě vysokého krevního tlaku II	64
Tabulka 18 Vztah lékař pacient z pohledu sestry	75
Tabulka 19 Posílení aktivní role pacienta při léčbě arteriální hypertenze sestrou	77
Tabulka 20 Míra ovlivnění aktivity sester při poskytování péče hypertonikům definovanými faktory.....	80
Tabulka 21 Míra ovlivnění aktivity sestry při poskytování péče hypertonikům definovanými faktory – bodové hodnocení	81

SEZNAM PŘÍLOH

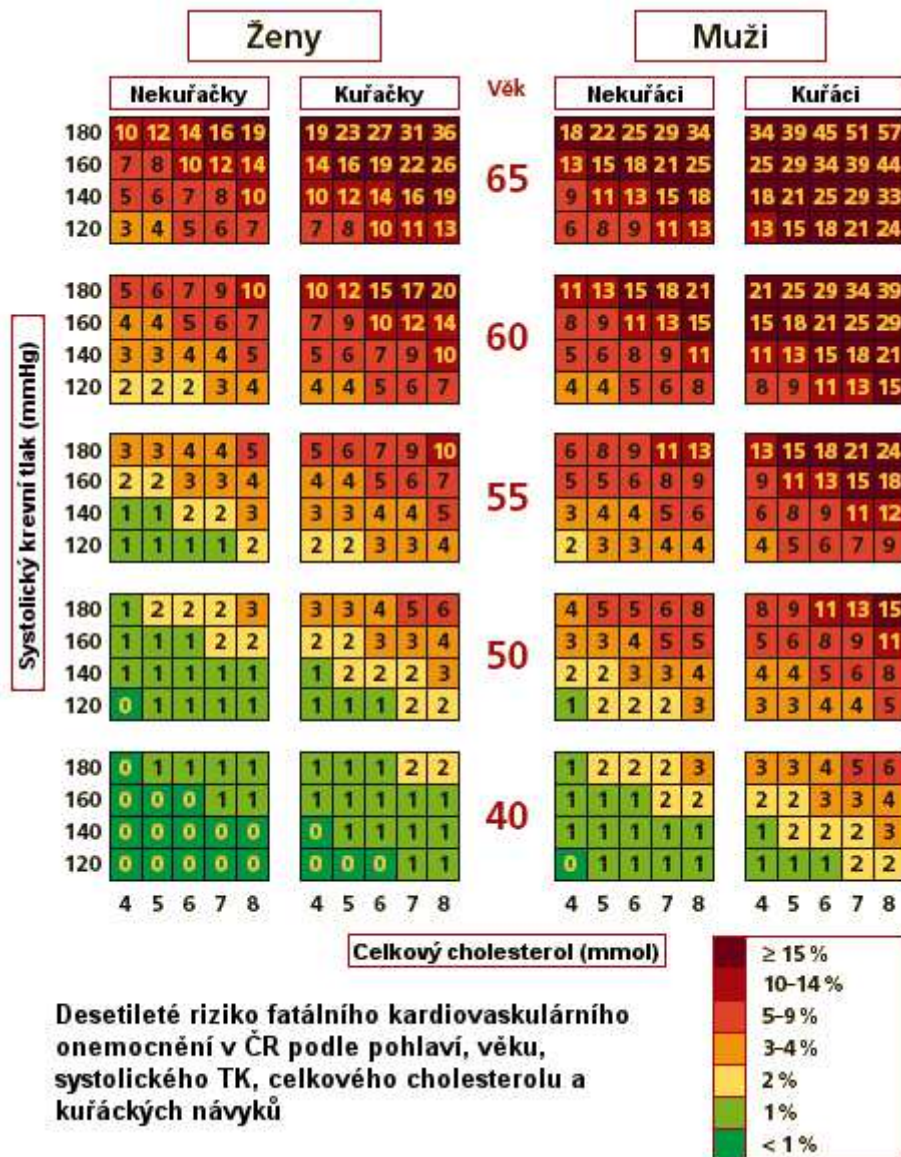
příloha 1 Tabulka rizika úmrtí v důsledku srdečně-cévního onemocnění v následujících 10 letech (pro českou populaci, rizikový faktor celkový cholesterol).....	104
příloha 2 Tabulka rizika úmrtí v důsledku srdečně-cévního onemocnění v následujících 10 letech (pro českou populaci, rizikový faktor poměr celkový a HDL-cholesterol)	105
příloha 3 Tabulka relativního rizika pro mladé osoby.....	106
příloha 4 Správné velikosti manžet	106
příloha 5 Tabulka naměřených hodnot, seznam užívaných léků.....	107
příloha 6 Dotazník pro pacienty	108
příloha 7 Dotazník pro sestry.....	114

