

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním pohybového  
systému**

Diplomová práce

Jméno autora: Bc. Bittenglová Ilona

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

25. 5. 2009

## **Abstrakt**

Diplomová práce „Kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému“ je rozdělena na dvě části. Teoretická část pojednává obecně o kvalitě života, jejím hodnocení a o chronických onemocněních pohybového systému a jejich vlivu na kvalitu života.

V části praktické je vytyčen cíl práce a jsou stanoveny hypotézy, čímž je zahájen vlastní výzkum práce. Následuje kapitola „metodika“, kde je popsán postup výzkumu a použité prostředky k potvrzení nebo vyvrácení uvedeného cíle a stanovených hypotéz.

Navazující kapitola „výsledky“ obsahuje tabulky a grafy s výslednými hodnotami a jejich slovním popisem. Informace získané z výzkumu jsou konfrontovány v diskusi.

Cílem práce je prokázat u vzorku v počtu 42 pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému, zda kompenzační pomůcky pomáhají zkvalitnit jejich život po stránce fyzické a psychické. Data od vybraných pacientů byla sebrána metodou dotazování. Pro zjištění cíle práce byla použita technika standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdraví (Health Related Quality of Life), který se zabývá 8 doménami.

Z výzkumu vyplývá, že pacienti, kteří používají kompenzační pomůcky jsou na tom kromě emočního omezení rolí a kromě fyzické funkce, kde je to však zanedbatelné, podstatně lépe, nežli ti, kteří pomůcky nepoužívají. Kompenzační pomůcky přispívají ve většině aspektů ke zlepšení kvality života u chronicky nemocných pacientů. Proto by bylo vhodné při spolupráci s chronicky nemocnými pacienty vybírat a doporučovat vhodné a potřebné kompenzační pomůcky, které by umožňovaly zlepšení kvality života klienta.

## **Abstract**

The thesis “Quality of life in patients with chronic disease of musculoskeletal system“ is divided into two parts. The theoretical part deals with quality of life in general, its assessment, with chronic diseases of musculoskeletal system and their impact on quality of life.

The objective of the thesis is stated and hypotheses are set in the practical part by means of which the research itself was started. The following chapter “Methodology” describes the research technique and methods used to confirm or disprove given objective and hypotheses stated.

The next chapter “Results” contains charts and graphs with final values and their verbal description. Information obtained from the research is confronted in the discussion.

The objective of the thesis is to prove in sample of 42 patients with chronic disease of musculoskeletal system if compensatory aids help to improve quality of their lives in terms of physical and mental aspects. Data on selected patients were collected using the interview method. The technique of standardized questionnaire SF-36 about Health Related Quality of Life, which measures 8 domains, was used to reach the objective of the thesis.

The research results show that patients who use compensatory aids are significantly better off than those not using the aids (except for emotional role functioning and physical functioning but there it is negligible). Compensatory aids help in most aspects to improve quality of life in chronically ill patients. Therefore it would be advisable to choose and recommend suitable and necessary compensatory aids in cooperation with chronically ill patients, making it possible to improve quality of a client’s life.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 25. 5. 2009

Podpis

Děkuji Doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D. za odborné vedení práce a konzultace. Dále děkuji Katedře veřejného a sociálního zdravotnictví za poskytnutí materiálů k výzkumu a své rodině za podporu a pomoc.

## **Seznam zkratk**

EV – Vitality (vitalita)

GHP – General Health Preception (všeobecné vnímání vlastního zdraví)

HRQOL – Health Related Quality of Life (kvalita života podmíněná zdravím)

CH – Change in Health (změny ve zdravotním stavu)

ICD – International Classification of Diseases (mezinárodní klasifikace nemocí)

ICIDH - International Classification of Impairment, Dissability and Handicaps  
(Mezinárodní klasifikace poškození, poruchy schopností a znevýhodnění)

LDN – Léčebna Dlouhodobě Nemocných

MH – Mental Health (duševní zdraví)

Např. – například

P – Pain (bolest)

PF – Physical Function (Fyzické funkce)

RE – Role limitation – Emotional (emoční omezení rolí)

RP – Role limitation – Physical (fyzické omezení rolí)

SF – Social Functioning (sociální funkce)

Tj. – To je

## Obsah

ÚVOD .....	9
1.Současný stav .....	11
1.1. Historie pojmu kvalita života .....	13
1.2. Definice pojmu kvalita života.....	14
1.3. Rozsah pojetí kvalita života.....	16
1.4. Kvalita života podmíněná zdravím .....	17
1.4.1. <i>Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech</i> .....	18
1.4.2. <i>Modely nemoci a zdraví v ošetrovatelství, rehabilitaci a léčbě</i> .....	19
1.5. Kvalita života u chronicky nemocných obecně .....	22
1.5.1. <i>Hodnocení kvality života v praxi</i> .....	24
1.6. Chronicky nemocný pacient .....	26
1.6.1. <i>Osobní prožívání chronické nemoci</i> .....	28
1.6.2. <i>Sociální aspekt chronického onemocnění</i> .....	30

1.6.3. <i>Chronická onemocnění pohybového systému</i> .....	30
M. Bechtěrev .....	30
Revmatoidní artritida .....	33
Osteoartróza.....	34
VAS - vertebrogenní algický syndrom .....	37
Osteoporóza.....	38
1.7. <i>Kompenzační pomůcky</i> .....	38
2. Cíle práce a hypotézy .....	40
2.1. <i>Cíl práce</i> .....	40
2.2. <i>Hypotézy</i> .....	40
3. Metodika.....	41
4. Výsledky.....	43
5. Diskuse .....	68
6. Závěr .....	74
7. Klíčová slova .....	76
8. Seznam literatury .....	77
9. Přílohy .....	83



## ÚVOD

Nemoci pohybového systému patří mezi celosvětově rozšířené příčiny chronických bolestí a tělesných handicapů a to zejména s tím, jak populace stárne a jak si stále uvědomujeme svůj zdravotní stav. Všechny součásti pohybového ústrojí se nacházejí v dynamické rovnováze a průběžně mění svůj tvar, strukturu a funkci v odpověď na zátěž a mechanické nároky. Na kvalitní a plnohodnotný život má právo každý z nás. Bohužel řada onemocnění kvalitu života snižuje. Mezi taková patří artróza a revmatická onemocnění pohybového aparátu, která trápí nemocné bolestí, omezuje je v pohybu a denních aktivitách. Obecně v nejširším smyslu slova, artróza je synonymem pro chronické degenerativní onemocnění a zároveň projevem stárnutí. Chronické nemoci provázejí své nositele po dlouhou dobu, někdy prakticky po celý život. Jsou těžkou zkouškou, jak pro své nositele, tak pro zdravotníky. Kvalita života jako určitý parametr či ukazatel získává v posledních letech vedle objektivních měřitelných parametrů značný význam v hodnocení účinnosti léčebné a zdravotně sociální intervence jakékoli formy. V posledních letech dochází v biomedicínkách a zdravotně sociálních oborech k tzv. změně paradigmat týkajících se pohledu na pacienta od čistě biologického k biopsychosociálnímu, neboli holistickému. Tomu odpovídá systém mezinárodní klasifikace nemocí a poúrazových stavů IC IDH (International Classification Impairment- Disability- Handicap). V tomto systému je kladen důraz na pohled ze strany pacienta.

Léčení a zdravotně sociální rehabilitace osob s chronickým onemocněním či handicapem je poměrně problematickou záležitostí z hlediska efektivity a tím i z hlediska ekonomického. Oproti akutní léčebné intervenci je velmi obtížné kvantifikovat a objektivizovat výsledky zdravotní a zdravotně sociální péče u osob s chronickým onemocněním. Zde se proto výborně uplatňuje hodnocení kvality života podmíněné zdravím - Health Related Quality of Life (HRQOL). V tomto konceptu jednoznačně převažuje důraz na subjektivní vnímání jedince sebe sama,

svých možností, schopností a toho jak pohlíží na svůj zdravotní stav. Je nutno si uvědomit, jaká je souvislost mezi kvalitou života a zdravotním stavem. Touto otázkou se zabývá mnoho studií, jejichž výstupy, logická úvaha nás dovedou k závěru, že tím vztahem je přímá závislost kvality života na stavu zdraví jedince.

Téma kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému jsem si vybrala především z toho důvodu, že mám za sebou sedmiletou praxi fyzioterapeuta. Dospělí pacienti tvoří převážnou část z celkového objemu našich pacientů.

## 1. Současný stav zpracované problematiky

U chronických onemocnění, kterých v současnosti stále přibývá, se hodnocení kvality života stává jedním z rozhodujících faktorů při přijímání zásadních strategických rozhodnutí o léčbě a celkovém přístupu, jak ke konkrétnímu pacientovi, tak k celé nosologické jednotce. Jako nástroje ke zjištění a hodnocení kvality života podmíněné zdravím (Health Related Quality of Life- HRQOL) slouží dotazníky typu generik, které umožňují skórování 8 domén vyhodnocením odpovědí na standardizované otázky. Je to cesta k velmi efektivnímu ohodnocení kvality života ve vztahu ke zdravotnímu stavu.(28)

Typickým příkladem chronického onemocnění, které provází svého nositele prakticky po celý život od stanovení diagnózy, jsou kupř. chronická onemocnění pohybového aparátu, ischemická choroba srdeční, nespecifické střevní záněty a stavy po meningoencephalitis. Za použití metodiky umožňující skórování HRQOL lze hodnotit stav chronických pacientů i z jiných aspektů než čistě medicínských, a to z hlediska sociologického, psychologického, ekonomického a v neposlední řadě i z hlediska celospolečenského.(16)

Stárnutí populace a nepopíratelné úspěchy zejména akutní medicíny mají za následek zvýšenou prevalenci chorob chronických. v zásadě ad integrum nevléčitelných. Na světě žije stále více osob, které se dožijí svého stáří a s ním spojených neduhů. Tento jev vede k nevyhnutelné změně paradigmat, změně ustálených vzorců myšlení a jednání jak v medicíně, tak v sociální práci a sociálních službách.(30) V rovině terminologické a diagnostické bylo projevem tohoto vývoje vytvoření klasifikačního systému IDH – Impairment, Disability, Handicap, který nenahrazuje, nýbrž vhodně doplňuje klasickou klasifikaci příčin nemocí a smrti - ICD (International Classification of Diseases). Přístup zdravotníků a dalších profesionálů v pomáhajících povoláních (helping professions) se vyznačuje přijetím nového, netradičního východiska, označovaného jako „centrality of patient's view“ totiž, „jak to vidí pacient“. K hodnocení situace jak to vidí pacient je široce akceptováno a používáno hodnocení

kvality života, zejména v konceptu Health Related Quality of Life ( HRQOL) tedy kvality života podmíněné zdravotním stavem.(27)

Vyléčitelných, převážně akutních nemocí a chorobných stavů relativně ubývá, a profesionálové jsou konfrontováni s relativním nárůstem podílu chronicky nemocných osob na celkové prevalenci nemocí a chorobných stavů.

Tito chronicky nemocní:

- mají delší očekávanou dobu dožití, nežli tomu bylo dříve,
- očekávají a nárokují vyšší kvalitu života,
- jejich existence představuje nečekaný a razantní nárůst potřeby ošetrovatelské péče a výkonů sociálních služeb,
- polymorbidita, polytherapie a polypragmasie jsou u nich pravidlem,
- lze a je možno i nutno u nich uplatňovat v co nejvyšší míře nefarmakologické léčebné postupy a metody.(26)

### ***1.1. Historie pojmu kvalita Života***

Ze sociologického pohledu je na místě domnívat se, že pojem kvalita života je historicky a sociokulturně podmíněn. V závislosti na výchově a socializaci je odlišně interpretován.

Již v 50. letech psali o kvalitě života jako novém sociologickém tématu J.K Galbraith a D. Riesman.(13) Společně ho vnímali jako rozvojovou šanci americké společnosti, vůči níž vznášeli mnohé kritické výhrady. V 60. letech ho do politiky zavedli J. F. Kennedy a L. B. Johnson.(13) V těchto letech došlo i k prvnímu výzkumnému použití „kvality života“. Bylo spojeno s hnutím „Social Indicators“, které zdůrazňovalo, že kvalitu života ovlivňují nejen ekonomické ukazatele, ale i určité prostředí, ve kterém obyvatelé žijí, jako např. vesnice či město.

V 70. letech proběhlo první šetření kvality života obyvatelstva v USA. Cílem bylo vyvinout objektivní ukazatele doplňující objektivní charakteristiky prostředí, jako je hluk, znečištění vzduchu, kriminalistika. Šetření zachycovalo, jak lidé sami hodnotí svůj život ve vztahu k objektivním životním podmínkám.

V 80. letech se kvalita života uplatňuje v mnoha lékařských oborech. Dostává se do klinického výzkumu jako završení tradičních ukazatelů morbidity a mortality. U klientů, kde se nedalo hovořit o uzdravení či zjišťování kvality života, kladlo za cíl pouze jejich kvalitu života zlepšit a to v co nejlepším měřítku.(4)

V současné době se o kvalitě života hovoří v mnoha oblastech. At' už je to oblast hodnocení komunitních služeb, zdravotnických programů či měření individuální pohody.(3)

## **1.2. Definice pojmu kvalita života**

Slovo „kvalita“, podle etymologického slovníku, je odvozeno od latinského základu „qualitas“ — kvalita — či „qualis“ jaký. Ještě hlubší kořen má latinské „qualis“ to „qui“ — „kdo“. Český kořen tázacího zájmena (kdo?) „k“ — nás dovede až ke slovům „kěž“ či „kýžený“ — tj. žádoucí, cílový stav. Pod pojmem kvalita si lze představit i „jakost, hodnotu“ tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku.(15)

Definice pojmu kvalita života je podle Velkého lékařského slovníku individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu k systému hodnot, kultuře, životním cílům, očekávání a k běžným zvyklostem. Někdy bývá pojímána jako rozdíl mezi skutečností a individuálním očekáváním. Do značné míry je podmíněna zdravím, psychickým stavem, stupněm nezávislosti, ekonomickými okolnostmi, sociálními vztahy i celkovým životním prostředím.(48)

Autoři Hartl, Hartlová (2) pojem kvalita života (quality of life) chápou jako vyjádření pocitu životního štěstí. K nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost. Psychologický význam pojmu uvádějí jako „míru seberealizace a duševní harmonie, čili míru životní spokojenosti a nespokojenosti“. V sociologickém významu je kvalita života chápána jako „pocit a životní úroveň speciálních skupin jako jsou staří lidé, příslušníci etnických a jiných minorit čili hledisko jejich možnosti volby“. Lékařská definice podle autorů vyjadřuje, na jaké zdravotní úrovni a s jakým omezením žijí lidé s chronickými chorobami jako je bronchiální asthma, Parkinsonova nemoc, choroby kardiovaskulární, geriatrické choroby a mnohé jiné, čili hledisko omezení svobody. Individuálně kvalitu života zvyšují, především ve stáří, plánované tělesné a duševní činnosti, aktivní životní styl“.

Podle světové zdravotnické organizace je kvalita života to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu, ve kterém žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.(1)

Jiné definování pojmu kvalita života uvádí Z. Kučera. Definuje ho jako: „úroveň osobní pohody (wellbeing) spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí. Kvalita života v tomto smyslu je nejbezprostředněji měřitelná pomocí subjektivních indikátorů. Nicméně jsou často využívány rovněž objektivní indikátory, které postihují vnější podmínky, které ovlivňují kvalitu života.**(16)** Můžeme říci, že osobní pohoda je hodnocením kvality života jako celku.**(42)**

Pod pojmem kvalita života se všeobecně rozumí souhrn objektivních a subjektivních posouditelných činností a vjemů člověka v jeho každodenním životě a společenských vztazích.**(40)**

Kvalitu života lze operacionalizovat jako kognitivní ohodnocení vlastního života, které se týká spokojenosti v jednotlivých oblastech života (vztahy, práce, přátelé, finance, volný čas atd.) a dále se týká spokojenosti s celkovou kvalitou života.**(45)**

I Když kvalita života a její hodnocení vyjadřuje individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost, je mimo pochybnost, že se do této reflexe promítá sociální minulost, současnost i budoucnost daného jedince, jeho vztahy k druhým lidem, skupinám, kultuře, politice apod..**(14)**

### ***1.3. Rozsah pojetí kvalita života***

Na kvalitu života je třeba pohlížet jako na komplex otázek. Tyto otázky pojímají život člověka v celé šíři. Pokud budeme uvažovat o kvalitě života, je třeba si předem ujasnit, o kterou rovinu se bude jednat. Křivohlavý uvádí v problematice kvality života tři hierarchicky odlišné roviny: makro-rovinu, mezo-rovinu a rovinu osobní, neboli personální.

