

Sebeřízení (self-management) u pacientů s diabetem mellitem

Self-management in patients with diabetes mellitus

Mikšová Zdeňka, Reiterová Eva, Buchtíková Jana, Konečná Jana, Školoudík David

Ústav ošetrovatelství, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika

ABSTRAKT

Východiska: V České republice má incidence nových případů diabetu mellitu stoupající tendenci. Je žádoucí, aby pacienti zvládali kontrolu a řízení svého onemocnění. Je tedy důležitá edukace v oblasti v self-managementu, což vyžaduje vhodnou podporu od zdravotníků, především všeobecných sester. Pro hodnocení self-managementu je možno použít škálu the Partners in Health Scale (PIH, Škála partnerů ve zdraví). Škála identifikuje oblasti rezerv sebezpečí a sebeřízení pacienta.

Cíl: Cílem je ověřit reliabilitu a vnitřní konzistenci PIH škály v sociokulturních podmínkách České republiky a popsat úroveň self – managementu u pacientů s diabetem mellitem 2. typu.

Metodika: V rámci kvantitativní průřezové prospektivní studie byl použit strukturovaný dotazník obsahující českou verzi Partners in Health Scale (Škála partnerů ve zdraví – PIH škála).

Výsledky: Výzkumu se zúčastnilo 58 respondentů, kteří splnili zařazující a vylučující kritéria studie. Byla prokázána vysoká reliabilita a vnitřní konzistence české verze PIH. Nejlepších výsledků dosáhli probandi v oblasti monitorování průběhu nemoci a respektování léčebného režimu. Byla prokázána souvislost mezi vzděláním a finanční situací a úrovní sebeřízení. Nebyl prokázán rozdíl mezi muži a ženami a celkovou úrovní self-managementu.

Závěr: PIH škála je vhodným nástrojem pro stanovení úrovně self-managementu u pacientů s diabetem mellitem 2. typu v sociokulturních podmínkách České republiky.

ABSTRACT

Background: In the Czech Republic, the incidence of new cases of diabetes mellitus is rising. It is desirable for patients to manage the control and management of their illnesses. Thus, education in the area of self-management is important, which requires appropriate support from health professionals, especially nurses. The Partners in Health Scale (PIH, Health Partner Scale) can be used to evaluate self-management. The scale identifies areas of self-care reserves and patient self-regulation.

Objective: The objective is to verify the reliability and internal consistency of the PIH scale in the socio - cultural conditions of the Czech Republic and to describe the level of self - management in patients with type 2 diabetes mellitus.

Methods: A structured questionnaire containing the Czech version of Partners in Health Scale was used as part of a quantitative cross-sectional prospective study.

Results: The survey was attended by 58 respondents who met the inclusion and exclusion criteria of the study. The high reliability and internal consistency of the Czech version of PIH has been demonstrated. The best results were the proband in the field of monitoring the course of the disease and respecting the treatment regimen. The link between education and the financial situation and the level of self-determination has been demonstrated. There was no difference between men and women and the overall level of self-management.

Conclusion: The PIH scale is a suitable tool for determining the level of self-management in patients with type 2 diabetes mellitus in the socio-cultural conditions of the Czech Republic.

KLÍČOVÁ SLOVA

Self-management, diabetes mellitus, PIH škála, sebezpečí, sebeřízení

KEY WORDS

Self-management, diabetes mellitus, PIH scale, self-care, self-regulation

ÚVOD

Diabetes mellitus dosáhl ve světě epidemických rozměrů. V roce 2011 bylo 366 milionů lidí nemocných diabetem melitem (1). Odborníci předpokládají, že se tento počet nemocných zdvojnásobí v roce 2030 (2). I v České republice se setkáváme se vzrůstající tendencí diabetu mellitu. V průběhu roku byl diabetes nově zjištěn u 117,2 tisíc pacientů, z toho ve 1597 případech u osob do 19 let. Incidence nových případů DM má stoupající tendenci, z 56398 nových případů v roce 2007 na 80255 v roce 2015, počet nových případů onemocnění se ročně navyšuje cca o 3000 pacientů (3).