SEZNAM ZKRATEK

ABPM	ambulatory blood pressure monitoring
ACEI	inhibitor angiotenzin konvertujícího enzymu
AH	arteriální hypertenze
AMTK	ambulantní monitorace krevního tlaku
AT ₁ -blokátor	blokátory angiotenzinových receptorů typu 1
BKK	blokátor kalciového kanálu
BMI	body mass index (index tělesné hmotnosti)
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
CVT	centrální žilní tlak
ČMI	Český metrologický institut
ČSH	Česká společnost pro hypertenzi
ESH	Evropská společnost pro hypertenzi
ECHO	echokardiografie
EKG	ElektroKardioGraf
ICHS	ischemická choroba srdeční
KVO	kardiovaskulární onemocnění
MDRD	modification of diet in renal disease
o-GTT	orální glukózový toleranční test
PL	praktický lékař
SCORE	Systematic Coronary Risk Evaluation
SVL	Společnost všeobecného lékařství české lékařské společnosti J.E. Purkyně
TK	krevní tlak
TKd	diastolický krevní tlak
TKs	systolický krevní tlak
VLP	všeobecný praktický lékař

PŘÍLOHY

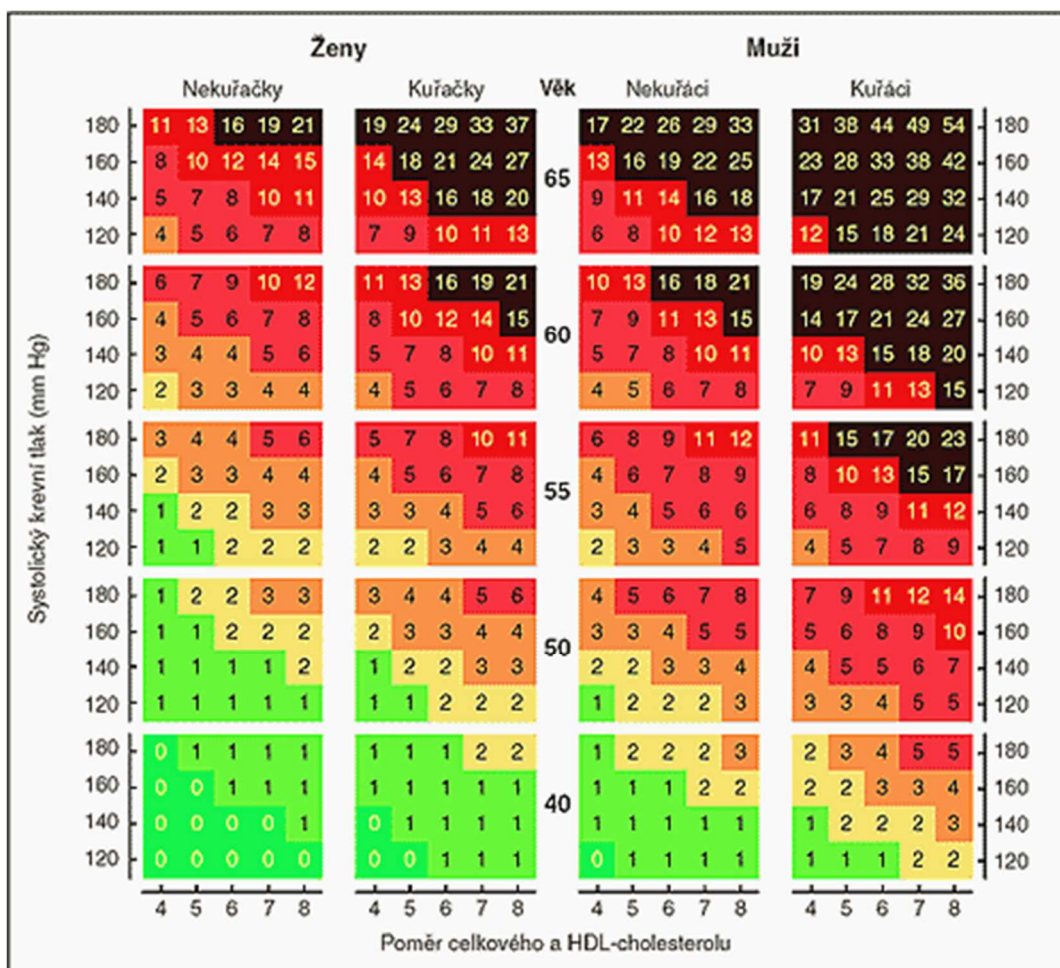
příloha 1 Tabulka rizika úmrtí v důsledku srdečně-cévního onemocnění v následujících 10 letech (pro českou populaci, rizikový faktor celkový cholesterol).