V makro-rovině se jedná o otázky kvality života velkých společenských celků — např. dané země nebo kontinentu. Absolutní morální hodnota je nehlubší absolutní smysl života a kvalita života jí jako takovou musí respektovat. V tomto pojetí se problematika kvality života stává součástí základních politických úvah (např. oblast boje s hladomorem, chudobou, epidemiemi, terorismem, ale i v otázkách investic do infrastruktur a zvláště zdravotnictví, stanovení obsahu základní výchovy apod.)

V mezo-rovině jsou zahrnuty otázky týkající se kvality života v tzv. malých sociálních skupinách jako je nemocnice, škola nebo domov důchodců. Kromě morální hodnoty života člověka jsou zde i otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb, existence sociální opory a sdílení hodnot.

Třetí rovina je rovina osobní, neboli personální. Týká se života jednotlivce, individua. V této rovině je stanovení kvality života čistě osobní. Hodnocení spokojenosti, zdravotního stavu či bolesti je subjektivní záležitostí jednotlivce. Na tuto rovinu mají vliv osobní hodnoty individua, jako jsou představy, naděje, očekávání, přesvědčení atp. Křivohlavý cituje definici od Bergsmana a Engela, kteří nastínili rozsah pojmu kvalita života takto: „Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) jde o subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodným srovnáním a motivací (hybnou silou) žítí“.



Kvalitu života je možné měřit ještě ve čtvrté rovině, jíž je fyzická (tělesná) existence. Jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, jenž je možné objektivně měřit a porovnávat. Týká se např. změn chování a projevů v důsledku léčby (chůze před a po ortopedickém léčení). Poslední dvě roviny (rovinu osobní a rovinu tělesné existence) je možné považovat za dvě poloviny mikro-roviny a doplnit tak pojmy makro-roviny a mezo-roviny do logického celku.(15)

#### ***1.4. Kvalita života podmíněná zdravím***

Pozitivní zdraví je stav v asymptomatickém stádiu. Vztahuje se na kvalitu života a lidského potenciálu. Zahrnuje v sobě seberealizaci, chuť do života a lidskou tvořivost. Kvalita života podmíněná zdravotním stavem – Healed Quality of Life (HRQOL), je pojem shrnující subjektivní a přitom kvalifikovatelné měření, jednak vnímání zdraví a jednak vnímání chodu životních funkcí ve fyzické, zdravotní, sociální a emoční sféře. Tato měření a vyhodnocování jsou odlišná od klinických měření a vyhodnocování, ať už tíže nemoci či její aktivit.(47)

Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci. Je to stav bio-psycho-socio-spirituální rovnováhy osobnosti (WHO). Vyrovnání biologických potřeb člověka s duševním klidem, s uspokojivým postavením v kolektivu a ve společnosti a s vírou v životní filosofii ve smyslu kvality života. Vztah zdraví ke kvalitě života vychází z předpokladu směřování života. Zdraví je často chápáno jako prostředek k dosažení cíle.(43) Schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. (47)

Kvalitu života lze považovat za obecný termín zahrnující např. náboženské a ekonomické aspekty. Ve vztahu ke zdraví se používá označení „Health Related Quality of Life“ (HRQOL), tedy ke zdraví vztažená kvalita života týkající se zdraví. Používá se pro též sledování vlivu nemocí a jejich léčby na člověka.(36)

Je to pojem, který shrnuje subjektivní a přitom kvantifikovatelné měření vnímání zdraví a chodu životních funkcí ve fyzické, zdravotní, sociální a emoční sféře.(47)

Velký lékařský slovník uvádí kvalitu života související se zdravím jako: „úroveň duševních, tělesných a sociálních funkcí a vztahů, včetně vnímání zdraví, životního uspokojení a pohody. Bývá do ní zahrnována i spokojenost pacientů se zdravotnickými službami, respektive s léčbou a jejími výsledky“.(46)

#### ***1.4.1. Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech***

S postupujícím osamostatňováním oboru ošetrovatelství a sociální práce a s tím jak se rozvíjí jejich teoretická základna a institucionální zakotvení ve výuce, vědě a výzkumu i ve vlastní praxi, vystupuje do popředí jev již déle známý, ale dosud málo reflektovaný. Je to nedostatečnost dosavadních konceptů a modelů nemoci i zdraví. Tato nedostatečnost netkví v tom, že by byly špatné či překonané, ale v tom, že nejsou adekvátní reálné potřebě společenské praxe.(8) Dosavadní biomedicínský model a jeho klasifikační systémy a osvědčené přístupy jsou v současnosti doplněny modelem bio-psychosociálním a jeho deskriptivním klasifikačním systémem. Spolu s možností hodnotit kvalitu života poměrně exaktními nástroji máme díky tomuto modelu k dispozici teoretické podklady pro zabezpečení skutečného konsensu, a to i v mezinárodním měřítku a rozsahu. Vytváří mezinárodně přijaté podklady pro obor ošetrovatelství jak pro indikaci a účelné poskytování a provádění ošetrovatelské péče, tak pro zajištění jeho kvality a dobrých výsledků. Tento jev a trend je tak významný, že se v odborné veřejnosti hovoří o změně paradigmat, změně vzorců pro myšlení, chování a jednání zdravotníků obecně a odborníků v oboru ošetrovatelství zvláště. Tato změna paradigmat je vyvolána nepochybnými změnami ve spektru prevalence nemocí. Začínají totiž převažovat chronické nemoci, kdy striktní uvažování dle schématu

etiopatogeneza – manifestace – vyléčení prostě nepostihuje plně realitu. Další a možná ještě významnější příčinou je současný celostní („holistický“) pohled na člověka, zdraví a nemoc. V této situaci se do popředí dostává zvažování konkrétního lidského údělu v jeho plnosti biologické, psychologické a sociální.(5,6) Velkou roli zde hraje pojem životních rolí, a jejich omezení nemocí či handicapem. Jestliže budeme schopni měřit kvalitu života a její dynamiku v souvislosti s ošetrovatelskou péčí, a to jak v ohledech fyzických, biologických, tak duševních, psychických a sociálních (životní role a jejich omezení nemocí či handicapem) budeme moci tuto péči lépe indikovat, provádět i vyhodnocovat. Podobně to platí i pro rehabilitační péči a v případě chronických nemocí lze tento přístup aplikovat i pro léčbu.(34)

Termín „léčebná rehabilitace“ pak v sobě konstituuje ono co možná nejdokonalejší navrácení původního stavu pacienta před onemocněním, zejména z hlediska holistického pohledu na celkovou „kvalitu života“ konkrétního pacienta. Ne náhodou je proto podstatnou složkou i práce s psychikou našich nemocných, zejména otázka sociální rehabilitace - řešení kompenzačních opatření stran možnosti samostatného života i v podmínkách handicapu daného onemocněním či následky úrazu.(39)

#### ***1.4.2. Modely nemoci a zdraví v ošetrovatelství, rehabilitaci a léčbě***

Biomedicínský model nemoci je charakterizován

- orientací na příčinu nemoci, stavu (kausální orientace),
- orientací na zajištění podkladů pro kausální léčbu,
- odpovídajícím klasifikačním systémem ICD (International

Classification of Diseases).

Zdravotníci uvažují v tomto modelu dle schématu:

Etiopatogeneza – Manifestace nemoci – Léčba

Pro tento model je typický kausální vzorec myšlení. Od průkazu etiologie, přes pochopení a popis patogenesi a vysvětlení projevů, manifestace nemoci je lékař, zdravotník veden ke klinické diagnóze, která určuje jím přijaté léčebné postupy a přijatá léčebná opatření v tomto modelu nemoci je odpovídajícím klasifikačním systémem ICD. V posledních patnácti letech probíhá ve zdravotnictví zajímavý vývoj, totiž tzv. změna vzorců myšlení a jednání – paradigmat. Tento vývoj zpochybňuje do určité míry dostatečnost a úplnost medicínského modelu nemoci. Tato změna paradigmat je zapříčiněna a vyvolána nepochybnými změnami ve vývoji morbidit, kde ve spektru prevalence nemocí, chorobných stavů začínají převažovat chronické nemoci, které jsou svojí podstatou již vlastně nevyléčitelné ad integrum. Tím relativně ubývá vyléčitelných, akutních nemocí a chorobných stavů, resp. jejich relativní podíl se zmenšuje. Tento trend je samozřejmě doprovázen absolutním přírůstkem podílu chronicky nemocných osob na celkové prevalenci nemocí a chorobných stavů.(48)

Tito chronicky nemocní:

- mají delší předpokládanou dobu dožití, nežli tomu bylo dříve,
- očekávají a nárokují vyšší kvalitu života,
- jejich existence představuje nečekaný razantní nárůst potřeby ošetrovatelské péče (nursing) a podobný nárůst potřeby komplexní komprehensivní rehabilitace.

Tento vývoj vede k situaci, kdy přes hranice dosavadního konceptu kurativní medicíny vidíme narůstat celostní „management“ následků a důsledků nemocí a chorobných stavů, s cílem snížit, či kompenzovat vzniklá postižení. Po tomto přístupu existuje stále stoupající objektivní společenská poptávka. V důsledku tohoto stavu se stal nezbytným novější, komplexnější, celostnější – krátce holistický model nemocí, kterým je „bio-psychosociální model nemocí“.

Bio-psychosociální model nemoci je charakterizován:

- orientací na cílový dopad (finální orientace),
- orientací na zajištění podkladů pro ošetřování a rehabilitaci cílové osoby (pacienta/klienta),
- odpovídajícím klasifikačním systémem ICIDH (International Classification of Impairment, Dissability and Handicaps).

Zdravotníci uvažují v tomto modelu dle schématu:

Etiopatogenesa – Poškození – Porucha schopnosti – Znevýhodnění

ICIDH je multidisciplinární deskriptivní klasifikační systém, který umožňuje analyzovat a dokumentovat zdravotní stav cílové osoby ve třech základních dimensích:

- a) Struktura a funkce orgánů a orgánových systémů (fyzický stav)
- b) Schopnosti, aktivity a výkonnost osoby (role)
- c) Dopady zdravotního stavu osoby do jejích sociálních vztahů a důsledky socioekonomické (sociální funkce).

Těmto dimensím odpovídají následující položky modelu ICIDH:

- ad a) poškození – impairments
- ad b) poruchy schopnosti – disabilities
- ad c) znevýhodnění – handicaps

Nadřazeným pojmem pro všechny tyto poruchy, tj. poškození, poruchy schopnosti a handicap je pojem „Disablement“ (česky – postižení).

Příklady pro myšlenkové postupy dle ICIDH:

- Impairment – poškození: artrotické poškození kolenního kloubu (morfologické poškození) s flexní kontrakturou v kloubu kolenním (funkční poškození).
- Disability – porucha schopnosti: potíže, omezení nebo ztráta pohyblivosti – chůze, stoupání do schodů, běh, změna pozice či postoje.

- Handicap – znevýhodnění: omezení tělesné soběstačnosti a nezávislosti a z toho plynoucí potřeba ošetrovatelské péče.(31)

S použitím dotazníkových nástrojů umožňujících skórování HRQOL – tj. kvality života podmíněné zdravotním stavem se nám dostává do rukou nástroj umožňující kvantifikovat a vyhodnocovat stav našich pacientů/klientů jak před, tak (a to zejména) po našich terapeutických a ošetrovatelských intervencích.(20)

Význam skórování kvality života podmíněné zdravotním stavem – HRQOL a používání modelu ICIDH nutno spatřovat ve dvou ohledech:

1. Zabezpečení konsensu na mezinárodní úrovni pro indikace a alokace výkonů zejména v oborech ošetrovatelství (nursing) a rehabilitace,

2. zabezpečení konsensu na mezinárodní úrovni pro zajištění kvality poskytovaných výkonů, zejména v oborech ošetrovatelství (nursing) a rehabilitace.(37)

### ***1.5. Kvalita života u chronických onemocnění obecně***

Široký konsensus odborných autorit o významu konceptu HRQOL můžeme bezpochyby považovat za jeden z nejvýznamnějších přínosů vývoje zdravotní péče v posledním desetiletí.(33)

Smyslem léčby a obecně řečeno zdravotní péče je docílit, aby pacient vedl „efektivnější“ život s uchováváním všech životních funkcí, s docílením dobrého životního pocitu a standardu (well-being). U chronických onemocnění se hodnocení kvality života – HRQOL – stává jedním z rozhodujících faktorů při přijímání zásadních strategických rozhodnutí o léčbě a o celkovém přístupu ke konkrétnímu pacientovi i k celé nosologické jednotce.(7)

Jako nástroj ke zjišťování a hodnocení HRQOL slouží dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky.(22) Je to cesta k velmi efektivnímu ohodnocení zdravotního stavu.(35) V položkách

dotazníků se obvykle sledují somatické příznaky, psychické obtíže, osobní výkonnost (aktivity), sociální interakce, subjektivní pocit kvality života a uspokojení životem.(22)

Nejnovější výzkumy dokazují prospěšnost soužití člověka se zvířetem, jež ovlivňuje lidské chování, individuální rozvoj jednotlivce i kvalitu jeho života.(17)

U chronických onemocnění se hodnocení kvality života – HRQOL - stává jedním z rozhodujících faktorů při přijímání zásadních strategických rozhodnutí o léčbě a o celkovém přístupu ke konkrétnímu pacientovi i k celé nosologické jednotce.(9)

Jako nástroje ke zjišťování a hodnocení HRQOL slouží dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Je to cesta k velmi efektivnímu ohodnocení zdravotního stavu.

V posledních patnácti letech se řada výzkumných pracovišť systematicky zabývala vytvářením pečlivě zkonstruovaných sad dotazníkových otázek určených k hodnocení konceptu HRQOL, a to tak, aby stupnice odpovědí na tyto otázky byly nezávislé na věku a pohlaví hodnocené osoby. Metoda dotazníků byla doposud používána pro stanovení obtížnosti onemocnění, případně jeho aktivity. Pro názornost uvádíme 3 takovéto nástroje.

Existují tři typy dotazníků, tedy nástrojů ke zjišťování stavu kvality života - HRQOL:

1. Global assesement, globální hodnocení, tento typ poskytuje všeobecné, generální zhodnocení kvality života, většinou však nelze identifikovat postižení v jednotlivých oblastech — doménách (fyzikální, emoční, vitalita atd.).

2. Generic, tzv. generický typ umožňuje demonstrovat podobnosti, či naopak rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami a umožňuje porovnat, jak se jednotlivé nemoci — nosologické jednotky - vzájemně liší, či naopak podobají co do vlivu na kvalitu života - HRQOL.

3. specifický typ specifický pro určitou nemoc. Tento typ je vytvořen tak, aby umožňoval zejména hodnotit vývoj stavu nemoci v čase. I základní typy mají určité přesahy, ale rozdělení zde podané je všeobecně akceptováno. Jako příklad

typu global assesment, který má též výrazné rysy typu generic a může sloužit v obou směrech, je známý dotazníkový nástroj SF-36.

Pro typ „generic“ máme dobré příklady v široce užívaných dotazníkových nástrojích, jako jsou již zmíněný SF-36 a dále Sickness Impact Profile — SIP a Time Trade-Off — TTO. SIP charakterizuje zejména dopad nemoci na zdravotní profil pacienta, TTO umožňuje hodnotit zejména dopad na pracovní schopnost a soběstačnost.