Diabetes s sebou přináší řadu omezení v životě pacienta. Jde například o omezení ve volném čase, ve sportu, v intimním životě a mnoha dalších aktivitách. Pacienti musí mít dostatek odborných informací, aby mohli zvládat kontrolu a řízení svého onemocnění bez přítomnosti lékaře či ošetřujícího personálu a to nejen v domácím prostředí, ale i v práci, ve škole nebo na dovolené. Toto sebeřízení se odborně nazývá self-management. Jeho cílem je samostatně plnit úkoly a být aktivní v procesu sebekontroly a zpětného posílení vlastního chování vůči nemoci a jejím příznakům (4). Je prokázáno, že pacienti, kteří jsou schopni jednat zodpovědně v přístupu k self-managementu své nemoci, přispívají ke snížení nákladů na zdravotní péči tím, že zamezují nákladným a potenciálně život ohrožujícím komplikacím a souvisejícím chorobám (5). Proto, aby pacienti mohli dobře zvládat těžkou úlohu self-managementu svého onemocnění, musí získat znalosti a dovednosti ve všech souvisejících skupinách činností a informace o možnostech, jak předcházet případným komplikacím. Je také zapotřebí především uvědomění pacienta o své nemoci a jeho maximální součinnost a změna chování (1).

V souvislosti s těmito tendencemi vzrůstá zájem ošetřovatelství o problematiku edukace a sebeřízení – self managementu u pacientů s chronickým onemocněním. Zatímco tradiční forma vzdělávání pacientů poskytuje informace s technickými dovednostmi, vzdělávání self-managementu učí jak řešit problémy, průběžně sledovat příznaky onemocnění s možností využít akční plány k dosažení cílů péče (6). Role osoby s chronickým onemocněním v rámci sebeřízení (sebepečce) spočívá v řízení zdravotních aspektů nemoci, řízení životních rolí souvisejících se změnami způsobenými chorobou, řízení psychologických následků chronického onemocnění (7, 8). Mnozí autoři upozorňují na propojení zdravotní gramotnosti a sebeřízení. Pacienti s vyšší úrovní kritické zdravotní gramotnosti vykazují lepší předpoklady pro vlastní sebeřízení (9).

Pro splnění úkolů sebeřízení je zapotřebí mít základní dovednosti self-managementu, a to: umět řešit

problém, umět se rozhodnout, mít přístup ke zdrojům, mít schopnost vytvářet partnerské vztahy s poskytovateli zdravotní péče a mít schopnost jednat (10). Dobré znalosti o diabetu mellitu a pozitivní postoj k životu jsou ukazatelé úspěšnosti zvládání self-managementu, čímž se také zlepšuje kvalita života pacientů (2). Poskytovatelé zdravotních služeb připouštějí, že procesy self-managementu jsou výhodné, zvyšují kvalitu života a snižují náklady na zdravotní péči (11).

Self-management u pacientů s diabetem melitem 2. typu zahrnuje činnosti vztahující se k léčbě DM (dietní opatření, životospráva, vhodné léky a fyzická aktivita), self-monitoring (glykémie, hladina cukru v moči, tělesná hmotnost, péče o nohy) a činnosti spojené předcházením komplikací při aktivitách (rozpoznání hypo- a hyperglykémie, akutní onemocnění, stres a cestování) (12). American Association of Diabetes Educators (AADE) ve spolupráci s Americkou diabetologickou společností ADA (American Diabetes Association) vypracovali národní standardy pro edukaci pacientů s DM – National Standards for Diabetes Self-Management Education, které vyzdvihují oblast edukace zaměřené na self-management diabetu – DSME (Diabetes Self-management Education) (13). DSME jsou navrženy pro kvalitní vzdělávání pacientů a podporu zdravotnických pracovníků. Používají se za účelem změny životního stylu a řešení psychosociálních problémů. Cílem DSME je podpora, informovanost, rozhodování, zdravé chování, self-management, řešení problémů a aktivní spolupráce pacientů se zdravotnickým personálem, dále zlepšení klinických výsledků, zdravotního stavu a kvality života (14). DSME je změna životního stylu, kontrola a zodpovědnost za léčbu – fyzická aktivita, životospráva, self-monitoring glykémie, dodržování léčebného režimu – farmakoterapie, sledování hypoglykémie, redukce rizikových faktorů a život s DM (15).

Ne každý pacient s chronickým onemocněním je schopen se o sebe postarat, vzhledem ke svým psychickým i fyzickým schopnostem. Self-management není vhodný pro každého pacienta, velkou úlohu hraje schopnost pacienta řídit sám sebe. Úloha edukace v self-managementu je proto velmi důležitá. Znalosti a dovednosti nezaručují zvládání sebeobsluhy nebo změnu chování. Důležité je opakované vzdělávání v oblasti diabetu, hodnocení znalostí a řešení mezer ve znalostech edukačními individuálními programy (1).