Zdroj:

http://www.kardio-cz.cz/data/upload/Souhrn_Evropskych_doporuceni_pro_preveni.pdf

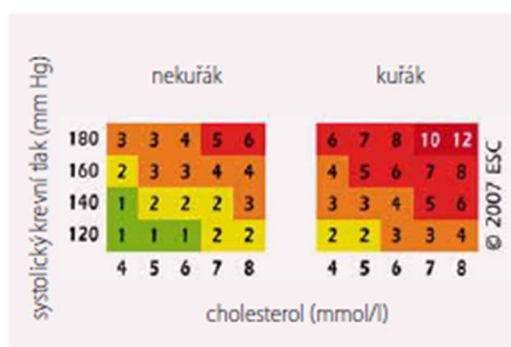
příloha 2 Tabulka rizika úmrtí v důsledku srdečně-cévního onemocnění v následujících 10 letech (pro českou populaci, rizikový faktor poměr celkový a HDL-cholesterol)



Zdroj:

http://www.kardio-cz.cz/data/upload/Souhrn_Evropskych_doporuceni_pro_preveni.pdf

příloha 3 Tabulka relativního rizika pro mladé osoby



Zdroj:

<http://www.kardiologickarevue.cz/kardiologicka-revue-clanek/stratifikace-kardiovaskularniho-rizika-a-nove-cilove-hodnoty-serovych-lipidu>

příloha 4 Správné velikosti manžet

SPRÁVNÉ VELIKOSTI MANŽET

ZDROJ: KIDNEY.ORG, DOPORUČENÍ ČKS

		
OBVOD PAŽE DO 33 CM	OBVOD PAŽE 33 - 41 CM	OBVOD PAŽE NAD 41 CM
KLASICKÁ MANŽETA ŠÍROKÁ 12 CM	MANŽETA ŠÍROKÁ 15 CM	MANŽETA ŠÍROKÁ 18 CM

Zdroj: <https://kardioblog.cz/pokrocili-nejcastejsi-chyby-pri-mereni-krevniho-tlaku/>

příloha 5 Tabulka naměřených hodnot, seznam užívaných léků

Tabulka naměřených hodnot

	1. měření		2. měření		průměr z obou měření	
	systolický tlak	diastolický tlak	systolický tlak	diastolický tlak	systolický tlak	diastolický tlak
<i>Příklad zápisu:</i>						
	148	98	130	84	139	91
1. den	ráno					
	večer					
2. den	ráno					
	večer					
3. den	ráno					
	večer					
4. den	ráno					
	večer					
5. den	ráno					
	večer					
6. den	ráno					
	večer					
7. den	ráno					
	večer					
Průměr ze 2. - 7. dne						

Seznam užívaných léků

Případnou úpravu dávkování léku si nechte lékařem poznačit.
Seznam noste vždy s sebou.