Typ specific (disease specific) je reprezentován dobře zavedenými a široce užívanými dotazníkovými nástroji, jako jsou Rating Form of IBD Patients Concerns - RFIPC, dále Inflammatory Bowel Disease Questionnaire jak ve své původní, tak zkrácené formě jako Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire.

Všechny tyto nástroje jsou konstruovány tak, aby byly použitelné i formou samostatného vyplňování pacientem, tedy bez asistence další osoby. **(29)**

Velký zájem vyvolává nejen mezi zdravotníky, ale zejména též mezi odborníky z oblasti sociální péče a sociální práce ten fakt, že dotazníky užívané v hodnocení kvality života ve smyslu HRQOL mají i významný rozměr sociální. Lze jimi totiž zjišťovat a do značné míry i vyhodnocovat sociální aspekty kvality života. **(35)**

### ***1.5.1. Hodnocení kvality života v praxi***

K posouzení kvality života byly vyvinuty dotazníky, které většinu výše uvedených kategorií zahrnují. Existuje ale i jednoduchá alternativa, která se může zabývat pouze jedním nebo několika částmi výše uvedených oblastí - domén. V některých případech jsou oblasti pro nemocného nejdůležitější — třeba sledování schopnosti pohybu u nemocných s chronickou artritidou sice nenahradí validovaný test, ale důležitost pro posouzení kvality života je zřejmá.



Velmi důležité je určit časové období, kterého se naše otázka týká. Odpověď může být rozdílná, ptáme-li se na současný okamžik, posledních 24 hodin, týden, měsíc, rok či čas od posledního testování.**(38)**

Při posuzování celkové kvality života se bere zřetel na individuální celkovou spokojenost se životem a pocit osobní pohody. Při stupy k získávání potřebných dat mohou být velmi odlišné. Posouzení může být vyjádřeno součtem bodů, které hodnotí každou jednotlivou doménu v testu kvality života nebo jednoduše tak, že se pacienta zeptáme: „Jak byste hodnotil celkovou kvalitu svého života (svoji spokojenost se životem) na škále 1—10 (1—100)?“

K vlastnímu posouzení kvality života používá tázaný stejné kognitivní procesy jako při odpovědi na (nikoliv formální) otázku „Jak se máte?“ Nejdříve se musí zamyslet nad svým stavem. Protože otázka je tzv. otevřená, neudává žádný směr odpovědi, zanechává tázanému volnost vybrat aspekty jeho života, které on sám považuje za důležité vzhledem k současnému stavu (rodinné, společenské, intimní, pracovní aj.).

Na druhé straně je možné použít sebesposuzovací škály s otázkami typu: „Je vaše zdraví vynikající, velmi dobré, dobré, ucházející nebo špatné?“**(32)**

Posouzení kvality života vyžaduje vždy získání informací od pacienta, aby bylo jisté, že pacientův pohled je součástí hodnocení. Důležité pro hodnocení kvality života jsou rozdíly mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Lidé, kteří jsou nemocní a kteří tento stav přijmou, mohou po období nutném k adaptaci na nemoc pozměnit své plány a očekávání a přizpůsobit se životu s nemocí, a tím i získat zpět určitý pocit životní pohody. Jiní za stejných podmínek se mohou stávat čím dál tím nespokojenějšími se svou životní situací a hodnotit svoji celkovou kvalitu života jako velmi nízkou. V některých případech je toto hodnocení výrazně spojené se zvýšeným rizikem morbidit a mortality. Jinými slovy - postoje k vlastnímu zdravotnímu stavu jsou důležité prediktory průběhu nemoci, které jsou nezávislé na skutečném klinickém stavu. Očekávání tvoří důležitý další určující faktor spokojenosti s průběhem nemoci a výsledky terapie. Calman (1984) definuje kvalitu života jako rozdíl mezi pacientovým

očekáváním a tím, čeho ve skutečnosti dosáhne. Čím menší je tento rozdíl, tím je vyšší kvalita života. V některých případech chronického onemocnění, kdy se projevy nemoci prohlubují a aktivity nemocných jsou stále omezenější, snižuje se i očekávání pacienta na úroveň, které může být dosaženo. (35)

### ***1.6. Chronicky nemocný pacient***

Hovoříme-li o nemocných lidech, máme často na mysli lidi akutně nemocné. Jejich nemoc se objeví mnohdy rázem. Rychle vrcholí, její příznaky vedou člověka k lékaři, ten nemoc diagnostikuje a zahájí léčbu. V relativně krátké době se čeká změna — návrat k původnímu stavu totálního zdraví.

U chronických onemocnění je tomu jinak. Chronická nemoc se mnohdy přibližuje pomalu - plíživě. Častokrát si daný člověk ani není sto uvědomit, že vlastně je nemocen (viz např. plíživý příchod některých leukémií). Nejen to, ten, u něhož se objevuje chronické onemocnění, často k němu zaujímá falešný postoj. Dívá se na ně jako na akutní onemocnění — jako na něco, co v poměrně krátké době zřejmě odezní a bude zase dobře. Neuvědomuje si, že s touto nemocí nejen bude žít dlouho, ale s velkou pravděpodobností až do smrti.

Statistika nemocných lidí ukazuje, že v řadě oblastí až polovina lidí trpí určitým chronickým onemocněním (Taylora Aspinwall, 1993). V řadě případů nejde o vážné onemocnění, ale chronické onemocnění zde je. Mnohé z těchto chronických onemocnění není takové, že by momentálně ohrožovalo život pacienta. Častokrát má toto onemocnění střídavý charakter. Pacient prožívá různě dlouhá období, kdy mu je docela dobře. Poté se však v důsledku chronického onemocnění objeví změny a období, kdy mu nemoc nic nepřipomínalo, je pryč. Jsou však chronická onemocnění, která jsou tak vážná, že pacientům - a nejen jim - nedávají spát. Příkladem mohou být onemocnění kardiovaskulárního systému, různé druhy rakoviny, záducha (astma), zánětlivá onemocnění kloubů (artritida, revmatická onemocnění atp.), cukrovka (diabetes), Alzheimerova nemoc, pozitivní

nález HIV, AIDS atp. Za těchto okolností je možné pozorovat mnoho problémů - nejen fyzických ale i psychických a sociálních - jak u toho, kdo chronickým onemocněním trpí, tak u lidí kolem něho.

Nemoc a bolest provází člověka od počátku. Jsou to signály, že se ve vnitřním prostředí člověka děje něco nepatřičného. Nemoc (přechodná či trvalá, akutní, chronická, nevléčitelná) anebo ztráta zdraví, ale také snaha vyléčit, patří neodmyslitelně k lidskému životu. Nemoc se často ohlašuje bolestí, proto bolest pokládáme za důležitý signál poruchy zdraví.

Neztižitelné a dlouhodobé (chronické) bolesti pacienta sociálně izolují, vyvolávají poruchy spánku, ale i psychické změny, deprese, pocity osamělosti, tendence uzavírat se do sebe, poruchy osobnosti. Bolest kvalitu života podstatně snižuje. Psychicky jsou handicapovaní lidé zranitelnější a citlivější, více vztahovační, často se jejich úzkostné očekávání komunikačních bariér a přirozených obav o zdraví, s nimiž se potýkáme všichni, vyvine v rozčilené, vznětlivé až útočné chování. **(18)**

### ***Jaký vliv má chronické onemocnění na pacienta?***

Existence chronického onemocnění je faktem, s nímž se musí ten, kdo je touto nemocí postižen vyrovnávat. Obecně je možné říci, že ho chronická nemoc dostává do stresu. Tento stres musí zvládat. U chronicky nemocných lidí byly pozorovány určité odchylky chování od chování jinak zdravých lidí. Odchylky se týkaly jak jejich vnitřního prožívání této chronickou nemocí změněné situace, tak jejich sociálního života - jejich vztahu a jednání s druhými lidmi. **(24)**

### ***1.6.1. Osobní prožívání chronické nemoci***

Řada studií byla věnována systematickému mapování toho, co pacient prožívá, když se propadá do chronické nemoci. Ukázalo se, že je třeba brát v úvahu jak fyzické, tak psychické změněné stavy. Pacienti s diagnózou chronické nemoci mívají více dlouhodobých a intenzivních bolestí - i když je to nemusí bolet bez přestání. Často mají pohybové potíže - nejen při chůzi, ale i při jiných pohybech. Mnohdy mají zaživač potíže, problémy s vyměšováním, těžkosti s dýcháním atp. Neméně pestrá je paleta psychických těžkostí. Jedná se v první řadě o kognitivní problémy a negativní emocionální zážitky. Kognitivní (myšlenkové) problémy se týkají faktu chronické nemoci. Pacient na ni myslí často. Myslet na ni doslova „musí“. V jeho mysli se toto téma objevuje zcela samovolně. Pacient je pak uvádí do souvislosti jak s momentálním stavem (např. se změnami, které u něho nastávají v důsledku dané chronické nemoci), tak s další vlastní perspektivou (např. se změnami, se kterými musí v dalším životě počítat). Má-li více chronických onemocnění, problémy se nesečítají, ale zřejmě spíše násobí. Ztrácí nejen pocit schopnosti něco řešit (kompetence), ale dokonce i osobní úcty a ceny. Odborně se tento stav charakterizuje jako non-person — nebytí osobností. Tato změna je pocíťována pacientem (ve stavu chronického onemocnění velice snadno psychicky zranitelným) jako mimořádně těžká. Často vede pacienty k revizi a přehodnocení mnohého. O tomto psychickém procesu se hovoří jako o strategickém přebudovávání vlastní identity.

Strategie zvládnání chronického onemocnění: Dunkel-Schetterová (1992) zjistila, že strategie, kterých pacienti používají, se podobají do značné míry těm, s nimiž se setkáváme při zvládnání stresu. Často byla zjištěna strategie distancování se od chronické nemoci — pokus „nemyslet“ nato, co se stalo (změnilo), nebrat to prostě v úvahu. Strategie emocionálního a kognitivního vyhýbání se skutečnosti, která pacienta ohrožuje, byla zjištěna zvláště u těžších případů a intenzivnějších bolestí. Vedle těchto strategií však Dunkel-Schetterová zjistila řadu strategií „zkratového“ řešení situace — například uchýlení se k drogám, alkoholu, přejídání

(např. tím, co pacientovi chutná, bez ohledu na zdravotní dopad takové diety). Dunkel-Schetterová zjistila však i strategie jiné — nadějnější. Někteří pacienti s chronickým onemocněním se snažili hledat kladné (pozitivní) věci na změněné situaci. Snažili se uvědomit si, co je za této změněné situace možné, zatímco dříve to možné nebylo — např. mít více času na rodinu, více se sblížit s některými členy rodiny a rodinu stmelit atp..(44)

Narážíme-li na rutinní a velice praktický problém pacientova zjevného ‚nedostatku motivace‘ k uzdravení, můžeme velice rychle dospět k tomu, že kdo nemá proč žít, nemá ani důvod, proč se chtít uzdravit.

Empiricky můžeme operacionalizovat pojem smyslu v životě otázkami: co tento člověk v této situaci volí a dělá, aby docílil co možná nejlepšího výsledku? A, známe-li toto, pak: a pro co to dělá? Je velké množství intuitivních i standardizovaných metod využívajících výpovědi o sobě, jimiž lze zjišťovat ‚nasycenost‘ vnímání a jednání člověka, motivací směřující k ‚naplnění smyslu‘, v protikladu k třeba i příjemným nebo úspěšným volbám a činům, avšak pro něj osobně smysluprázdným.

K pojmu kvalita života, který bude konkrétněji vymezen jiným příspěvkem, chci učinit dvě předběžné poznámky:

1. Tento pojem je nutně stejně multidimenzionální, jako je lidský život. Musíme proto stanovit ‚dimenze‘ (stránky, životní kvality), v nichž pojmově a operacionálně ‚kvalitu života‘ zjišťujeme a vymezuje. Zjišťování kvality života v dimenzi tělesné či ‚fyzické‘ odkazujeme zde na ‚ideální normu‘ fyzické harmonie a zdatnosti tělesných funkcí, tj. na tradičně pojímané ‚zdraví‘ člověka.

Při zjišťování kvality života v dimenzi duševní či ‚prožitkové‘ odkazujeme na její tradiční znaky v podobě prožívané slasti a uplatňované moci v životě člověka, které v úspěšném případě vystihuje tradiční pojem prožívaného ‚štěstí‘.

Při zjišťování kvality života v dimenzi duchovní či ‚noické‘, ‚existenciální‘, ji vnímáme jako ‚prožitek smyslu(plnosti)‘ vlastního života, který je v životě člověka zakotven v jeho odezvách na hodnotové výzvy, které mu poskytuje jeho

svědomí, a v činech, které ze své vůle činí k uskutečnění hodnotového potenciálu obsaženého v přítomné situaci.

Aspoň zběžně poznamenávám, že za cílenost, motivovanost a činnost člověka směřující k naplňování smyslu jsou zaměřeny dvojím směrem: jednak k jeho okolí, ke „vnějšímu světu“, jednak k sobě samému, ke svému „vnitřnímu světu“. Duchovní hodnoty jsou sebezpřesahné, obsahují vždy vztaženost člověka k něčemu či k někomu druhému, tedy intencionalitu směřující k přesazení vlastní individuality. „Sociální“ či širěji „ekologická“ dimenze člověka je pro jeho hledání a uskutečňování smyslu kterékoli životní situace podstatná, i když pro něj samého získává povahu právě osobním objevením hodnotového potenciálu a osobním vstupem do ní. (23)

### ***1.6.2. Sociální aspekty chronického onemocnění***

Pacient, u něhož se objeví chronické onemocnění, nezůstává sociálně izolován. Musí se dost často stýkat s různými představiteli zdravotnického systému, žije v manželství a rodině, má styky se spolupracovníky v zaměstnání i s dalšími lidmi v době volna. Ukazuje se, že všechny tyto sociální vazby jsou chronickou nemocí víceméně ovlivněny. (44)

### ***1.6.3. Chronická onemocnění pohybového systému***

#### **Morbus Bechtěrev**

Bechtěrevova choroba je nemocí velmi bolestivou — podle vyjádření pacientů dosahuje někdy bolest takové intenzity, že zcela zabraňuje jakémukoli pohybu nebo činnosti a postiženému nezbyvá než vyčkat, dokud bolest nepoleví.

O nemocnění bylo pojmenované podle ruského lékaře Vladimíra Michajloviče Bechtěreva, který jej popsal v jedné ze svých vědeckých prací v roce 1892. Touto nemocí trpěli i někteří vládci starověkého Egypta (např. Ramses II.), z českého prostředí můžeme jmenovat například Karla Čapka. Bechtěrevova choroba neboli ankylozující spondylitida je progresivním revmatickým onemocněním, jehož podstatu představuje chronický zánětlivý proces. Postihuje v první řadě tzv. sakroiliakální skloubení, tj. kloub mezi křížovou kostí a pánví, klouby páteře a přilehlé měkké tkáně. Současně mohou být postiženy i ramenní, kolenní a kyčelní klouby, společně s úpony šlach. Do tkání zasažených zánětem se ukládají soli vápníků a způsobují jejich osifikaci (kostnatění). Postupným procesem tak dochází zejména k „tuhnutí“ páteře - vlivem osifikace dochází ke srůstu jednotlivých páteřních obratlů. Zjednodušeně řečeno obratle a klouby de facto srůstají v jednu kost. V průběhu onemocnění se mění i tvar páteře. Zpravidla dochází k napřímení bederní lordózy, zvýraznění hrudní kyfózy a závisle k prohloubení lordózy krční. Typickým vnějším projevem takto postiženého pacienta je pak předkloněné, shrbené držení těla. V některých případech však páteř osifikuje v plochem postavení a vzpřímené držení těla je zachováno.