Stejně tak důležité jako poskytování odborných znalostí a dovedností je hodnocení zvládání života s cukrovkou. Různé skupiny pacientů (věkové i sociální) mají různé potřeby při zvládání self-monitoringu (sebekontroly), příznaků a komplikací projevujících se u jejich onemocnění (4). Je důležité, aby všeobecné

sestry a edukační pracovníci rozvíjeli účinné strategie self-managementu na základě subjektivních i klinických charakteristik pacienta. Je doloženo, že jedním z faktorů výrazně ovlivňujícím kvalitu života pacientů s cukrovkou je pozitivní přístup k léčbě a self-managementu. Dalšími faktory jsou pak správné pochopení edukace a schopnost zvládat praktiky self-managementu (2). Některé studie prokázaly, že dlouhodobý laxní přístup pacientů s diabetem k self-managementu vede ke vzniku diabetických komplikací, nefropatií a neuropatií (16). Umožnit lidem sebe sama dobře řídit (uplatňovat self-management) vyžaduje vhodnou podporu od zdravotníků, především všeobecných sester (17).

Pro hodnocení self-managementu je možno použít škálu the Partners in Health Scale (PIH, Škála partnerů ve zdraví), jejíž název je derivován ze základního principu vytvoření partnerského vztahu mezi pacientem a zdravotníkem (18). PIH škála byla vytvořena Flinderskou Univerzitou v Austrálii v rámci Flinderského programu pro posouzení self-managementu v centrech zdraví (18). Nově koncipovaná škála se skládá z 12 otázek, které hodnotí dodržování léčebných opatření, vědomostí o onemocnění, managementu vedlejších účinků a managementu příznaků a symptomů. Škála je plánovaná pro využívání pracovníky v primární péči u jejich pacientů. Pacienti hodnotí každou položku na Likertově škále od 0 do 8, kdy 0 znamená „velmi málo“, „nikdy“ nebo „ne moc dobře“ a číslo 8 je „hodně“, „vždy“ nebo „velmi dobře“ (8, 18, 19). Škála identifikuje oblasti rezerv self-managementu pacienta a je pro pacienta i poskytovatele vodítkem pro jejich aktivní zapojení. Což ve svém důsledku vede ke zlepšení kvality života osoby s chronickým onemocněním (18). Podle autorů Petkova a kol. škála poskytuje validní a vhodný měřicí nástroj pro hodnocení znalostí a chování jedinců v oblasti self-managementu u chronicky nemocných. (19).

CÍL PRÁCE

Práce předkládá výsledky studie zaměřené na ověření reliability a vnitřní konzistence PIH škály v sociokulturních podmínkách České republiky a obsahuje de-

skripční úroveň self – managementu u pacientů s DM 2. typu.

METODIKA

Pro naplnění cílů výzkumu byl zvolen metodologický přístup kvantitativní průřezové prospektivní studie. Se souhlasem autorů byla provedena standardní jazyková validizace Partners in Health Scale (Škála partnerů ve zdraví – PIH škála) a vytvořena její česká verze (20). Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím strukturovaného dotazníku používajícího českou verzi PIH škály a obsahujícího identifikační údaje o respondentech včetně informací potvrzující kritéria začlenění do studie. Prostřednictvím 12 položek PIH škály bylo možno hodnotit úroveň self-managementu v oblastech týkajících se spolupráce pacienta se zdravotníky, znalostí vlastního zdravotního stavu, monitorování průběhu a stavu chronické nemoci i celkového zvládání nemoci. K hodnocení byla použita Likertova stupnice od 0 do 8.

Výzkumný soubor představovali probandi splňující kritéria začlenění, kterými byly: diagnostikovaný DM 2. typu, 60 let a více a souhlas s účastí ve výzkumu. Vyřazujícími kritérii byly: akutní zdravotní problémy, léčená deprese, hospitalizace na lůžkovém oddělení nemocnice a závislost na péči druhé osoby.

Šetření bylo realizováno ve spolupráci s diabetologickými ambulancemi v regionu Olomouc u 90 probandů. Návratnost vzhledem k osobnímu přístupu byla 100%. Vzhledem k neúplnému vyplnění dotazníku (byly vyplněny jen identifikační údaje) a nesplnění vyřazujících kritérií bylo statisticky zpracováno 58 dotazníků, které vyhověly stanoveným požadavkům.

Získaná data byla zpracována s využitím statistického software Microsoft Excel a Statistika.cz popisnou a komparativní statistikou.

VÝSLEDKY

Rozsah souboru, počty mužů a žen, údaje o věku probandů v přehledu deskriptivní statistiky souhrnně uvádí tabulka 1.

Tabulka 1 Popis souboru z hlediska pohlaví a věku

Pohlaví	n	%	Věk				
			Průměr	Me	Mo	Min	Max
Muži	21	36,21	66,81	67	68	60	79
Ženy	37	63,79	69,49	70	70	61	82
Celý soubor	58	100,00	68,52	68	70	60	82

Legenda: n – četnost, Me – medián, Mo – modus, Min. – minimální hodnota, Max. – maximální hodnota

Byl proveden statistický výpočet reliability a vnitřní konzistence české verze PIH škály za pomoci Cronbachovy alfy, kdy $\alpha = 0,8240$ což představuje vysokou reliability a vnitřní konzistenci české verze PIH škály dotazníku.