Příklad zápisu:

Micardis 80 mg tbl.	1/2	0	1/2
---------------------	-----	---	-----

název a gramáž léku	dávkování ráno	dávkování v poledne	dávkování večer

Zdroj:

https://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/1IK_Domaci%20mereni%20krevniho%20tlaku.pdf

Dotazník pro pacienty s arteriální hypertenzí registrované v týmové praxi praktických lékařů Moje ambulance a.s.

Vážená paní, vážený pane,

Dovoluji si Vás oslovit s prosbou o vyplnění krátkého anonymního dotazníku zaměřeného na hodnocení péče poskytované pacientům s diagnózou vysoký krevní tlak v ambulanci praktického lékaře. Získané informace budou sloužit ke zpracování mé diplomové práce. Cílem je poskytování kvalitní péče pacientům s vysokým krevním tlakem s ohledem na jejich potřeby. Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který věnujete vyplnění.

Bc. Radka Synáčová – staniční sestra Moje ambulance, pobočka Plzeň

1. Vaše pohlaví:

- muž
- žena

2. Váš věk:

.....

3. Kde se léčíte s diagnózou vysoký krevní tlak?

- pouze u praktického lékaře
- na doporučení praktického lékaře absolvuji odborná vyšetření (př. ECHO srdce, monitorace krevního tlaku, cévní vyšetření apod.) a vracím se zpět do péče praktického lékaře
- docházím na pravidelné kontroly k odbornému lékaři (interna, kardiologie)

4. Co Vás motivuje k dodržování léčby vysokého krevního tlaku?

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
obava z komplikací (srdeční infarkt, cévní mozková příhoda)	1	2	3	4	5
zhoršující se zdravotní stav, nevykonnost	1	2	3	4	5
obava ze ztráty zaměstnání (směnný provoz, řidiči z povolání, práce ve výškách apod.)	1	2	3	4	5
dokázat blízkým, že zvládnou dodržovat léčebná opatření	1	2	3	4	5
negativní událost v okolí (srdeční infarkt, cévní mozková příhoda, mdloba u jiného pacienta s vys.TK)	1	2	3	4	5
náboženské přesvědčení (zdraví je dar od boha)	1	2	3	4	5
zdravotní výchova sestrou	1	2	3	4	5
zdravotní výchova lékařem	1	2	3	4	5
pravidelné měření krevního tlaku a výsledné hodnoty	1	2	3	4	5
pravidelné plánované kontroly u lékaře	1	2	3	4	5
podpora rodiny	1	2	3	4	5

5. Jak přínosné je podle Vás při léčbě vysokého krevního tlaku:

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
dodržovat správné stravovací návyky	1	2	3	4	5
pravidelně užívat léky dle ordinace lékaře	1	2	3	4	5
mít dostatečnou pohybovou aktivitu	1	2	3	4	5
nekouřit	1	2	3	4	5
udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost	1	2	3	4	5
mít podporu rodiny	1	2	3	4	5
zdravotní výchova sestrou	1	2	3	4	5
zdravotní výchova lékařem	1	2	3	4	5
sledovat hodnoty krevního tlaku	1	2	3	4	5
pravidelné kontroly v ambulanci	1	2	3	4	5
možnost spolupodílet se na léčbě	1	2	3	4	5
mít dostatek informací	1	2	3	4	5
psychologická podpora	1	2	3	4	5

6. Uvítal/a bych od zdravotníků pomoc v oblasti:

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
změna jídelníčku, zdravé stravování	1	2	3	4	5
jak dodržovat pravidelné užívání léků	1	2	3	4	5
fyzická aktivita	1	2	3	4	5
odvykání kouření	1	2	3	4	5
Snižování hmotnosti	1	2	3	4	5
snižování stresu	1	2	3	4	5
psychická podpora	1	2	3	4	5
pomoc při výběru tonometru	1	2	3	4	5
nácvik správného měření TK	1	2	3	4	5