Výsledkem těchto procesů může být značné omezení hybnosti pacienta, nejen v závislosti na postižení páteře, ale i ostatních kloubů. Srůst obratlů a žeberních skloubení také vede ke snížení respirační kapacity, dochází ke změnám svalových skupin nebo jednotlivých svalů, jejich chorobnému stažení (kontraktura) - zejména u svalů prsních, břišních, horní části trapézového svalu a svalu hýžd'ového. Srůst páteřních obratlů a z něj vyplývající omezení hybnosti hrozí ztrátou stability pacienta. Důsledkem postupující choroby je tuhnutí až ankylóza (tj. úplné ztuhnutí) páteře, ke které může dojít již za 14 let od začátku onemocnění. Vývoj onemocnění může vést k částečné nebo i plné invalidizaci pacienta.

Bolest v zádech a omezení hybnosti komplikuje běžné denní úkony, velmi komplikované může být ohýbání. I obutí a zašněrování tkaniček u bot tak mnohdy představuje velmi náročný výkon. Znesnadněné je otáčení hlavou a řada pacientů

musí tento úkon nahrazovat otáčením celého těla. Subjektivně se, zejména po době spánku nebo po dlouhodobé nečinnosti, vyskytuje pocit silné ztuhlosti a před zahájením dalších činností je zpravidla potřeba rozcvičení. Klasickým, pochopitelným projevem probíhajícího onemocnění je také celková únava a pocit vyčerpání.

Protože se Bechtěrevova choroba řadí do skupiny systémových revmatických onemocnění s autoimunní složkou, hrozí i jiné, pro tyto nemoci typické komplikace, které jsou představovány zejména orgánovým postižením (srdce, plíce, oči, kůže, ledviny).

Příčina nemoci není dodnes zcela jasná. Jedná se o dlouhodobě probíhající zánětlivě postižení kloubů páteře. Není doposud jasné, proč tento zánět vzniká. Teprve před 30 lety došlo k prvnímu významnému objevu. Toto onemocnění má zjevně autoimunitní základ. Obecně se autoimunitou rozumí jev, při kterém imunitní systém rozpoznává naše vlastní antigeny a vytváří proti nim protilátky.

Přestože je nemoc podrobně zkoumána již více než jedno století, stále je její příčina a průběh nejasný. Významné riziko pro vznik tohoto onemocnění představuje dědičnost. Nemoc se projevuje většinou postupně v nepravidelných intervalech. Začíná zpravidla bolestmi v kříži. Bolesti bývají nejvýraznější v noci, po celkovém zklidnění. Mohou se objevit bolesti pat. Nemoc často pacienty vzbudí v noci, přinutí je vstát a ulevit bolesti lehkým rozcvičením páteře. Bolesti v oblasti hrudní páteře se projevují omezením rozsahu dýchacích pohybů. Bolestivý je hluboký nádech i výdech. Většina bechtěreviků se proto uchyluje k úlevnému dýchání bránicí - tzv. do břicha.

Protože se jedná o celkové zánětlivé onemocnění, mohou se u pacientů objevit i příznaky celkového zánětu známé z chřipkového nebo jiného lehčího infekčního onemocnění.

Nedílnou součástí léčby je rehabilitace. U málokteré nemoci je právě tento přístup natolik zásadní jako právě u Bechtěrevovy choroby. Rehabilitací je možné zpomalit rozvoj nemoci i její další průběh. Důležité je, aby byla odborně vedena a správně dávkována. Měla by se pro nemocného stát každodenní součástí života.



Rehabilitace by měla probíhat za přímé spolupráce rehabilitačního pracovníka, který aplikuje masáže a pomáhá při rozcvičování páteře. Pacient by měl být rovněž poučen o provádění samostatných cviků, především dechových cvičení.(10)

### **Revmatoidní artritida**

Definice: revmatoidní artritida (RA) je systémové autoimunitní onemocnění, které postihuje kloubní synovu. Mimo to dochází k postižení různých orgánů. Výskyt: prevalence se odhaduje na 1 % a ženy jsou postiženy 3x častěji než muži. Manifestace projevů je nejvyšší mezi 20. - 50. rokem věku.

Etiologie a patogeneze: etiologie RA není objasněna. Pravděpodobné je, že jde o geneticky předurčenou imunitní reakci na dosud neprokázané „agens“. Ačkoli se u onemocnění vyskytují autoproti látky (revmatoidní faktor), nezdá se, že by byly primární příčinou choroby. Chronický zánětlivý proces spolu s proliferací synovie vede k postupné destrukci kloubů. Symptomatologie: onemocnění probíhá chronicky v exacerbacích a remisích. Dochází k charakteristickým deformitám a poruchám funkce kloubů. Průběh se u mnoha pacientů v klinice liší, co se týká rozsahu kloubních destrukcí, odpovědi na léčbu a dlouhodobé prognózy. Lze očekávat zkrácení doby života. Onemocnění začíná typicky plíživě se symetrickým postižením rukou. Zpočátku jsou postiženy přednostně bazální a střední klouby prstů obou rukou, které postupem nemoci nabývají vřetenovitého tvaru. Také drobné nožní klouby jsou velmi časně postiženy.

Nemocní si stěžují na bolesti, ztrátu síly a ranní ztuhlost rukou. Mimoto se objevují příznaky, jako únavnost, úbytek hmotnosti a subfebrilní teploty. Proto bývá často ten to začátek zaměněn za jiné vnitřní onemocnění. Je možné vyhmatat těstovité, bolestivé zduření vazivových pouzder (synovitida). Kůže může být nad postiženými klouby teplejší. Ztráta síly v rukou je vhodným znamením aktivity

onemocnění. Pětina nemocných přechází po prvních příznacích do spontánní remise. Pokud onemocnění pokračuje, vede k destrukci chrupavek a svažování vazivových pouzder s následnou deformací kloubů (ulnární deviace, „labutí“ šíje, deformity tvaru knoflíkových dírek). V pozdním stadiu může dojít k postižení krční páteře (atlantoaxiální dislokace) s nebezpečím transverzální léze. Při těžkém průběhu mohou vzniknout revmatické uzlíky v kůži (na extenzorových stranách kloubů), ale také v orgánech, jako například v srdečním svalu a plicích.

Terapie: onemocnění není dosud léčitelné. Léčbou se ovlivňují bolest a zánět, aby se uchovala funkce kloubů a svalů. Volba léčebných prostředků závisí na projevech aktivity onemocnění. K medikamentózní léčbě se používají například nesteroidní antirevmatika. Mimo medikamentózní léčbu je namístě i fyzikální terapie, jako je léčebná gymnastika, stejně jako ergoterapeutické a balneo-fyzikální prostředky. Těmito léčebnými opatřeními je možno snížit riziko omezení pohyblivosti i podávání léků. Někdy je nutná ortopedická léčba, jako připevnění dlah nebo náhrada kloubu. Neméně cenné je získání důvěry nemocného a celé jeho rodiny a podrobné vysvětlení průběhu nemoci, protože léčba RA je zpravidla nutná po celý život nemocného.(41)

## **Osteoartróza**

Osteoartróza (OA) je nejčastějším onemocněním kloubů. Postihuje asi 12 % populace. Prevalence stoupá s věkem, rentgenové změny typické pro OA nacházíme u téměř 70 % osob starších 65 let. (Údaje o výskytu onemocnění pocházejí z USA. V ČR žádné oficiální statistiky neexistují, nicméně lze předpokládat, že situace zde je obdobná.) Nejvíce postihuje **váhonosné kyčelní a kolenní klouby**, nacházíme ji však běžně i v jiných lokalizacích (páteř, rameno, loket, prsty aj.).

OA je heterogenní skupina onemocnění kloubů v různých lokalizacích s podobným klinickým průběhem. Primárně jde o degenerativní onemocnění. V

anglosaské literatuře se přesto setkáme s označením osteoarthritis, ačkoliv zánět kloubů (artritida) nebývá vždy přítomen a vzniká druhotně. Veřejnost běžně hovoří o artróze, označení osteoartróza je však přesnější, neboť onemocnění nepostihuje jen strukturu samotného kloubu, ale i přilehlé kosti. Pojmy artróza, osteoartróza a osteoartritida označují stejné onemocnění, a je tedy možné je považovat za synonyma.

Etiopatogeneze choroby není zcela objasněna, předpokládá se souhra více faktorů (viz. dále). Při OA dochází postupně k destrukci kloubní chrupavky a změně jejích mechanických vlastností. V extrémním případě těžkého stupně OA může být chrupavka zničena zcela. Po vyčerpání kompenzačního mechanismu se destrukce chrupavky klinicky projeví bolestivostí a zánětem, který postihuje okolní tkáň jako kloubní pouzdro a subchondrální kost (přilehlou k chrupavce). Postižená kost reaguje na vzniklou situaci svojí přestavbou, časem se na ní objevují výrůstky zvané osteofyty, které daný stav komplikují. Bolest při OA je dána postižením okolních tkání, poškození samotné chrupavky nebolí, neboť není inervována. Proto jsou první stadia OA klinicky němá.

#### Příčiny osteoartrózy

Děje vedoucí k rozvoji osteoartrózy nejsou ani dnes plně objasněny. Známe však rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku onemocnění. Podle příčin dělíme OA na primární a sekundární.

Primární OA, též idiopatická, je taková, kde není příčina jasná. Rizikové faktory vzniku primární OA jsou genetické dispozice, nadváha, nadměrné a jednostranné zatížení kloubů při určitých činnostech. Primární OA zahrnuje většinu případů OA. Podle lokalizace se označuje jako:

#### 1. lokalizovaná

ruce: Heberdenovy a Bouchardovy uzly, rhizartróza,

nohy: halux valgus, rigidus,

koleno: gonartróza,

kyčle: koxartróza,

páteř: spondylartróza, spondylóza, diskopatie,

2. generalizovaná - postihuje tři a více kloubů nebo kloubních skupin.

Sekundární OA vzniká následkem úrazu, vrozené nebo vývojové vady (např. vrozené vymknutí kyčlí) nebo v důsledku jiného onemocnění (např. zánětlivá onemocnění kloubů, metabolická onemocnění, akromegalie, hyperparatyreóza, krystalické artropatie, osteonekróza, neuropatický kloub a další). U sekundární OA je třeba na prvním místě léčit primární onemocnění.

Klinické projevy a průběh osteoartrózy

Rozvoj onemocnění bývá velmi pozvolný, obvykle mnoho let až desítky let. Na začátku dochází k výše popsaným změnám na úrovni metabolismu chrupavky, v jejich důsledku k narušení její matrix, která ztrácí pevnost a pružnost. Na chrupavce se objevují drobné trhliny, dochází k jejímu ztenčování, pro které je typická častá nerovnoměrnost. Dokud je chrupavka schopna tyto děje kompenzovat, nemusí pacient pociťovat žádné změny. Teprve v okamžiku, kdy již chrupavka není schopna dostatečně plnit svou funkci, dochází k nepřirozené zátěži okolních tkání (kost, kloubní pouzdro, vazy, svalstvo), což se projeví prvními obtížemi.

Subchondrální kost na zátěž reaguje přestavbou své struktury (sklerotizace), dochází k tvorbě výrůstků, osteofytů. Jde o kompenzační mechanismus, který však ve svém důsledku omezuje pohyblivost kloubů.

Klinickými projevy jsou bolest a ztuhlost kloubů. Bolest bývá při zátěži. Typická je též tzv. startovací bolest a ztuhlost po delším klidu (např. ráno po probuzení), která po rozcvičení během 15-20 minut obvykle mizí. Při větším postižení bývá i bolest klidová. Ta je typická zejména při koxartróze.

Typickým znakem OA je lokalizovanost na určité klouby a častá nesouměrnost jejich postižení (na rozdíl např. od revmatoidní artritidy). V průběhu onemocnění někdy dochází k záchvatovitému zhoršení stavu, často bez zjevné příčiny, posléze pak ke spontánní remisi. **(50)**

## **Vertebrogenní algický syndrom – VAS**

Jako vertebrogenní onemocnění označujeme řadu pestrých klinických obrazů, které jsou charakterizovány bolestmi v páteři, projekcí bolestí do končetin, poruchami hybnosti i vegetativními změnami. VAS je podmíněn funkčními nebo degenerativními změnami meziobratlových kloubů a plotének či postižením svalovým. Mezi časté příčiny těchto stavů patří špatné držení těla či přetěžování páteře, špatné pohybové stereotypy, svalová dysbalance, opakovaná mikrotraumata páteře apod. Poruchy se často prolínají a mnohdy ani nelze určit příčinu a následek. Díky různým příčinám jsou vertebrogenní syndromy provázeny pestrostí subjektivních i objektivních příznaků. Obrazy se mění podle lokalizace a podle toho, která struktura je porušena, resp. drážděna.(11)

Vertebrogenní algický syndrom je jedna z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti a jedna z nejčastějších příčin návštěvy lékaře. Přitom pojem „vertebrogenní“ je již dávno zavádějící. Je to pozůstatek doby, kdy se všechny bolesti v pohybovém aparátu přisuzovaly páteři a meziobratlovému disku zvláště. Dlouhá desetiletí je známa skutečnost, že poruchy funkce pohybového aparátu se záhy z místa svého vzniku šíří na ostatní části pohybového ústrojí a jen v části případů je lokalita bolesti shodná s místem jejího původu. Situaci také komplikuje fakt, že vertebrogenní symptomatologií může začínat velká řada vnitřních organických onemocnění a diferenciální diagnostika může zvláště z počátku pak činit značné obtíže. Výskyt vertebrogenních obtíží má charakteristické zákonitosti. Jsou vážným socioekonomickým problémem zemí tzv. vyspělého světa. Jsou vázány na dostatečnou technickou úroveň, omezující fyzickou zátěž populace a negativně se zde projevuje i úroveň sociálního systému.(44)

## **Osteoporóza**

V České republice touto nemocí trpí téměř tři čtvrtě milionu lidí. Především dospělých a hlavně žen v přechodu a po něm. Lidí nemocných osteoporózou stále přibývá. Vysvětlení je prosté - prodlužuje se průměrná délka života a přitom od dětství žijeme stále nezdravěji.

Ubývání kostní hmoty je přirozeným projevem stárnutí. Kostní hmota se tvoří zhruba do věku 25 až 30 let, potom už kvalitu kostí jen ztrácíme. Pozvolný úbytek kostní hmoty je přirozený. Problém nastává, pokud řídne rychleji, než by měla. Osteoporóza je výsledkem nerovnováhy mezi odbouráváním a novým tvořením kosti. Pro vývoj nemoci je podstatný nedostatek vápníku, nedostatek vitamínu D a přiměřeného pohybu.

Ročně prodělá osteoporotickou zlomeninu krčku stehenní kosti 14 tisíc žen a 7 tisíc mužů. „Dá se říci, že přibližně každých 30 minut utrpí jeden Čech osteoporotickou frakturu. Dvacet procent z těchto lidí do jednoho roku umírá vinou zdravotních následků úrazu, dalších padesát procent z přeživších zůstává do konce života nějakým způsobem postiženo,“ říká Jaroslav Jeníček, tajemník Českého národního fóra proti osteoporóze (ČNFO).

V naprosté většině se osteoporóza projevuje u lidí starších 50 let. V této věkové skupině se vyskytuje u 33 procent žen a 15 procent mužů. U populace nad 70 let jí pak trpí už 47 procent žen a 39 procent mužů. Léčeno je však pouze 10 až 15 procent postižených.(19)

### ***1.7. Kompenzační pomůcky***

Speciální rehabilitační, resp. kompenzační pomůcky umožňují nebo usnadňují provádění základních všedních činností pacienta v domácnosti po propuštění z nemocnice. Jejich preskripce vychází z typu postižení, individuálních schopností klienta i znalosti uspořádání jeho domácnosti.(49)

Dělení kompenzačních pomůcek podle Schejbalové, je na pomůcky určené k lokomoci (berle - kanadské, francouzské, podpažní, dále hole, chodítka, mechanické vozíky, apod.), pomůcky určené pro sebeobsahu (speciální zapínání na oblečení, speciální úchopová část lžice apod.), pomůcky určené pro vzdělání a práci a pomůcky určené pro sociální činnosti (zde patří různé prostředky umožňující nebo usnadňující čtení, psaní), usnadňují sociální kontakt, vykonávání domácích prací, sportu, apod..(12)

Dělení podle Opatřilové je na kompenzační pomůcky pro sebeobsahu, pro vzdělávání, pro pracovní činnosti, pro rozvoj pohybových dovedností a vozíky.(21)

Některé kompenzační pomůcky si mohou pacienti i zapůjčit. Pacient si tak vyzkouší, zda je pro něj pomůcka vhodná. V případě, že mu vyhovuje a bude ji nadále používat, pořizuje si již vyzkoušenou pomůcku. Pokud potřebuje pomůcku jen krátkodobě, nemusí si ji pořizovat vůbec a využívá pomůcky zapůjčené. Ve většině měst již tato služba, zapůjčování kompenzačních pomůcek, funguje.