Položky PIH škály byly zpracovány dle metodiky autorů, u každé položky byly vypočítány aritmetický průměr, směrodatná odchylka a medián (Tabulka 2). Položky 1 a 2 představují průměrné výsledky týkající se znalostí zdravotního stavu probandů. Položky 3–5 uvádějí průměrné výsledky vztahující se ke spolupráci se zdravotníky. Položky 6–8 prezentují průměrné výsledky vztahující se k monitorování příznaků chronického onemocnění. Průměrné výsledky zvládání vlivu zdravotního stavu na životní styl respondentů ukazují výsledky položek 9–12.

Tabulka 2 Průměrné hodnoty, směrodatné odchylky a mediány jednotlivých položek PIH škály dotazníku.

Položka škály	Průměr	SD	Me
PIH 1	6,71	1,23	7
PIH 2	6,78	1,25	7,5
PIH 3	7,63	0,61	8
PIH 4	6,19	1,74	6,5
PIH 5	6,68	1,22	7
PIH 6	7,78	0,39	8
PIH 7	7,29	0,94	8
PIH 8	7,37	0,83	8
PIH 9	5,42	1,69	4,5
PIH 10	5,39	1,45	5
PIH 11	5,26	1,54	5
PIH 12	5,14	1,79	4

Legenda: SD – směrodatná odchylka, Me – medián

Průkaznost vlivu pohlaví, dosaženého vzdělání a finanční situace na celkovou úroveň self – managementu byla sledována s využitím komparativní statistiky. Všechny statistické testy byly provedeny na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Ke zjištění rozdílu mezi muži a ženami ve velikosti celkového skóre PIH škály byl použit Studentův t-test (normalita rozložení celkového PIH skóre byla potvrzena Shapiro-Wilcoxonovým testem, $p > 0,05$) se závěrem, že nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi muži a ženami v celkové úrovni self-managementu u osob s diabetem mellitem 2. typu, jak uvádí tabulka 3.

Tabulka 3 Studentův t-test ke zjištění rozdílů mezi muži a ženami v celkovém skóre PIH škály dotazníku

Průměrné PIH skóre		Studentův t-test			
Muži	Ženy	t	Významnost	Počet mužů	Počet žen
80,43	76,1	1,55	0,128	21	37

Legenda: t – Studentovo t

Pro zjištění souvislosti mezi kategoriálními proměnnými vztahujícími se ke vzdělání a celkovým skóre PIH bylo nutné z celkového skóre PIH škály vytvořit alternativní proměnnou CS kat 2 (body 48–77 = 1; 78–96 = 2).

Při rozdělení na více kategorií soubor vykazoval nízké kategoriální četnosti nevhodné pro zpracování testem chí-kvadrát. I tak se objevují v některých polích kontingenčních tabulek nízké četnosti, které vycházejí z malého rozsahu sledovaného souboru. Pearsonovým korelačním testem sice byla prokázána souvislost mezi vzděláním a velikostí celkového skóre PIH škály (koeficient kontingence $C = 0,339$; $p < 0,05$), ale vzhledem k výše uvedeným skutečnostem je koeficient C sice statisticky významný, nemusí však být významný klinicky. Četnosti v jednotlivých polích tabulky 4 by správně měly být větší než 5. Smysl by ovšem kontingenční tabulka dávala, kdyby proměnná vzdělání obsahovala pouze dvě kategorie (1 a 2). Z tabulky 4 plyne pouze to, že ve vzorku probandů se středoškolským vzděláním je větší skupina těch, kteří mají nižší celkové skóre PIH škály. U respondentů s vyšším vzděláním se jeví trend opačný, ale počet hodnot je tak malý, že to nelze statisticky prokázat.

Tabulka 4 Kontingenční tabulka pro korelaci mezi vzděláním probandů a celkovým skóre PIH škály rozděleným do dvou kategorií

	Rozmezí PIH skóru		
Vzdělání	48–77	78–96	Σ
Základní	5	4	9
Střední	22	13	35
Vyšší odborné	2	4	6
Vysokoškolské	1	7	8
Σ	30	28	58

Legenda: Σ – suma řádků a sloupců

Stejně statistické zpracování bylo použito i v případě průkaznosti vztahu mezi finanční situací respondentů a jejich úrovní self-managementu danou celkovým skóre PIH škály. Byla prokázána souvislost mezi finanční situací a velikostí celkového skóre PIH

škály, četnosti probandů ukazuje tabulka 5 ($C = 0,309$; $p < 0,05$), nicméně i když je koeficient C statisticky významný, nemusí být významný klinicky. Podle četnosti v prvním poli (1) kontingenční tabulky 5 však výpočet koeficientu kontingence nemá smysl, nelze tedy hovořit o vztahu mezi proměnnými.