7. Ocenil/a bych

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
více informací od sestry	1	2	3	4	5
více informací od lékaře	1	2	3	4	5
účast rodinného příslušníka při zdravotní výchově	1	2	3	4	5
pozvánky do ambulance na pravidelné kontroly	1	2	3	4	5

8. Odhadněte, jak se Vám daří dodržovat léčebná doporučení.

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
pravidelné užívání léků dle ordinace lékaře	1	2	3	4	5
zdravé stravování	1	2	3	4	5
nekouřit	1	2	3	4	5
pohybová aktivita 30-45 min/den, min. 5 dnů/týden	1	2	3	4	5
omezit alkohol (max. denní dávka 30 g = 3 malé panáky, 3 dcl vína, 0,9 l světlého piva)	1	2	3	4	5
vyhýbat se stresu	1	2	3	4	5
dostatek spánku a odpočinku	1	2	3	4	5
udržet přiměřenou tělesnou hmotnost	1	2	3	4	5
sledovat hodnoty krevního tlaku	1	2	3	4	5
dodržovat doporučené návštěvy ambulance	1	2	3	4	5
do léčby je zapojena rodina (zdravý způsob stravování, společné pohybové aktivity)	1	2	3	4	5

9. Pomohlo by Vám v pravidelném užívání léků:

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
jednodušší dávkovací schéma (méně tablet, 1xd)	1	2	3	4	5
soupis trvale užívaných léků s dávkováním	1	2	3	4	5
předem připravené léky v dávkovači	1	2	3	4	5
zvuková upomínka na čas užití (budík, telefon)	1	2	3	4	5

10. Do jaké míry se podílíte na své léčbě vysokého krevního tlaku?

Ohodnoťte prosím níže uvedená tvrzení.

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
rozhodnutí o léčbě ponechám zcela na lékaři	1	2	3	4	5
o léčbě s lékařem diskutuji, snažím se najít řešení, které mi bude nejvíce vyhovovat	1	2	3	4	5
sleduji termíny plánovaných vyšetření (odběry krve, EKG apod.) a o vyšetření se sám/a hlásím	1	2	3	4	5
preferuji, aby mě na plánovaná vyšetření objednávala sestra	1	2	3	4	5
pokud mám nějaké nejasnosti v léčbě, dotazuji se zdravotníka (lékař, sestra, lékárník)	1	2	3	4	5
využívám možnosti alternativní medicíny (byliny, relaxační techniky, masáže, akupunktura apod.)	1	2	3	4	5

znám názvy léků, které užívám.	ano	ne
znám množství účinné látky v tabletách, které trvale užívám	ano	ne
mám soupis trvale užívaných léků	ano	ne
měřím si tlak v domácím prostředí	ano	ne
vedu si záznamy o naměřených hodnotách	ano	ne

11. Jak vnímáte měření krevního tlaku v ambulanci? (lze označit více možností)

- pozitivně (zájem ze strany sestry, vím, jak na tom jsem, kontrola léčby)
- měření беру jako nutnou kontrolu
- negativně (zdržení, cítím se dobře, kontrolu tlaku nepotřebuji, měřím se doma...)
- mám obavy z naměřené hodnoty, ve zdravotnickém zařízení mám obvykle vyšší krevní tlak než při domácím měření

12. Jak často je Vám sestrou měřen krevní tlak?

- při každé návštěvě
- vždy při předpisu léků na snížení krevního tlaku
- minimálně 1x za půl roku
- minimálně 1x za 3 měsíce
- pouze pokud jsem objednan/a k lékaři
- pouze na požádání

13. Jakým způsobem Vám sestra měří krevní tlak?

- provádí pouze jedno měření
- provádí více po sobě jdoucích měření a výsledná hodnota krevního tlaku je průměrem naměřených hodnot
- měření opakuje pouze tehdy, pokud naměřená hodnota není v normě
- opakované měření provádí pouze na žádost lékaře
- je to různé, záleží na tom, která sestra měření provádí.