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1. Cíl práce***

Cílem práce je prokázat u vzorku v počtu 42 pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému, zda kompenzační pomůcky pomáhají zkvalitnit jejich život po stránce fyzické a psychické. Prokázat na souboru probandů s chronickým onemocněním pohybového systému i ve stádiu remise, že kvalita života hodnocená jako skóre HRQOL je jiná než u normální populace.

### ***2.2. Hypotézy***

H1: Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) je u pacientů trpících chronickým onemocněním pohybového systému i ve stádiu remise jiná než kvalita života u normální populace.

H2: Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) u těchto pacientů odvisí i od používání kompenzačních pomůcek.



### 3. Metodika

Data byla sebrána metodou dotazování. Pro zjištění cíle práce byla použita technika standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím (Health Related Quality of Life), který se zabývá 8 doménami — Fyzické funkce (PF), Fyzické omezení rolí (RP), Emoční omezení rolí (RE), Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (SF), Bolest (P), Duševní zdraví (MH), Vitalita (EV) a Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) v porovnání s normální populací (Oxford). Dotazník obsahuje celkem 11 otázek a vztahuje se postupně ke všem výše uvedeným doménám.

Celkem bylo rozdáno 42 dotazníků. Každý oslovený klient vyplnil jeden dotazník samostatně, bez asistence další osoby. Návratnost dotazníků byla stoprocentní.

Dotazníky byly rozděleny do dvou skupin, v návaznosti na to, zda oslovený klient používá nebo nepoužívá kompenzační pomůcky. Ze 42 dotazovaných klientů bylo 21 těch, kteří používají kompenzační pomůcky a 21 klientů, kteří kompenzační pomůcky nepoužívají. Skupina všech klientů používajících kompenzační pomůcky je v průměrném věku 62,3 let a druhá skupina, která kompenzační pomůcky nepoužívá je v průměrném věku 69,9 let.

Ve skupině dotázaných, kteří používají kompenzační pomůcky je 6 mužů v průměrném věku 60,8 let a 15 žen v průměrném věku 62,9 let. Ve druhé skupině dotázaných, kteří kompenzační pomůcky nepoužívají, je 11 mužů v průměrném věku 59,5 let a 10 žen v průměrném věku 64,4 let.

Údaje z dotazníků byly přepsány do elektronické podoby. Skórování vyhodnocení jednotlivých a průměrných skóre pro všech osm domén zajistila Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF SLJ. Získané výsledky byly porovnány s evropským normálem výsledků pro 8 domén kvality života podmíněné zdravím, v metodě SF-36 (normativní reprezentativní data pro evropskou populaci pro dotazníkový nástroj SF-36 získala studie Oxford Healthy

Life Survey ve Velké Británii v letech 1991 — 1992) a poté mezi jednotlivými soubory mezi sebou. Výsledky byly vyjádřeny procentuálně.

Pro přehledné vyjádření a zpracování dat byly použity tabulky a grafy, které se nachází v následující kapitole.

## 4. Výsledky

Výsledky byly přehledně zpracovány do tabulek a grafů, kde byly použity tyto zkratky:

Oxford - Oxford Healthy Life Survey (evropský normál výsledků pro 8 domén HRQOL, v metodě SF – 36).

8 domén: PF – Physical function – fyzické funkce,  
RP – Role limitation physical – fyzické omezení rolí,  
RE – Role limitation emotional – emoční omezení rolí,  
SF – Social functioning – fyzické a emoční omezení sociálních funkcí,  
P – Pain – bolest,  
MH – Mental health – duševní zdraví,  
EV – Vitality – vitalita,  
GHP – General health perception – všeobecné vnímání vlastního zdraví.

n – počet respondentů v podsouboru

u – kritická hodnota

x – průměrné skóre

% - procentní změny sledovaných hodnot

**Tabulka A – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů - žen bez pomůcek, průměrný věk**

<b>Specimen:</b>	Bitenglová, bez pomůcek		
<b>Date:</b>	30.3.2009		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	41,19	535,49	23,14
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	15,48	445,01	21,10
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	31,75	791,13	28,13
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	45,83	510,91	22,60
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	26,46	428,88	20,71
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	59,81	168,34	12,97
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	40,00	261,90	16,18
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	37,14	370,41	19,25
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	22,62	470,52	21,69

Records	Count (n)	Average Age
Summary	21	61,9
Male	11	59,5
Female	10	64,4

Tabulka A obsahuje výsledné hodnocení dotazníků celé skupiny bez pomůcek. Dále je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru a průměrný věk mužů a žen. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky 1 (skupina bez pomůcek oproti Oxfordu). Byly použity také v tabulce 7 k porovnání se skupinou používající pomůcky.

**Tabulka B – Vyjádření hodnot dotazníků, počet žen bez pomůcek,  
průměrný věk**

<b>Specimen:</b>	Bitenglová, bez pomůcek (F)		
<b>Date:</b>	30.3.2009		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	41,00	469,00	21,66
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	20,00	475,00	21,79
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	30,00	766,67	27,69
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	51,25	389,06	19,72
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	33,33	345,68	18,59
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	61,20	144,16	12,01
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	42,00	321,00	17,92
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	40,50	212,25	14,57
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>x</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
10	35,00	400,00	20,00

Records	Count (n)	Average Age
Summary	10	64,4
Male	0	
Female	10	64,4

Tabulka B obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny žen bez pomůcek. Je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky 2 (ženy bez pomůcek oproti Oxfordu). Byly použity také v tabulce 4 k porovnání se skupinou muži bez pomůcek.

**Tabulka C – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů bez pomůcek,  
průměrný věk**

<b>Specimen:</b>	Bittenglová, bez pomůcek (M)		
<b>Date:</b>	30.3.2009		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
11	41,36	595,87	24,41
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
11	11,36	382,23	19,55
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
11	33,33	808,08	28,43
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
11	40,91	570,76	23,89
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
11	20,20	422,41	20,55
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
11	58,55	186,98	13,67
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
11	38,18	201,24	14,19
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
11	34,09	494,63	22,24
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
11	11,36	268,60	16,39

Records	Count (n)	Average Age
Summary	11	59,5
Male	11	59,5
Female	0	

Tabulka C obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny muži bez pomůcek. Dále je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky 3 (skupina muži bez pomůcek oproti Oxfordu). Byly použity také v tabulce 4 k porovnání se skupinou ženy bez pomůcek.

**Tabulka D – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů - žen s pomůckami,  
průměrný věk**

<b>Specimen:</b>	Bittenglová, pomůcky		
<b>Date:</b>	30.3.2009		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	39,76	1103,51	33,22
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	20,24	1108,28	33,29
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	23,81	1390,78	37,29
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	52,98	787,27	28,06
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	34,39	622,04	24,94
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	60,95	172,05	13,12
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	40,24	205,90	14,35
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	45,48	561,68	23,70
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
21	33,33	793,65	28,17

Records	Count (n)	Average Age
Summary	21	62,3
Male	6	60,8
Female	15	62,9

Tabulka D obsahuje výsledné hodnocení dotazníků celé skupiny s pomůckami. Dále je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru a průměrný věk mužů a žen. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky 9 (skupina s pomůckami oproti Oxfordu). Byly použity také v tabulce 7 k porovnání se skupinou nepoužívající pomůcky.

**Tabulka E – Vyjádření hodnot dotazníků, počet žen s pomůckami,  
průměrný věk**

<b>Specimen:</b>	Bittenglová, pomůcky (F)		
<b>Date:</b>	30.3.2009		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
15	39,33	1069,56	32,70
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
15	18,33	955,56	30,91
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
15	20,00	1303,70	36,11
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
15	50,00	812,50	28,50
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
15	34,07	649,66	25,49
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
15	59,47	181,05	13,46
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
15	37,67	166,22	12,89
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
15	42,33	646,22	25,42
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
15	33,33	972,22	31,18

Records	Count (n)	Average Age
Summary	15	62,9
Male	0	
Female	15	62,9

Tabulka E obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny žen s pomůckami. Je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky 8 (ženy s pomůckami oproti Oxfordu). Byly použity také v tabulce 6 k porovnání se skupinou muži s pomůckami.



**Tabulka F – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů s pomůckami,  
průměrný věk**

<b>Specimen:</b>	Bittenglová, pomůcky (M)		
<b>Date:</b>	30.3.2009		
<b>Number of records</b>	<b>PF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
6	40,83	1186,81	34,45
	<b>RP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
6	25,00	1458,33	38,19
	<b>RE</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
6	33,33	1481,48	38,49
	<b>SF</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
6	60,42	646,70	25,43
	<b>P</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
6	35,19	552,13	23,50
	<b>MH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
6	64,67	130,22	11,41
	<b>EV</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
6	46,67	247,22	15,72
	<b>GHP</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
6	53,33	263,89	16,24
	<b>CH</b>		
	Mean	SD	SD
<b>n</b>	<b>X</b>	<b>s2</b>	<b>s</b>
6	33,33	347,22	18,63

Records	Count (n)	Average Age
Summary	6	60,8
Male	6	60,8
Female	0	

Tabulka F obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny muži s pomůckami. Je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky 5 (muži s pomůckami oproti Oxfordu). Byly použity i v tabulce 6 k porovnání se skupinou muži bez pomůcek.

**Tabulka 1 – Výsledky skóre souboru bez pomůcek v porovnání s evropským standardem Oxford**

Specimen 1:	Bittenglová, bez pomůcek							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	41,19	15,48	31,75	45,83	26,46	59,81	40,00	37,14
s <sup>2</sup>	535,49	445,01	791,13	510,91	428,88	168,34	261,90	370,41
s	23,14	21,10	28,13	22,60	20,71	12,97	16,18	19,25
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	9,34	15,25	8,33	8,54	12,16	4,92	5,97	8,65
%	<b>46,59</b>	<b>18</b>	<b>38,28</b>	<b>52,07</b>	<b>32,47</b>	<b>81,07</b>	<b>65,43</b>	<b>50,52</b>
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

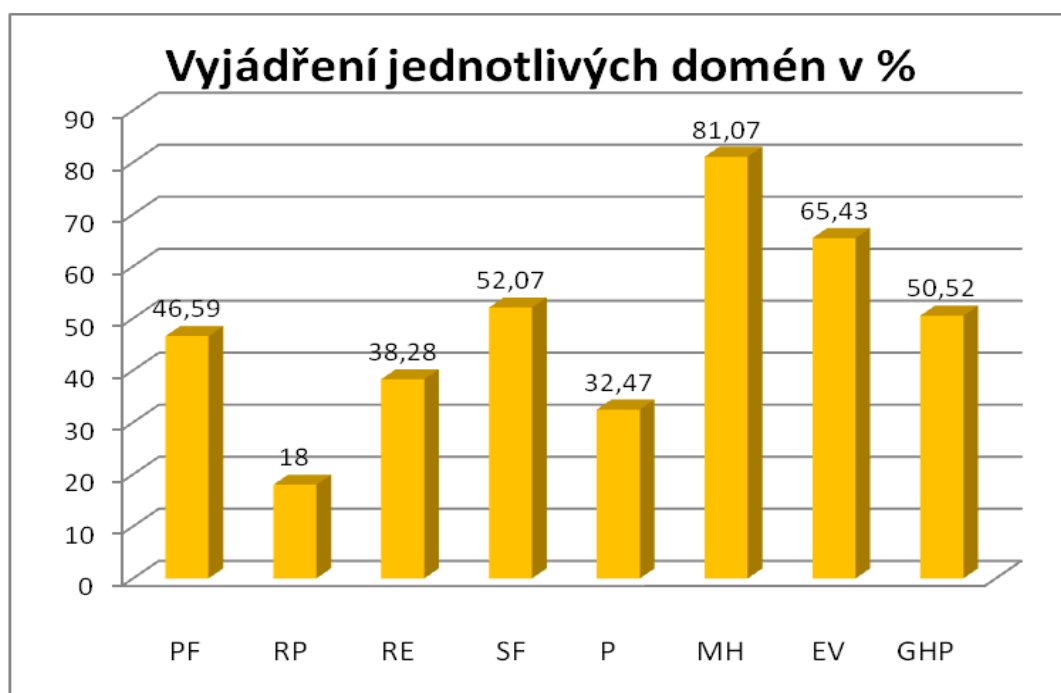
**u – kritická = 1,67**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 1 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života skupiny probandů bez pomůcek v porovnání s Oxfordem. Výsledky grafů jsou vyjádřeny jako procentuální část k normálu, to je evropský standard Oxford. Průměrný věk všech respondentů této skupiny (bez pomůcek) je 61,9 let. Z celkového počtu 42 respondentů bylo do skupiny bez pomůcek zařazeno 21 klientů. Jedenáct mužů v průměrném věku 59,5 let a deset žen v průměrném věku 64,4 let. V doméně fyzické funkce (PF) se porovnávaná skupina přibližuje ke standardu Oxford

z 46,59 procent. Doména fyzické omezení rolí (RP) je významně snížena oproti standardu Oxford a to na 18 procent. Další doména emoční omezení rolí (RE) dosáhla 38,28 procent ku standardu. Čtvrtou doménou jsou sociální funkce (SF), dle výzkumu prokazují 52,07 vzhledem ke standardu. Pátou doménou je bolest (P), která se přiblížila ke standardu v 32,47 procentech. Další doménou je všeobecné duševní zdraví (MH), která u testované skupiny činí 81,07 procent. Doména vitalita (EV) činí v porovnání s Oxfordem 65,43 procent. Poslední doménou je všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) jejíž hodnoty činí 50,52 procenta ze standardu. Procentuální vyjádření viz. graf 1.

**Graf 1 – Procentuální vyjádření souboru bez pomůcek v porovnání s evropským standardem Oxford**



Graf 1 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru (mužů i žen bez pomůcek) s evropským standardem Oxford.

**Tabulka 2 – Výsledky skóre souboru žen bez pomůcek v porovnání s evropským standardem Oxford**

Specimen 1:	Bittenglová, bez pomůcek (F)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	41,00	20,00	30,00	51,25	33,33	61,20	42,00	40,50
s <sup>2</sup>	469,00	475,00	766,67	389,06	345,68	144,16	321,00	212,25
s	21,66	21,79	27,69	19,72	18,59	12,01	17,92	14,57
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	6,92	9,54	6,04	5,89	8,18	3,31	3,37	7,16
%	<b>46,38</b>	<b>23,3</b>	<b>36,17</b>	<b>58,23</b>	<b>40,9</b>	<b>82,96</b>	<b>68,7</b>	<b>55,08</b>
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

**u – kritická = 1,67**

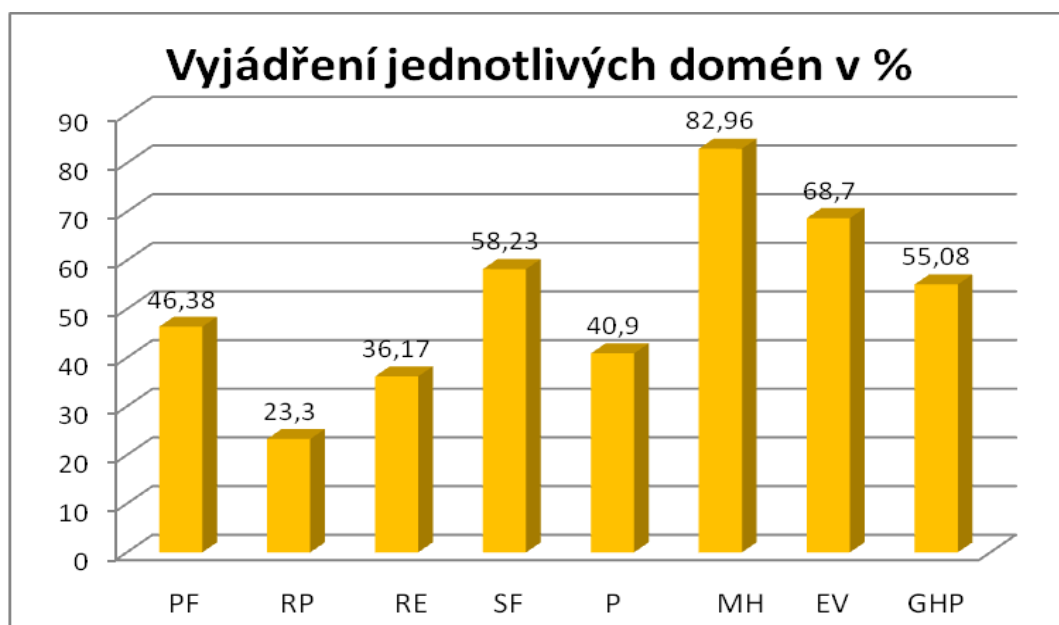
Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 2 je hodnocena skupina ženy bez pomůcek, oproti evropskému standardu Oxford. V tomto souboru je zařazeno 10 respondentů z celkového počtu 21 klientů bez pomůcek. Věkový průměr žen bez pomůcek je 64,4 let.