Tabulka 5 Kontingenční tabulka pro korelaci mezi finanční situací probandů a celkovým skóre PIH škály rozděleným do dvou kategorií

	Rozmezí PIH skóru		Σ
	48–77	78–96	
Finanční zajištění			
Mzda, plat	1	8	9
Důchod	29	20	49
Σ	30	28	58

Legenda: Σ – suma řádků a sloupců

Prokazatelnost vlivu pohlaví, věku a dosaženého vzdělání na úroveň zvládnutí působení zdravotního stavu osob s diabetem mellitem 2. typu na jejich životní styl byla sledována s využitím komparativní statistiky. Definované proměnné byly porovnávány s výsledky položek monitorujících vliv zdravotního stavu na životní styl, konkrétně se jednalo o položky 9–12 PIH škály (součet těchto položek je obsažen v proměnné PIH 9–12, která nevykazuje normální rozložení, jak bylo potvrzeno Shapiro-Wilcoxonovým testem, $p < 0,05$).

Ke zjištění rozdílu mezi pohlavím probandů ve zvládnutí vlivu zdravotního stavu na jejich životní styl byl použit neparametrický Mann-Whitneyův U-test, který prokázal signifikantní rozdíl mezi muži a ženami ($p < 0,05$) v proměnné PIH 9–12. Vzhledem k tomu, že u žen bylo pozorováno vyšší skóre než u mužů, lze říci, že ženy ve zkoumaném vzorku, jsou schopny lépe zvládat vliv svého zdravotního stavu na svůj životní styl (Tabulka 6).

Tabulka 6 Mann-Whitney U-test pro zjištění rozdílu mezi muži a ženami ve zvládnutí vlivu zdravotního stavu na jejich životní styl

Průměrné skóre PIH 9–12		Mann-Whitneyův U-test				
Muži	Ženy	U	Z	Významnost	Počet mužů	Počet žen
20,16	23,33	264,5	1,99	0,046	21	37

Legenda: U – Mann-Whitneyova statistika; Z – standardizovaná hodnota Mann-Whitneyovy statistiky U

Ke zjištění souvislosti mezi věkem a vzděláním respondentů a zvládnutím vlivu zdravotního stavu na

jejich životní styl (PIH 9–12) byl použit Spearmanův neparametrický korelační koeficient. Mezi věkem a zvládnutím vlivu zdravotního stavu na životní styl probandů nebyla prokázána signifikantní souvislost ($r = -0,149$, $p > 0,05$) na rozdíl od prokázané souvislosti mezi vzděláním a zvládnutím vlivu zdravotního stavu na životní styl ($r = 0,269$, $p < 0,05$).

DISKUSE

Statistické analýzy ukazují, že rozdílný věk pacientů nijak nekoreluje s celkovým PIH skóre, stejně tak, jako velikost celkového skóre nemá žádnou souvislost s daným pohlavím. Rozdílných výsledků sice dosáhli autoři studie realizované v Ománu, kdy byla prokázána vyšší míra self-managementu u žen s DM 2 než u mužů, ale je nutné si uvědomit, že v Ománské společnosti jsou ženy vzdělanější než muži a jsou obecně lépe informované o způsobu života s diabetes stejně jako o nemoci samotné (2). Naopak Peñarrieta-de Cordova et al. (8) provedli průřezovou studii u mexické populace dospělých pacientů s cukrovkou, vysokým krevním tlakem a rakovinou, v které byly objektivně hodnoceny dovednosti a schopnosti jedinců péče o sebe v rámci self-managementu. Ve výsledcích identifikovali rozdíly mezi pohlavím, přičemž ženy obecně dosahovaly lepších výsledků sebeřízení než muži. Nebyl prokázán žádný rozdíl mezi věkovými kategoriemi. Tyto závěry potvrzují i fakta metasyntézy 53 kvalitativních studií, která potvrzují, že self-management u nejčastějších chronických onemocnění, jako je diabetes a kardiovaskulární onemocnění, je ovlivněn genderově (29).