14. Je před měřením krevního tlaku dodržována 10-15 minutová doba klidu, aby naměřená hodnota tlaku nebyla zkreslená? Vyjádřete na stupnici:

nikdy	1	2	3	4	5	vždy
-------	---	---	---	---	---	------

15. Odpovězte prosím na níže položené otázky

Bylo Vám sestrou doporučeno domácí měření krevního tlaku?	ano	ne
Byl/a jste sestrou poučen/a o správném měření krevního tlaku v domácím prostředí?	ano	ne
Byla Vám nabídnuta sestrou pomoc při výběru tlakoměru?	ano	ne
Byla Vám sestrou vydána kartička se soupisem trvale užívaných léků?	ano	ne

16. Jak často dostáváte od sestry informace týkající se léčby vysokého krevního tlaku? (rizika, režimová opatření, pomoc při odvykání kouření, pomoc při úpravě jídelníčku, správné měření krevního tlaku apod.)

- při každé návštěvě v ambulanci formou krátkých doporučení
- při každé návštěvě, která souvisí s řešením krevního tlaku
- pouze při velké dispenzární prohlídce (1x ročně)
- pouze jednorázové poučení
- pouze na vyžádání, jako reakce na můj dotaz
- informace nepodává, odkazuje mě na lékaře

17. Uvítal/a byste, kdyby Vám byla v ambulanci vydána kartička, kde bude napsán název všech trvale užívaných léků, jejich gramáž/síla a dávkovací schéma?

Určitě ne	spíše ne	spíše ano	Určitě ano
1	2	3	4

18. Jak často byste chtěl/a od sestry dostávat informace týkající se léčby vysokého krevního tlaku? (rizika, režimová opatření, pomoc při odvykání kouření, pomoc při úpravě jídelníčku, správné měření krevního tlaku apod.)

- při každé návštěvě v ambulanci formou krátkých doporučení
- při každé návštěvě, která souvisí s řešením krevního tlaku
- pouze při velké dispenzární prohlídce (1x ročně)
- pouze jednorázové poučení
- pouze na vyžádání, jako reakce na můj dotaz
- upřednostňuji poučení od lékaře

19. Uvítal/a byste možnost řešit svůj krevní tlak (dotazy, zajistit předpis léků, plánování kontrol apod.) stále s jednou sestrou?

Určitě ne	spíše ne	spíše ano	Určitě ano
1	2	3	4

příloha 7 Dotazník pro sestry

Dotazník pro všeobecné (praktické) sestry pracující v týmové praxi praktických lékařů Moje ambulance a.s

Vážená kolegyně,

Jmenuji se Radka Synáčová, pracuji jako staniční sestra společnosti Moje ambulance a.s. na pobočce v Plzni. Dokončuji 2.ročník navazujícího magisterského studia, obor ošetrovatelská péče v interních oborech na Západočeské universitě v Plzni. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění krátkého anonymního dotazníku. Získané informace budou sloužit ke zpracování mé diplomové práce na téma „Ošetrovatelský management při dispenzarizaci pacientů s hypertenzí v ambulanci praktického lékaře“ Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který věnujete vyplnění.

Výsledky výzkumného šetření Vám ráda na požádání poskytnu.

Kontakt: radka.synacova@mojeambulance.cz, telefon 725 643 968.

1. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání v ošetrovatelství?

- středoškolské s maturitou – praktická sestra
- středoškolské s maturitou – všeobecná sestra
- vyšší odborné
- bakalářské
- magisterské

2. Uveďte, jak dlouho pracujete v týmové praxi praktických lékařů Moje ambulance?

.....

3. Co dle Vašeho názoru motivuje pacienta k dodržování léčby hypertenze?

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
obava z komplikací (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda)	1	2	3	4	5
zhoršující se zdravotní stav, nevykonnost	1	2	3	4	5
obava ze ztráty zaměstnání (směnný provoz, řidiči z povolání, práce ve výškách apod.)	1	2	3	4	5
Snaha pacienta dokázat blízkým, že dokáže dodržovat léčebná opatření	1	2	3	4	5
negativní událost v okolí (srdeční infarkt, cévní mozková příhoda, mdloba u jiného pacienta s vys.TK)	1	2	3	4	5
náboženské přesvědčení pacienta (zdraví je dar od Boha)	1	2	3	4	5
zdravotní výchova sestrou	1	2	3	4	5
zdravotní výchova lékařem	1	2	3	4	5
pravidelné měření krevního tlaku a výsledné hodnoty	1	2	3	4	5
pravidelné plánované kontroly u lékaře	1	2	3	4	5
podpora rodiny	1	2	3	4	5