V doméně fyzických funkcí (PF) jsou výsledky respondentů 46,38 procent z evropského standardu (100procent). Druhá doména – fyzické omezení rolí (RP) činí pouze 23,3 procent z Oxfordu. Další doména je emoční omezení rolí (RE), která vykazuje hodnotu 36,17 procent. Čtvrtá doména – omezení sociálních funkcí (SF) dosáhla 58,23 procent oproti Oxfordu. 40,9 procenty je vyhodnocena doména bolest (P). Doména všeobecné duševní zdraví (MH) se přibližuje nejvíce svou

hodnotou k evropskému standardu a to 82,96 procenty. Následuje doména vitalita (EV), která se evropskému standardu také poměrně přibližuje, tvoří 68,7 procent. Hodnota poslední domény - všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) dosáhla 55,08 procent k evropskému standardu Oxford. Procentuální vyjádření jednotlivých domén viz. graf 2.

**Graf 2 – Procentuální vyjádření souboru ženy bez pomůcek v porovnání s evropským standardem Oxford**



Graf 2 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru žen bez pomůcek s evropským standardem Oxford.

**Tabulka 3 – Výsledky skóre souboru mužů bez pomůcek v porovnání s evropským standardem Oxford**

Specimen 1:	Bittenglová, bez pomůcek (M)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	41,36	11,36	33,33	40,91	20,20	58,55	38,18	34,09
s <sup>2</sup>	595,87	382,23	808,08	570,76	422,41	186,98	201,24	494,63
s	24,41	19,55	28,43	23,89	20,55	13,67	14,19	22,24
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	6,39	12,61	5,78	6,54	9,88	3,69	5,36	5,88
%	<b>46,78</b>	<b>13,23</b>	<b>40,19</b>	<b>46,48</b>	<b>24,78</b>	<b>79,36</b>	<b>62,45</b>	<b>46,36</b>
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

**u – kritická = 1,67**

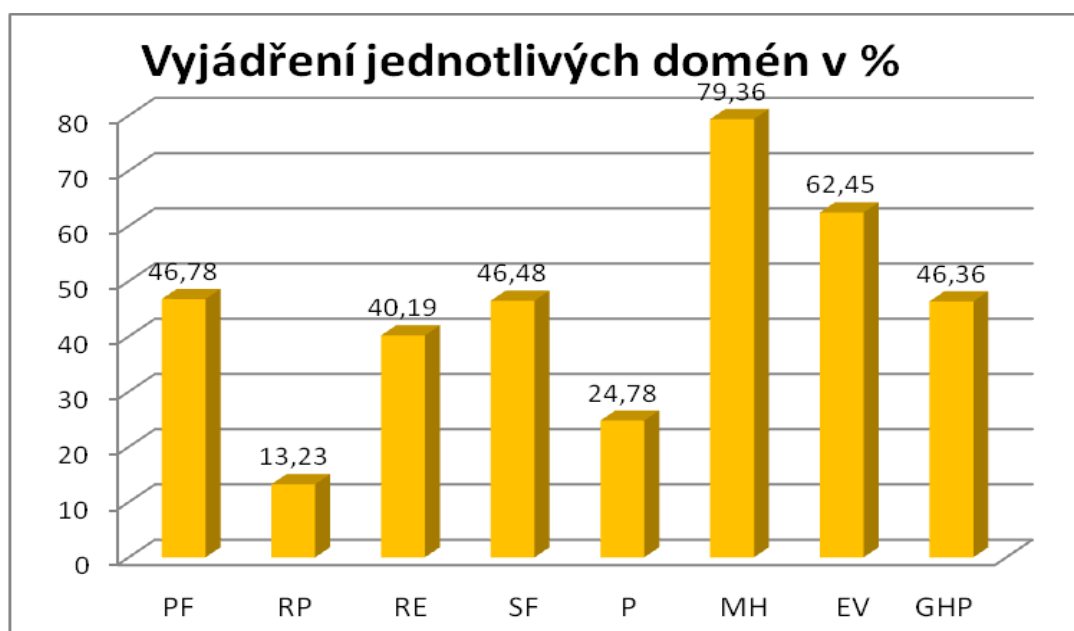
Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 3 je hodnocen soubor muži bez pomůcek, oproti evropskému standardu Oxford. V této skupině je zařazeno 11 mužů, kdy věkový průměr činil 59,5 let.

Výsledky první domény fyzické funkce (PF) oproti evropskému standardu Oxford činí 46,78 procent. Hodnota druhé domény fyzické omezení rolí (RP) odpovídá 13,23 procentům z Oxfordu. Doména emoční omezení rolí (RE) tvoří 40,19 procent z evropského standardu. Další doména je sociální funkce (SF) jejíž hodnota vykazuje v procentech 46,48. Pátá doména bolest (P) je oproti Oxfordu nižší, tvoří ve srovnání se standardem 24,78 procent. Nejvíce se svou hodnotou k evropskému standardu přibližuje doména všeobecné duševní zdraví (MH) s procentuálním vyjádřením 79,36. Následující doména vitalita (EV) se prokazuje

výsledkem 62,45 procent. Poslední doména všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je vyjádřena 46,36ti procenty oproti Oxfordu.

**Graf 3 – Procentuální vyjádření souboru mužů bez pomůcek v porovnání s evropským standardem Oxford**



Graf 3 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru mužů bez pomůcek s evropským standardem Oxford.

**Tabulka 4 – Výsledky skóre skupiny mužů bez pomůcek v porovnání se skupinou žen bez pomůcek**

Specimen 1: Bittenglová, bez pomůcek (M)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	41,36	11,36	33,33	40,91	20,20	58,55	38,18	34,09
s <sup>2</sup>	595,87	382,23	808,08	570,76	422,41	186,98	201,24	494,63
S	24,41	19,55	28,43	23,89	20,55	13,67	14,19	22,24
Specimen 2: Bittenglová, bez pomůcek (F)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	41,00	20,00	30,00	51,25	33,33	61,20	42,00	40,50
s <sup>2</sup>	469,00	475,00	766,67	389,06	345,68	144,16	321,00	212,25
S	21,66	21,79	27,69	19,72	18,59	12,01	17,92	14,57
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
U	0,04	0,95	0,27	1,09	1,54	0,47	0,54	0,79
%	<b>100,8</b>	<b>56,8</b>	<b>111,1</b>	<b>79,8</b>	<b>60,6</b>	<b>96,66</b>	<b>90,9</b>	<b>84,17</b>
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

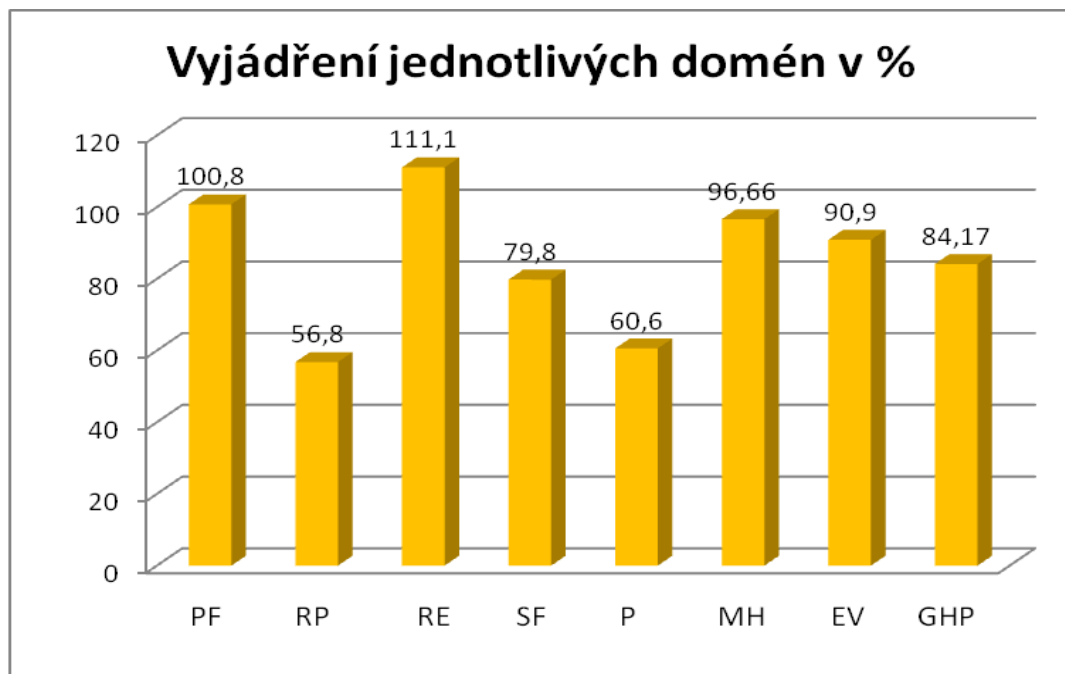
**u – kritická = 1,67**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 4 hodnotíme muži bez pomůcek (11 respondentů) oproti souboru žen bez pomůcek (10 respondentů). V této tabulce porovnáváme skupiny mezi sebou v devíti doménách. V první doméně PF – fyzické funkce skupina mužů bez pomůcek, oproti skupině žen bez pomůcek dosáhla procentuálního vyjádření 100,8. V doméně RP – fyzické omezení rolí skupina mužů ku ženám byla vyhodnocena v 56,8 %. V oblasti RE – emočním omezení rolí dosáhly hodnoty 111,1 procent. Čtvrtá doména SF – omezení sociálních funkcí se vykazuje hodnotou 79,8% z uvedených souborů. V další doméně P – bolest tvoří procentní změny sledovaných hodnot 60,6 procent. Doména MH – všeobecné duševní zdraví se jednoznačně přibližuje ke sto procentům a to hodnotou 96,66 procent. Sedmá doména EV – vitalita je vyhodnocena 90,9%. Procentuální vyjádření v osmé doméně GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví je 84,17 procent.



**Graf 4 – Procentuální vyjádření souboru mužů bez pomůcek v porovnání se souborem ženy bez pomůcek**



Graf 4 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru mužů bez pomůcek oproti souboru žen bez pomůcek.

**Tabulka 5 – Výsledky skóre skupiny mužů s pomůckami v porovnání s evropským standardem Oxford**

Specimen 1: Bittenglová, pomůcky (M)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	40,83	25,00	33,33	60,42	35,19	64,67	46,67	53,33
s <sup>2</sup>	1186,81	1458,33	1481,48	646,70	552,13	130,22	247,22	263,89
S	34,45	38,19	38,49	25,43	23,50	11,41	15,72	16,24
Specimen 2: Oxford								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
S	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
U	3,38	3,90	3,16	2,66	4,83	1,95	2,25	3,04
%	<b>46,18</b>	<b>29,13</b>	<b>40,19</b>	<b>68,65</b>	<b>43,18</b>	<b>87,66</b>	<b>76,34</b>	<b>72,53</b>
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

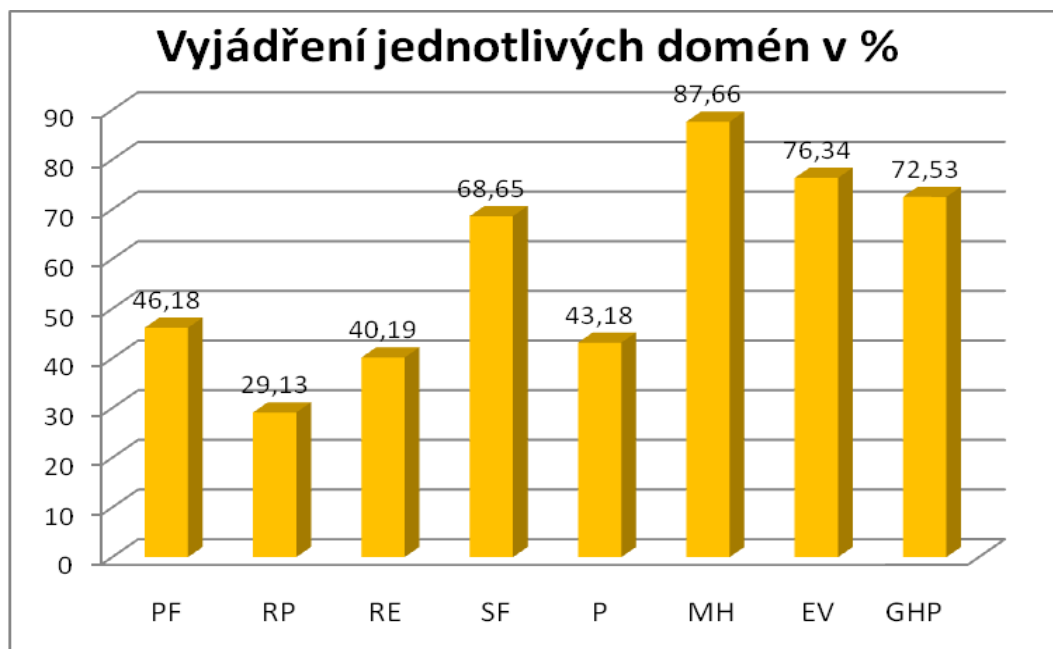
**u – kritická = 1,67**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 5 hodnotíme soubor mužů s pomůckami oproti Oxfordu, kde tyto skupiny porovnááme mezi sebou v osmi doménách.

Doména první PF – fyzické funkce dosáhla hodnoty 46,18 procent. Druhá doména RP – fyzické omezení rolí je vyhodnocena 29,13ti procenty. V oblasti třetí domény RE – emoční omezení rolí činí procentní vyjádření 40,19 %. Další doména SF – omezení sociálních funkcí dosáhla hodnoty 68,65 procent. Pátá doména P – bolest je vyjádřena 43,18 procenty. V doméně MH – všeobecné duševní zdraví tvoří procentuální vyjádření 87,66%. Sedmá doména EV – vitalita vykazuje následující výsledek a to 76,34 procent. Poslední doména GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví je vyhodnocena 72,53%.

**Graf 5 – Procentuální vyjádření souboru mužů s pomůckami v porovnání s evropským standardem Oxford**



Graf 5 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru mužů s pomůckami s evropským standardem Oxford.