Z našeho šetření vyplývá, že na velikost PIH skóre má statistický vliv úroveň vzdělání oslovených respondentů, stejně tak i jejich finanční situace. Zjištění pozitivní korelace mezi vzděláním a self managementem lze považovat za zásadní. Tento vztah se projevil především v oblasti informovanosti o vlastním zdravotním stavu. Čím vyšší úroveň vzdělání dotazovaní uvedli, tím vyšší byla i jejich informovanost o vlastním zdravotním stavu. Tento výsledek je v korelaci se zjištěním Heijmans, že mezi vzděláním a celkovou úrovní seberegulace existuje statistická souvislost (9). Publikované výsledky výzkumu realizovaného v Holandsku prokázaly vliv vzdělání na self-management. Respondenti s dosaženým vysokoškolským vzděláním vykazovali lepší znalosti a chování v rámci self-managementu než účastníci výzkumu s nízkou úrovní vzdělání (28). Xu et al. (21) rovněž upozorňuje, že nedostatečné vzdělání predikuje nedostatečné informace o péči o sebe sama. Výsledky řady studií ukazují, že lepší self-management daný vyšším vzděláním a lepší informovaností, vede ke zlepšení kvality živo-

ta (2). Toto potvrzují i autoři systematického přehledu zaměřeného na efektivitu self managementu, kteří prokázali, že způsob péče zahrnující sebeřízení nemocí posiluje pacienta, ovlivňuje jeho postoje a chování a potenciálně zlepšuje zdravotní stav i zvládání nemoci (22).

Přestože se ukázal statisticky významný vztah mezi velikostí celkového PIH skóre a finanční situací oslovených pacientů, klinicky nemusí mít tyto parametry reálný dopad na míru jejich self-managementu a kvality života. Nepříznivá finanční situace pacientů s diabetem mellitem může negativně ovlivňovat přístup ke vzdělávání v oblasti self managementu z důvodů pro ně neúměrných nákladů (26). Pro srovnání získaných výsledků nebyly dohledány výsledky identických studií, které by se zaměřovaly na pacienty s diabetem, ale je možno, s ohledem na vztah adherence k léčbě a sebeřízení, uvést výsledky randomizované studie realizované u pacientů s hypertenzí. Autoři prokázali, kromě jiného, souvislost mezi nedostatkem finančního zajištění a non-adherencí k léčbě (23). Základním předpokladem úspěchu při zlepšování adherence je, aby pacient porozuměl nemoci, jejím principům léčby a byl motivován ze strany zdravotníků k adekvátní spolupráci. Výsledky celonárodního amerického průzkumu potvrdily demonstraci prediktorů špatné adherence u pacientů s hypertenzí a diabetem 2. typu. Nejpodstatnějšími byly věk, socioekonomický status, nižší vzdělání, mužské pohlaví a etnikum. Jedinci mladší třiceti let měli až 12krát větší pravděpodobnost přerušení léčby ve srovnání s nemocnými nad padesát let (24).

Z výsledků provedené studie vyplývá, že neexistuje žádná korelace PIH skóre se sociální situací jednotlivých respondentů – pacientů s diabetem mellitem. Zjištění není zcela v souladu s výsledky výzkumu realizovaného v Mexiku, který prokázal, že významnou roli v motivaci pacienta v oblasti self managementu jeho onemocnění, hraje rodina. Respondenti uváděli, že důvodem k návštěvě lékaře či edukace v oblasti self-managementu byly buď neočekávané projevy jejich onemocnění nebo výzvy ze strany rodinných příslušníků (manželky, přítelkyně či děti). Ostatní členové rodiny mohou ovlivňovat realizaci self managementu pacienta s diabetem mellitem. Rodina tedy patří do kategorie tzv. vnějších faktorů ovlivňujících management nemoci. Z výsledků zmiňované studie vyplývá, že zapojení rodinných příslušníků do edukace o self managementu u pacientů s diabetem mellitem vede ke správnému pochopení onemocnění a významu self-managementu a dochází k podpoře nemocného (27).

Z metaanalýzy zaměřené na faktory vlastního řízení u chronicky nemocných je zřejmé, že existuje

pět kategorií, které zasahují do tohoto procesu. Jedná se o životní styl, stav zdraví, zdroje, environmentální charakteristiky a systém zdravotní péče. Je zřejmé, že profil těchto faktorů ovlivňuje schopnost samostatně řídit své onemocnění, schopnost self managementu. (25).

Význam self-managementu u pacientů s diabetem mellitem je prokazatelný především v oblasti prevence vzniku diabetických komplikací, jak dokazují výsledky studie realizované v Íránu. U pacientů s výrazně nízkým skóre self managementu byl prokázán výrazně větší výskyt cévních komplikací (16).

LIMITY

Přínosem studie je ověření použitelnosti PIH škály v podmínkách zdravotnické praxe v České republice i zjištění, že úroveň self managementu pacientů s diabetem mellitem se v řadě parametrů shoduje s výsledky studií v zahraničí. Limity výsledků šetření souvisejí s nereprezentativním vzorkem probandů a regionální omezeností výzkumu.