4. Jak důležité jsou sesterské intervence zaměřené na pomoc pacientovi v těchto oblastech:

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
změna jídelníčku	1	2	3	4	5
jak dodržovat pravidelné užívání léků	1	2	3	4	5
fyzická aktivita	1	2	3	4	5
odvykání kouření	1	2	3	4	5
udržování přiměřené tělesné hmotnosti	1	2	3	4	5
snižování stresu	1	2	3	4	5
psychická podpora	1	2	3	4	5
pomoc při výběru tonometru	1	2	3	4	5
nácvik správného měření TK	1	2	3	4	5
zdravotní výchova sestrou	1	2	3	4	5
Zajistit konzultaci s lékařem za účelem zdravotní výchovy	1	2	3	4	5

5. Stěžují si Vaši pacienti na problémy s dodržováním léčebných a režimových opatření při léčbě hypertenze (dle Vaší zkušenosti z praxe)?

	Vůbec ne	Spíše ne	částečně	Spíše ano	Určitě ano
pravidelné užívání léků dle ordinace lékaře	1	2	3	4	5
zdravé stravování	1	2	3	4	5
nekouřit	1	2	3	4	5
pohybová aktivita 30-45 min/den, min. 5 dnů/týden	1	2	3	4	5
omezit alkohol (max. denní dávka 30 g = 3 malé panáky, 3 dcl vína, 0,9 l světlého piva)	1	2	3	4	5
vyhýbat se stresu	1	2	3	4	5
dostatek spánku a odpočinku	1	2	3	4	5
udržet přiměřenou tělesnou hmotnost	1	2	3	4	5
sledovat hodnoty krevního tlaku	1	2	3	4	5
dodržovat doporučené návštěvy ambulance	1	2	3	4	5
Zapojení rodiny do léčby (zdravý způsob stravování, společné pohybové aktivity)	1	2	3	4	5

6. Jak by Vaším pacientům mohlo pomoci v pravidelném užívání léků:

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
jednodušší dávkovací schéma (méně tablet, 1xdenně)	1	2	3	4	5
soupis trvale užívaných léků s dávkováním	1	2	3	4	5
předem připravené léky v dávkovači	1	2	3	4	5
zvuková upomínka na čas užití (budík, mobilní telefon)	1	2	3	4	5

7. Do jaké míry se ztotožňujete s níže uvedenými výroky?

	Vůbec ne	Spíše ne	Spíše ano	Určitě ano
Pacienti upřednostňují paternalismus (submisivní postavení pacienta a nadřazenost lékaře ve vztahu pacient-lékař)	1	2	3	4
Pacienti upřednostňují partnerský model ve vztahu lékař-pacient (rovnovážný vztah, mající charakter spolupráce, posilující aktivní roli pacienta)	1	2	3	4

8. Posilujete aktivní roli pacienta při léčbě arteriální hypertenze?

	Vůbec ne	Spíše ne	Spíše ano	Určitě ano
Požadujete po pacientovi, aby znal název trvale užívaných léků?	1	2	3	4
Požadujete po pacientovi, aby znal název trvale užívaných léků včetně gramáže účinné látky?	1	2	3	4
Vydáváte pacientům kartičky trvalé medikace?	1	2	3	4
Doporučujete svým pacientům selfmonitoring TK?	1	2	3	4
Edukujete pacienty, kteří si měří krevní tlak v domácím prostředí, o zásadách správného měření?	1	2	3	4
Vydáváte pacientům tabulky pro záznam naměřených hodnot?	1	2	3	4
Nabízíte pacientům pomoc při výběru tonometrů	1	2	3	4
Vyhledáváte aktivně pacienty s nárokem na dispenzární prohlídku a objednávat je na konkrétní termín?	1	2	3	4
Nabízíte pacientům možnosti alternativní léčby (relaxační techniky, byliny, masáže apod.)?	1	2	3	4
Ujistíte pacienta, že v případě nejasností se může kdykoli dotazovat?	1	2	3	4

9. Zvete pacienty, u nichž vznikl nárok na roční dispenzární prohlídku pro diagnózu arteriální hypertenze, k odběrům krve a poté na vyšetření k lékaři včetně EKG?