**Tabulka 6 – Výsledky skóre skupiny mužů s pomůckami v porovnání se skupinou ženy s pomůckami**

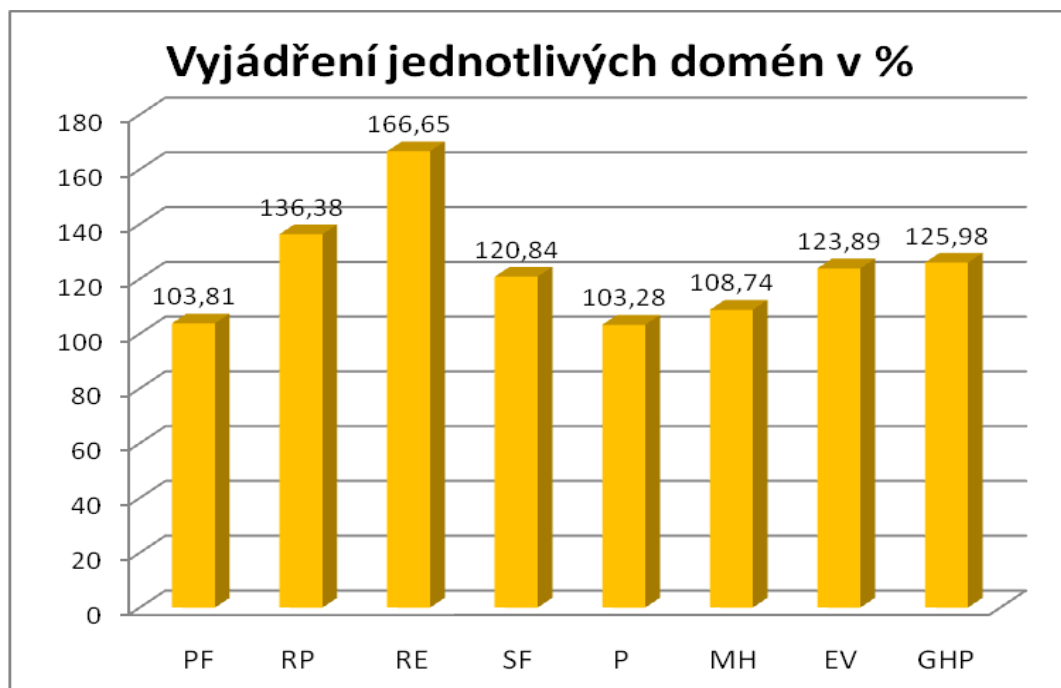
Specimen 1: Bittenglová, pomůcky (M)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	40,83	25,00	33,33	60,42	35,19	64,67	46,67	53,33
s <sup>2</sup>	1186,81	1458,33	1481,48	646,70	552,13	130,22	247,22	263,89
S	34,45	38,19	38,49	25,43	23,50	11,41	15,72	16,24
Specimen 2: Bittenglová, pomůcky (F)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	39,33	18,33	20,00	50,00	34,07	59,47	37,67	42,33
s <sup>2</sup>	1069,56	955,56	1303,70	812,50	649,66	181,05	166,22	646,22
S	32,70	30,91	36,11	28,50	25,49	13,46	12,89	25,42
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
U	0,09	0,38	0,73	0,82	0,10	0,89	1,24	1,18
%	<b>103,81</b>	<b>136,38</b>	<b>166,65</b>	<b>120,84</b>	<b>103,28</b>	<b>108,74</b>	<b>123,89</b>	<b>125,98</b>
	Physical function	Role limitation – physical	Role limitation – emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

**u – kritická = 1,67**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 6 hodnotíme soubor muži s pomůckami (6 probandů) v průměrném věku 60,8 let, oproti ženám s pomůckami (15 probandů) v průměrném věku 62,9 věku, kde tyto skupiny porovnáváme mezi sebou v devíti doménách. Výzkumná práce vykazuje následující výsledky: Doména PF – fyzické funkce 103,81%, v doméně RP – fyzické omezení rolí 136,38%, v doméně RE – emoční omezení rolí 166,65%, v doméně SF – omezení sociálních funkcí 120,84%, v doméně P – bolest 103,28%, v doméně MH všeobecné duševní zdraví 108,74%, v doméně EV – vitalita 123,89% a v doméně GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví 125,98%.

**Graf 6 – Procentuální vyjádření souboru muži s pomůckami v porovnání se souborem ženy s pomůckami**



Graf 6 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru mužů s pomůckami oproti souboru žen s pomůckami.

**Tabulka 7 – Výsledky skóre skupiny s pomůckami v porovnání se skupinou bez pomůcek**

<b>Specimen 1:</b> Bittenglová, pomůcky								
	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>
<b>X</b>	39,76	20,24	23,81	52,98	34,39	60,95	40,24	45,48
<b>s<sup>2</sup></b>	1103,51	1108,28	1390,78	787,27	622,04	172,05	205,90	561,68
<b>S</b>	33,22	33,29	37,29	28,06	24,94	13,12	14,35	23,70
<b>Specimen 2:</b> Bittenglová, bez pomůcek								
	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>
<b>X</b>	41,19	15,48	31,75	45,83	26,46	59,81	40,00	37,14
<b>s<sup>2</sup></b>	535,49	445,01	791,13	510,91	428,88	168,34	261,90	370,41
<b>S</b>	23,14	21,10	28,13	22,60	20,71	12,97	16,18	19,25
	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>
<b>U</b>	0,16	0,55	0,78	0,91	1,12	0,28	0,05	1,25
<b>%</b>	<b>96,52</b>	<b>130,74</b>	<b>74,9</b>	<b>115,60</b>	<b>129,96</b>	<b>101,9</b>	<b>100,6</b>	<b>122,45</b>
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

**u – kritická = 1,67**

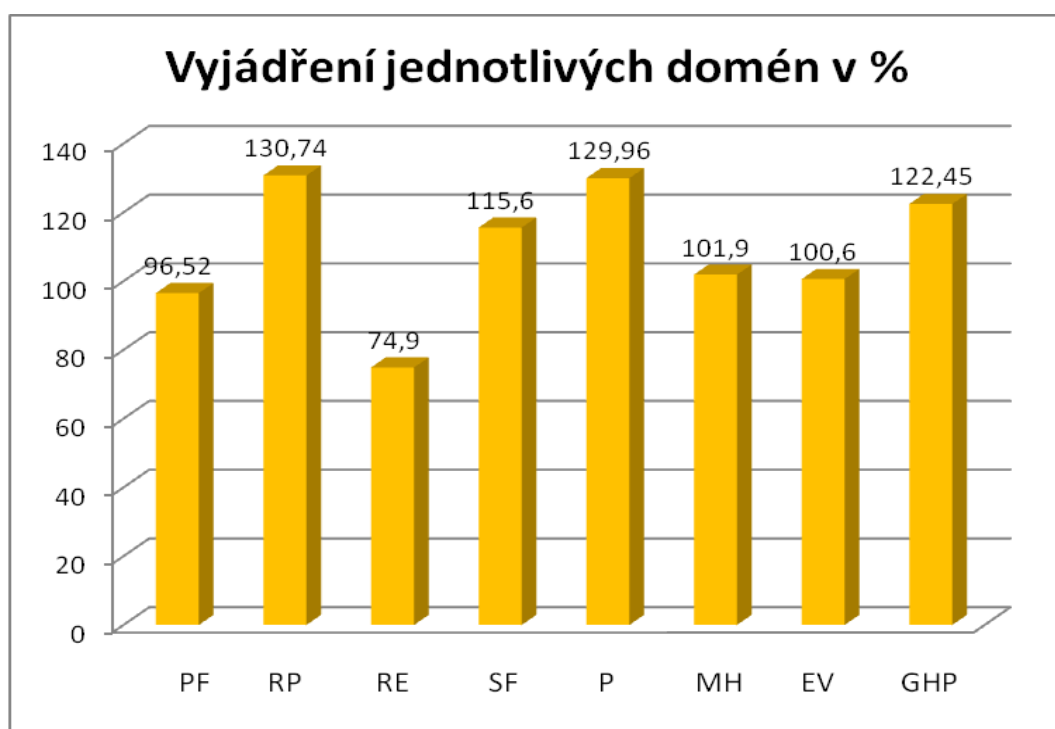
Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 7 hodnotíme soubor s pomůckami oproti souboru bez pomůcek. Cílové soubory byly složeny každý z 21 probandů mužů a žen s chronickým onemocněním pohybového systému. Průměrný věk klientů s pomůckami činí 62,3 let, průměrný věk klientů bez pomůcek je 61,9 let. Tyto skupiny porovnáváme mezi sebou ve všech osmi základních doménách.

Doména první PF – fyzické funkce dosáhla hodnoty 96,52 procent. Druhá doména RP – fyzické omezení rolí je vyhodnocena 130,74 procenty. V oblasti třetí domény RE – emoční omezení rolí činí procentní vyjádření 74,9 %. Další doména SF – omezení sociálních funkcí dosáhla hodnoty 115,60 procent. Pátá doména P – bolest je vyjádřena 139,96ti procenty. V doméně MH – všeobecné duševní zdraví

tvoří procentuální vyjádření 101,9%. Sedmá doména EV – vitalita vykazuje následující výsledek a to 100,6 procent. Poslední doména GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví je vyhodnocena 122,45%.

**Graf 7 – Procentuální vyjádření souboru s pomůckami v porovnání se souborem bez pomůcek**



Graf 7 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru s pomůckami (muži i ženy) se souborem bez pomůcek (muži i ženy).

**Tabulka 8 – Výsledky skóre skupiny ženy s pomůckami v porovnání s evropským standardem Oxford**

Specimen 1: Bittenglová, pomůcky (F)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
<b>x</b>	39,33	18,33	20,00	50,00	34,07	59,47	37,67	42,33
<b>s<sup>2</sup></b>	1069,56	955,56	1303,70	812,50	649,66	181,05	166,22	646,22
<b>s</b>	32,70	30,91	36,11	28,50	25,49	13,46	12,89	25,42
Specimen 2: Oxford								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
<b>x</b>	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
<b>s<sup>2</sup></b>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
<b>s</b>	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
<b>u</b>	5,81	8,45	6,75	5,16	7,20	4,11	7,03	4,75
<b>%</b>	<b>44,49</b>	<b>21,35</b>	<b>24,11</b>	<b>56,81</b>	<b>41,8</b>	<b>80,6</b>	<b>61,62</b>	<b>57,57</b>
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

**u – kritická = 1,67**

Zdroj: Vlastní výzkum

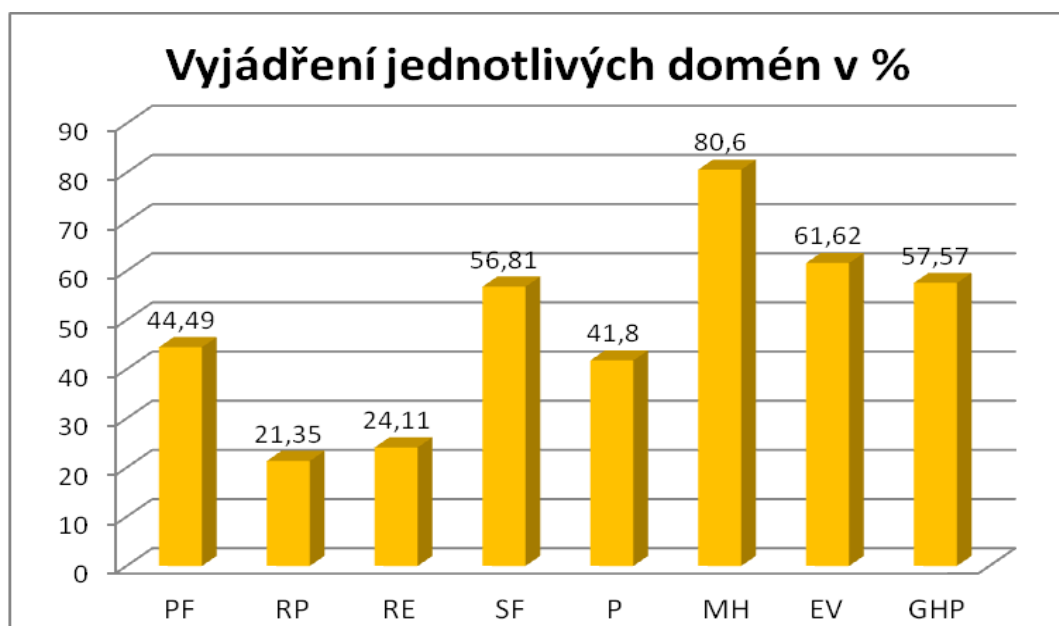
V tabulce 8 je hodnocen soubor žen s pomůckami (15 probandů) s průměrným věkem 62,9 let oproti evropskému standardu Oxford.

Výsledky první domény fyzické funkce (PF) oproti evropskému standardu Oxford činí 44,49 procent. Hodnota druhé domény fyzické omezení rolí (RP) odpovídá 21,35ti procentům z Oxfordu. Doména emoční omezení rolí (RE) tvoří 24,11 procent z evropského standardu. Další doména je sociální funkce (SF) jejíž hodnota vykazuje v procentech 56,81. Pátá doména bolest (P) je oproti Oxfordu nižší, tvoří ve srovnání se standardem 41,8 procent. Nejvíce se svou hodnotou k evropskému standardu přibližuje doména všeobecné duševní zdraví (MH) s procentuálním vyjádřením 80,6. Následující doména vitalita (EV) se prokazuje



výsledkem 61,62 procent. Poslední doména všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je vyjádřena 57,57 procenty oproti Oxfordu.

**Graf 8 – Procentuální vyjádření souboru ženy s pomůckami v porovnání s evropským standardem Oxford**



Graf 8 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru ženy s pomůckami s evropským standardem Oxford.

**Tabulka 9 – Výsledky skóre skupiny s pomůckami v porovnání s evropským standardem Oxford**

Specimen 1: Bittenglová, pomůcky								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	39,76	20,24	23,81	52,98	34,39	60,95	40,24	45,48
s <sup>2</sup>	1103,51	1108,28	1390,78	787,27	622,04	172,05	205,90	561,68
S	33,22	33,29	37,29	28,06	24,94	13,12	14,35	23,70
Specimen 2: Oxford								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
S	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
U	6,71	9,02	7,26	5,72	8,65	4,47	6,66	5,42
%	<b>44,97</b>	<b>23,58</b>	<b>28,71</b>	<b>60,19</b>	<b>42,20</b>	<b>82,62</b>	<b>65,82</b>	<b>61,86</b>
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

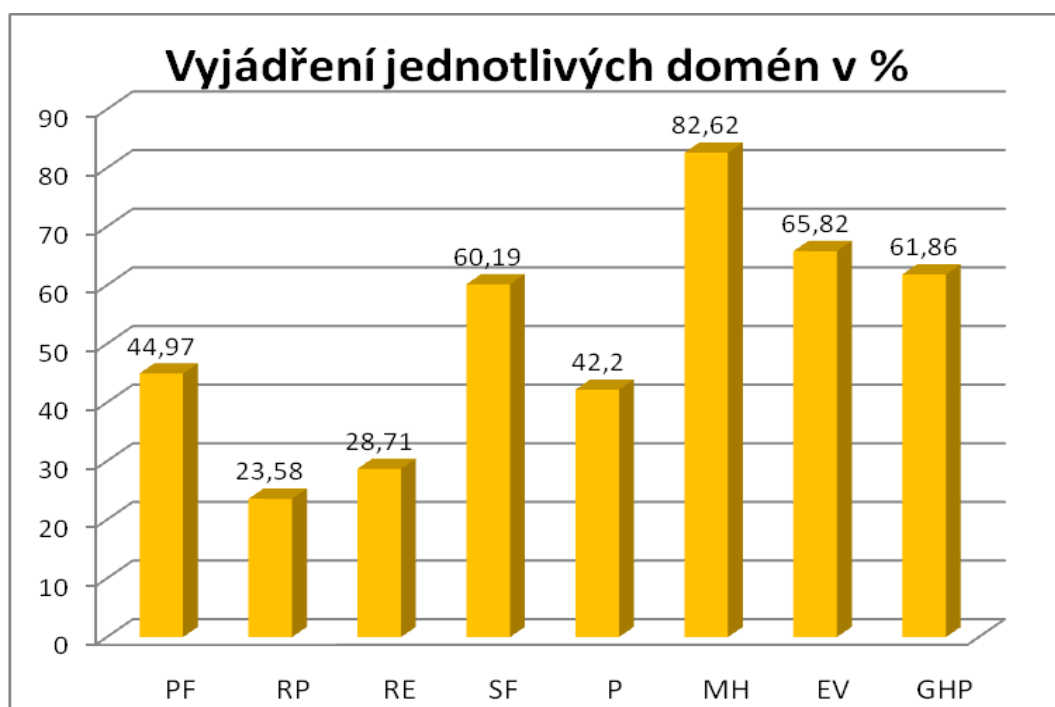
**u – kritická = 1,67**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 9 hodnotíme soubor 21 respondentů používajících pomůcky oproti Oxfordu, kde tyto skupiny porovnáváme mezi sebou v osmi doménách. Věkový průměr činí 62,3let. V první doméně PF – fyzické funkce skupina s pomůckami oproti Oxfordu dosáhla procentuálního vyjádření 44,97. V doméně RP – fyzické omezení rolí skupina s pomůckami ku Oxfordu byla vyhodnocena v 23,58 %. V oblasti RE – emočním omezení rolí dosáhly hodnoty 28,71 procent. Ve čtvrté doméně SF – omezení sociálních funkcí jsou výsledky vyjádřeny hodnotou 60,19 procent. V další doméně P – bolest tvoří procentní změny sledovaných hodnot 42,20 procent. Doména MH – všeobecné duševní zdraví vykazuje z uvedených souborů 82,62 procent. Sedmá doména EV – vitalita je vyhodnocena v 65,82 %.