ZÁVĚRY

Diabetes mellitus je chronickým onemocněním, které negativně ovlivňuje a omezuje život pacienta a tím i kvalitu jeho života. Dobrým self-managementem mohou lidé s cukrovkou zlepšit kvalitu svého života a omezit riziko vzniku komplikací. Je však velmi nutné, aby edukace pacientů byla zaměřena na self-management a podporu aktivní spolupráce pacienta s týmem zdravotnických pracovníků. Základem tohoto přístupu je posouzení úrovně self – managementu u pacientů a nastavení ošetrovatelských intervencí na základě tohoto zhodnocení.

PIH škála je vhodným a jednoduchým nástrojem pro stanovení úrovně self-managementu u pacientů s diabetem mellitem 2. typu v sociokulturních podmínkách České republiky. Ukazuje se, že na výši self-managementu může mít vliv úroveň vzdělání a finanční situace pacienta. Naopak nebyl prokázán vliv věku. Vliv pohlaví na celkovou úroveň sebeřízení u pacientů s cukrovkou 2. typu nebyl prokázán, ale byl potvrzen vliv pohlaví na zvládání působení zdravotního stavu na životní styl.

Použití PIH škály v rámci posouzení pacienta může být velmi významné pro efektivní nasměrování péče a především edukační činnost sestry v péči o pacienty s diabetem mellitem 2. typu.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. Hall CE, Hall AB, Kok G, Mallya J, Courtright P. A needs assessment of people living with diabetes and diabetic retinopathy. BMC research notes.

- 2016 Feb; 1;9:56. doi: 10.1186/s13104-016-1870-4. PubMed PMID: 26829927; PubMed Central PMCID: PMC4736166.
2. D'Souza MS, Venkatesaperumal R, Ruppert SD, Karkada SN, Jacob D. Health Related Quality of Life among Omani Men and Women with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research*. 2016;8293579. doi: 10.1155/2016/8293579. PubMed PMID: 26682234; PubMed Central PMCID: PMC4670671.
3. ÚZIS ČR [Internet]. Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008. Praha: ÚZIS ČR, 2011, [cit. 2014-06-01]. ISBN 978-80-7280-916-5. Available from: <http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008>
4. Majeed-Ariss R, Baidam E, Campbell M, Chieng A, Fallon D, Hall A, McDonagh JE, Stones SR, Thomson W, Swallow V. Apps and Adolescents: A Systematic Review of Adolescents' Use of Mobile Phone and Tablet Apps That Support Personal Management of Their Chronic or Long-Term Physical Conditions. *Journal of Medical Internet Research*. 2015 Dec 23; 17(12): e287. doi: 10.2196/jmir.5043. PubMed PMID: 26701961; PubMed Central PMCID: PMC4704897.
5. Troughton J, Chatterjee S, Hill SE, et al. Development of a lifestyle intervention using the MRC framework for diabetes prevention in people with impaired glucose regulation. *Journal of public health*. 2016 Sep; 38(3): 493-501. doi: 10.1093/pubmed/fdv110. PubMed PMID: 26311822. PubMed Central PMCID: PMC5072159.
6. Chan J, McBurney H, Bell L. A pilot study to assess the efficacy of the Flinders Program of Chronic Condition Self-management on the health and wellbeing of haemodialysis patients. *Renal Society of Australasia Journal*. 2014 Jul; 10(2): 66-74.
7. Corbin JM, Strauss AL. Unending work and care: Managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1988.
8. Peñarrieta-de Córdoba FF, Barrios FF, Gutierrez-Gomes T, Piñonez-Martinez Mdel S, Quintero-Valle LM, Castañeda-Hidalgo H. Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation. *Nursing management*. 2014 Mar; 20(10): 32-37. doi: 10.7748/nm2014.02.20.10.32.e1084. PubMed PMID: 24571163.
9. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, Van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counselling*. 2015 Jan; 98(1): 41-48. doi: 10.1016/j.pec.2014.10.006. PubMed PMID: 25455794.
10. Lorig K, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes and mechanism. *Annals of Behavioural Medicine*. 2003 Aug; 26(1): 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01. PubMed PMID: 12867348.
11. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing Ka. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008 Dec; 20(12): 600-607. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x. PubMed PMID: 19120591.
12. Nemcová J, Hlinková E. Skríning, edukácia a self-managžment v kontexte syndrómu diabetickej nohy. In: Čáp J, Žiaková K. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta; 2011. s. 289-299.
13. Hlinková E, Nemcová J. Hodnotenie efektivity edukácie cievno-chirurgických pacientov v prevencii a v starostlivosti o syndrómu diabetickej nohy. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [Internet]. 2011 [cited 2018 Feb 8]; 2(2): 202-210. Available from: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-02/4_hlinkova_nemcova.pdf
14. Hass L, et al. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*. 2014 Jan; 37 Suppl 1: S144-S153. doi: 10.2337/dc14-S144. PubMed PMID: 24357210; PubMed Central PMCID: PMC4181074.
15. Gurková E. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada; 2011.
16. Mehravar F, Mansournia MA, Naieni KH, Esfahani EN, Mansournia N, Almasi-Hashiani A. The association between diabetes self-management and microvascular complications in patients with type 2 diabetes. *Epidemiology and Health*. 2016 Jan 25; 38:e2016004. doi: 10.4178/epih/e2016004. PubMed PMID: 26883737; PubMed Central PMCID: PMC4789607.
17. Smallwood D. Improving supported self-management for people with diabetes [Internet]. Diabetes UK: CARE. CONNECT. CAMPAIGN2009 [cit. 2015-12-13]. Available from: https://www.diabetes.org.uk/Documents/Reports/Supported_self-management.pdf