- ano, tyto pacienty aktivně vyhledáváme
- prohlídku provedeme při návštěvě pacienta příležitostně
- vyčkáme na podnět od lékaře
- aktivitu přenecháváme na pacientovi

10. Při měření krevního tlaku

	nikdy				vždy
Dodržuji u pacienta před měřením TK 10-15 min. interval, kdy je pacient v klidu	1	2	3	4	5
TK měřím opakovaně 3x, v intervalu 1-2 min., výsledná hodnota je průměrem 2.a 3.měření	1	2	3	4	5
Používám správnou manžetu s ohledem na obvod paže pacienta	1	2	3	4	5

11. Máte na pobočce vytvořený manuál k dispenzární péči poskytované pacientům s arteriální hypertenzí (rozsah vyšetření, intervaly, organizace objednávek apod)?

- ano
- ne

12. Jak uvedené faktory negativně ovlivňují Vaši aktivitu v péči o hypertoniky?

	Vůbec ne	Spíše ne	středně	Spíše ano	Určitě ano
Nedostatek času	1	2	3	4	5
Nedostatek soukromí vzhledem k prostorové uspořádání	1	2	3	4	5
Jazyková bariéra	1	2	3	4	5
Odmítavý přístup pacienta	1	2	3	4	5
Není spolupráce s lékaři	1	2	3	4	5

Jiné (můžete vepsat svůj názor)

13. Odpovězte prosím na níže položené otázky:

	určitě ne	spíše ne	spíše ano	určitě ano
Poskytují všechny sestry z týmu pacientům s arteriální hypertenzí stejnou péči? (plánování kontrol, průběžná edukace apod.)	1	2	3	4
Je pro Vás demotivující, pokud je některá z kolegyň méně aktivní než Vy?	1	2	3	4
Ovlivňuje negativně Vaši aktivitu při poskytování dispenzární péče pacientům s hypertenzí pasivní chování (přístup) lékaře?	1	2	3	4

14. Jak často edukujete pacienty s arteriální hypertenzí?

- při každé návštěvě pacienta v ambulanci formou krátkých intervencí
- při návštěvě pacienta, která souvisí s řešením krevního tlaku
- pouze při velké dispenzární prohlídce (1x ročně)
- pouze vstupní edukaci při zavedení dispenzární péče
- pouze pokud pacient projeví zájem, reaguji na jeho dotazy
- edukaci neprovádím, přenechávám lékař

15. Domníváte se, že zavedení standardu poskytování dispenzární péče pacientům s arteriální hypertenzí může pozitivně ovlivnit aktivitu sester?

Určitě ne	spíše ne	spíše ano	Určitě ano
1	2	3	4

16. Domníváte se, že by pacienti s arteriální hypertenzí uvítali možnost kontaktní sestry, která by vedla jejich dispenzarizaci? (podobně jako u dispenzarizace pacientů s DM)

Určitě ne	spíše ne	spíše ano	Určitě ano
1	2	3	4

17. Myslím si, že edukaci pacientů v oblasti léčby arteriální hypertenze je správné provádět:

- při každé návštěvě pacienta v ambulanci formou krátkých intervencí
- při návštěvě pacienta, která souvisí s řešením krevního tlaku
- pouze při velké dispenzární prohlídce (1x ročně)
- pouze vstupní edukaci při zavedení dispenzární péče
- pouze pokud pacient projeví zájem, reaguji na jeho dotazy
- edukaci neprovádím, přenechávám lékaři

18. Prostor pro Vaše vyjádření k danému tématu (prosím stručně)

.....