18. Battersby MW, Ask A, Reece MM, et al. The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health* [Internet]. 2003 [cited 2018 Feb 8]; 9(2): 41-52. Available from: <https://dSPACE.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/11537/2003052055.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
19. Petkov J, Harvey P, Battersby M. The internal consistency and construct validity of the partners in health scale: validation of a patient rated chronic condition self-management measure. *Quality of Life Research*. 2010 Sep; 19(7): 1079-1085. doi: 10.1007/s11136-010-9661-1. PubMed PMID: 20437206.
20. Wild D. et al. Principles of Good Practice for the translation and cultural adaptation proces for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*. 2005 Mar-Apr; 8(2): 94-104. doi: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x. PubMed PMID: 15804318.
21. Xu WH, Rothman RL, Li R, Chen Y, Xia Q, Fang H, et al. Improved self-management skills in Chinese diabetes patients through a comprehensive health literacy strategy: study protocol of a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2014 Dec 20; 15:498. doi: 10.1186/1745-6215-15-498. PubMed PMID: 25527255; PubMed Central PMCID: PMC4307742.
22. Peeters JM, Wiegiers TA, Friele RD. How technology in care at home affects patient self-care and self-management: A scoping review. 2013 Nov; 10(11): 5541-5564. doi: 10.3390/ijerph10115541
23. Crowley MJ, Grubber JM, Olsen MK, Bosworth HB. Factors associated with non-adherence to three hypertension self-management behaviours: preliminary data for a new instrument. 2013 Jan; 28(1):99-106. doi: 10.1007/s11606-012-2195-1. PubMed PMID: 22926634. PubMed Central PMCID: PMC3539028.
24. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, Redeker S, Reynolds N, Whittermore R. Processes of self-management in chronic illness. *Journal of nursing scholarship*. 2012 Jun; 44(2): 136-144. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x. PubMed PMID: 22551013; PubMed Central PMCID: PMC3366425.
25. Vráblík, M. Jak a proč zlepšit spolupráci s pacienty aneb téma adherence v běžné praxi. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 2014; 6(3): 13-14. Available from: <https://www.tribune.cz/clanek/34252>
26. Rowsell A, Muller I, Murray E, et al. Views of People With High and Low Levels of Health Literacy About a Digital Intervention to Promote Physical Activity for Diabetes: A Qualitative Study in Five Countries. *Journal of Medical Internet Research*. 2015 Oct 12; 17(10): e230. doi: 10.2196/jmir.4999. PubMed PMID: 26459743; PubMed Central PMCID: PMC4642371.
27. Fort MP, Castro M, Peña L, Hernández SHL, Camacho GA, Ramírez-zea M, Martínez H. Opportunities for involving men and families in chronic disease management: a qualitative study from Chiapas, Mexico. *BMC Public Health*. 2015 Oct 5; 15: 1019. doi: 10.1186/s12889-015-2361-6.
28. Veldman K, Reijneveld SA, Lahr MMH, Uittenbroek RJ, Wynia K. The partners in health scale for older adults: design and examination of its psychometric properties in a Dutch population of older adults. *Health expectations*. 2017 Aug; 20(4): 601-607. doi: 10.1111/hex.12488. PubMed PMID 27714892; PubMed Central PMCID: PMC5512997
29. Schulman-Green D, Jaser SS, Park Ch, Whittermore R. A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of advanced nursing*. 2016 Jul; 72(7): 1469-1489. doi: 10.1111/jan.12902. PubMed PMID: 26781649; PubMed Central PMCID: PMC4891247.

KONTAKT NA HLAVNÍHO AUTORA

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
v Olomouci
Hněvotínská 3
775 15 Olomouc
zdenka.miksova@upol.cz

Přijato k recenzi: 29. 5. 2018

Přijato do tisku: 13. 7. 2018