Procentuální vyjádření v poslední doméně GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví je 61,86 procent.

**Graf 9 – Procentuální vyjádření souboru s pomůckami v porovnání s evropským standardem Oxford**



Graf 9 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru s pomůckami (mužů i žen) s evropským standardem Oxford.

## 5. Diskuse

Otázka, které jsou to faktory, které ovlivňují kvalitu života a mají dopad na aktivity denního života v různých situacích a za různých okolností je systematicky studována v mnoha zemích světa a široce publikována.

Mnohé z těchto studií se zaměřují na objasnění vztahu mezi kvalitou života a zdravotním stavem. Velmi důležitým aspektem je zde snaha o rozluštění subjektivní dimenze této situace, tohoto vztahu. To jak jednotlivec subjektivně vidí a prožívá sám sebe, jak je sám se sebou spokojen, je nesmírně důležité pro posouzení úspěšnosti, či neúspěšnosti intervencí ošetřovatelských (nursing), rehabilitačních, ale i medicínsko-terapeutických.

Jak uvádí například Petr (36,37), k hodnocení kvality života byly vyvinuty různé systémy měření. Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) je pojem shrnující subjektivní a přitom kvantifikovatelné měření jednak vnímání zdraví, jednak chodu životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře. Měřící prostředky ke zjišťování a hodnocení HRQOL jsou tvořeny dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Dotazník SF-36, používaný při zjišťování HRQOL, je vhodný pro všechny, kdo hodnotí výsledky zdravotnických i sociálních intervencí. S použitím dotazníků pro skórování HRQOL, zejména dotazníku SF – 36 (který je použit v této práci), je možno hodnotit výsledky zdravotnických a sociálních intervencí v osmi doménách či kategoriích, kterými jsou: Fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví.(25)

Úroveň kvality života u chronicky nemocných jednoznačně souvisí s odlišnými životními podmínkami. Kvalita jejich života je ovlivňována zdravotními aspekty (zdravotní stav, mobilita), psychickými aspekty (nálada), ale i aspekty sociálními (prostředí, sociální kontakt). Vzájemná interakce biologického a sociálního prostředí s lidským organismem a způsobem života přispívají k rozvoji nemoci a ke zhoršení psychického stavu každého člověka. Proto je

důležitá aktivizace, která se stává v oblasti péče o chronicky nemocné nezbytnou a to jak ve smyslu fyzické, tak i ve smyslu psychické a sociální pohody.

Kvalita života se obvykle popisuje v pojmech jako je soběstačnost, důstojnost, seberealizace, spokojenost v rodinných, partnerských a dalších mezilidských vztazích, sociální a kulturní integrovanost. Z odborného hlediska by se kvalita péče mohla odvozovat a posuzovat na základě patřičného vzdělání a specifických znalostí a dovedností personálu, dodržování odborných postupů a metod, prevence komplikací, dodržování etických zásad a respektování práv pacienta či klienta, zvládnuté organizace práce včetně adekvátní dokumentace a komunikace o pacientovi, či klientovi, včasného vyšetření, vybavení pracoviště. Je nezbytné se zabývat kvalitou péče i z hlediska klientů, kteří ji využívají, zjišťovat jejich spokojenost se službami a hodnotit jejich potřeby a preference.

Jak uvádí Linhartová (18), v životě každého z nás znamená jakákoliv nemoc něco nepříjemného, protože přináší fyzickou i psychickou zátěž, a to, co si konec konců vynutí – přechodné, či dokonce trvalé změny v sociálním postavení. Vnímání i přijímání nemoci je ryze individuální. Nemocí se mění pacientův momentální psychický stav. Rychle se mění i pořadí hodnot.(18)

Cílem této práce bylo prokázat u vzorku 42 klientů s chronickým onemocněním pohybového systému, zda kompenzační pomůcky pomáhají zkvalitnit jejich život po stránce fyzické a psychické. Prokázat na tomto souboru probandů, že i ve stádiu remise je hodnocení kvality života jiné, než u normální populace (Oxford – evropský standard). Na začátku práce byly stanoveny dvě hypotézy.

H1: Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) je u pacientů trpících chronickým onemocněním pohybového systému i ve stádiu remise jiná než kvalita života u normální populace.

H2: Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) u těchto pacientů odvisí i od používání kompenzačních pomůcek.

V této práci hodnotím kvalitu života klientů s chronickým onemocněním pohybového systému celkově. Nečinila jsem rozdíly mezi jednotlivými nemocemi

a většinou probandů. Výsledky se tudíž nevztahují k jednotlivým onemocněním, ale k celé skupině chronických onemocnění pohybového systému v závislosti na používání kompenzačních pomůcek.

Výsledky výzkumu kvality života podmíněné zdravím u cílového souboru 42 klientů byly porovnávány s hodnotami normální evropské populace, kterou Oxfordská studie prohlásila za nositele standardu HRQOL a následně ve všech hodnocených osmi doménách vyhodnoceny.

Pro zpracování výsledků jsem zvolila již výše zmiňovaný celosvětově uznávaný dotazník SF – 36 „kvalita života podmíněná zdravotním stavem“ v české verzi. Cílovou skupinou byli klienti ambulantní rehabilitace v nemocnici následné péče Horažďovice a obvodního lékaře okresu Klatovy. Pacienti byli mnou osobně osloveni a požádáni o vyplnění dotazníků, tudíž návratnost vyplněných formulářů byla stoprocentní. 21 oslovených probandů kompenzační pomůcky používá a zbývajících 21 klientů z cílového vzorku kompenzační pomůcky nepoužívá. Za použití dotazníkového nástroje SF – 36 jsou porovnávány výsledky v již zmíněných 8 doménách.

Z výsledné tabulky 4 vyplývá, že muži bez pomůcek jsou na tom ve většině domén hůře, než ženy bez pomůcek a v tabulce 6 výsledky ukazují, že muži s pomůckami jsou na tom ve všech doménách lépe než ženy s pomůckami. Z toho by se dalo usuzovat, že muži používající kompenzační pomůcky hodnotí kvalitu života mnohem příznivěji, než ženy používající pomůcky.

Dále z výsledků vyplývá, že kompenzační pomůcky zlepšují kvalitu života pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému. Klienti s pomůckami jsou na tom kromě Emočních omezení rolí a kromě Fyzických funkcí, kde je to však zanedbatelné, podstatně lépe, nežli ti, kteří pomůcky nepoužívají. V tabulce číslo 7, která znázorňuje skóre skupiny s pomůckami v porovnání se skupinou bez pomůcek, můžeme tyto výsledky vidět. Skupina probandů s pomůckami má hodnotu PF – fyzické funkce 39,76, oproti hodnotě 41,19 u těch, kteří pomůcky nepoužívají. U třetí domény, RE – emoční omezení rolí, jsou hodnoty 23,81 (s pomůckami) ku 31,75 (bez pomůcek). Při hodnocení v ostatních doménách jsou na

tom lépe klienti, kteří kompenzační pomůcky používají. Ti s pomůckami jsou na tom viditelně lépe v doméně P hodnotící bolest (130,74%), a v doméně RP vyjadřující vnímání fyzického omezení rolí (129,96%).

**Tímto se potvrzuje druhá hypotéza, která zní: „Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) u těchto pacientů odvisí i od používání kompenzačních pomůcek.“**

Jak Petr uvádí ve své knize Kvalita života v balneologii (35), kvalita života osob s postižením pohybového systému je nižší než kvalita života zdravé populace zastoupené výsledky Oxfordské studie (evropský normál výsledků pro 8 domén HRQOL, v metodě SF-36). Toto tvrzení se v průběhu zpracování výzkumné části této práce potvrdilo, a to v tabulce 1 a tabulce 9, ve kterých je hodnocena skupina s pomůckami oproti Oxfordu a skupina bez pomůcek oproti Oxfordu.

Ze srovnání výsledků mezi pacienty s chronickým onemocněním pohybového systému bez ohledu na používání kompenzačních pomůcek oproti evropskému standardu vyplývá, že zdravá populace žije výrazně lepším a kvalitnějším životem. Patrné je to nejvíce v prvních třech doménách a to v PF – fyzických funkcích, RP - fyzickém omezení rolí, RE – emočním omezení rolí, kdy výsledné hodnoty nepřesahují 50 procent (viz. tabulka 9 – pomůcky ku Oxfordu a tabulka 1 bez pomůcek oproti Oxfordu). Ve srovnání výsledků probandů bez pomůcek v porovnání s evropským standardem (Oxford) tabulka 1 ukazuje, že kvalita života chronicky nemocných je horší ve všech doménách, nejvýrazněji však v PR – fyzickém omezení rolí, kde je procentuální vyjádření výsledků 18 procent. Ve výsledcích tabulky 9 skupiny s pomůckami v porovnání se zdravou populací (Oxford) je vidět, že jsou na tom hůře nežli Oxford, ale zároveň lépe než skupina bez pomůcek oproti Oxfordu, a to ve všech doménách kromě emočního omezení rolí, kde jsou na tom hůře klienti s pomůckami. Může to být ovlivněno tím, že zlepšením kvality života v ostatních doménách způsobí vyšší očekávání od života a klient své role hodnotí více kriticky.

**Tímto výsledkem byla potvrzena první hypotéza, která zní: „Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) je u pacientů trpících chronickým**

**onemocněním pohybového systému i ve stádiu remise jiná, než kvalita života u normální populace.“**

Problém, který se objevil v průběhu výzkumu, bylo předepisování kompenzačních pomůcek hospitalizovaným pacientům. Poukaz na kompenzační pomůcku lze vystavit až v den pacientovi dimise, což brání náviku používání těchto pomůcek již během hospitalizace. Mnohem efektivnější by bylo, kdyby pacient mohl pomůcku používat co nejdříve, aby do domácího prostředí odcházel již zacvičen a poučen.

V poslední řadě je tedy nutné si osvojit a do běžného života přenést používání kompenzačních pomůcek, které se cíleně vyberou každému pacientovi přesně dle jeho subjektivních potíží a objektivního nálezu.

Linhartová se ve své knize zmiňuje o tom, že psychicky jsou handicapovaní lidé zranitelnější a citlivější, více vztahovační, často se jejich úzkostné očekávání komunikačních bariér a přirozených obav o zdraví, s nimiž se potýkáme všichni, vyvine v rozčílené, vznětlivé až útočné chování. **(18)**

Vnímání kvality života je ryze individuální záležitost. Člověk s handicapem, který využívá kompenzační pomůcky, může mít obecně lépe vnímat kvalitu života, nežli člověk relativně zdravý. Záleží vždy na potřebách určitého jedince, na jeho osobnosti a zázemí, na jeho dosavadním způsobu života a pracovním uplatnění.

Kvalita života nemocných, jejichž stav vyžaduje používání kompenzačních pomůcek, je ovlivněna řadou faktorů, jako jsou tíže onemocnění, funkční stav, narušení sociálních vztahů, ale i obavy a úvahy týkající se vlastního onemocnění.

Subjektivní kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému byla výše hodnocena muži s pomůckami než ženami s pomůckami (tabulka 6). Rozdíly v hodnocení subjektivní kvality života mohou také odrážet menší dopad psychického onemocnění na subjektivní prožívání mužů a žen. Možné vysvětlení se nabízí v rozdílné mužské a ženské roli. Mužský strach ze selhání, ponížení či pokory, tedy ze ztráty mužnosti, může vést k obtížnému přiznání si a komunikaci o tom, že něco není v pořádku. U mužů k menší změně



v kvalitě života může vést prohlubující se pocit vlastní neschopnosti, která pramení at' už z dočasné, nebo trvalejší ztráty role živitele rodiny a zaujmutí pozice závislého, nemocného. Odlišnosti v hodnocení subjektivní kvality života u mužů a žen mohou být způsobeny nejenom objektivními podmínkami (práce, úroveň bydlení), ale také jinými mechanismy, typickými pro mužské a ženské pohlaví. Svoji roli může hrát také vzdělání pacientů. Čím vyššího člověk dosáhne vzdělání, tím vyšší má zřejmě nároky na vlastní život. Vztah mezi subjektivní kvalitou života a klinickým stavem, resp. závažností onemocnění je důležitým prvkem při sledování subjektivního prožívání pacienta. Přepokládáme, že popsané rozdíly v hodnocení subjektivní kvality života mezi pohlavími mohou odrážet vliv různých psychologických mechanismů (nahodnocování ženské a mužské role) a pro pohlaví specifických demografických parametrů souboru (rodinný stav, vzdělání), ale také třeba vliv specifické situace (např. hospitalizace), což vše je v souladu s bio-psycho-sociálním charakterem kvality života.

Tato zjištění by mohla přispět k diferencovanému a individualizovanému přístupu k pacientům.

## 6. Závěr

Každý člověk je individualita, osobnost sama o sobě, každý z nás má jiný žebříček životních hodnot a z toho vyplývá i jiné hodnocení osobní spokojenosti. Jakákoliv aktivita, ať už sociální, psychická nebo fyzická dává životu smysl a naplnění. Existuje řada faktorů, které mohou chronicky nemocného člověka v aktivitě omezovat a dovést až k izolaci. Mezi ně řadíme životní podmínky, věk člověka, fyzický stav - nemoc, handicap, psychický stav a sociální nebo ekonomické vlivy. Značnou úlohu v hodnocení kvality života hraje zdravotní stav a sociální zázemí, které výrazně ovlivňují prožívání.

Kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému je nižší, než kvalita života zdravé populace (Oxford). Každé onemocnění, obzvláště chronické s sebou nese zhoršení kvality života, které se projevuje ve fyzické, emoční a sociální sféře.

Cílem práce bylo prokázat u vzorku v počtu 42 pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému, zda kompenzační pomůcky pomáhají zkvalitnit jejich život po stránce fyzické a psychické. Prokázat na souboru probandů s chronickým onemocněním pohybového systému i ve stádiu remise, že kvalita života hodnocená jako skóre HRQOL je jiná než u normální populace.

Z výzkumu je patrné, že používání kompenzačních pomůcek napomáhá zlepšování kvality života pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému. Pomůcky příznivě ovlivňují kvalitu života nemocných, proto je důležitá jejich správná volba. Je třeba pacientovi vysvětlit, jak pomůcky používat, aby bylo dosaženo co největšího efektu. Z tohoto důvodu by bylo vhodné, aby se kompenzační pomůcky staly součástí komplexní péče o pacienty.

Měla by se zvýšit informovanost, např. formou letáků v ordinacích, přednášek a nabídkou od výrobců o vhodném sortimentu kompenzačních pomůcek vzhledem k postižení. Vhodnost, správná volba kompenzačních pomůcek by měla být konzultována s ošetřujícím lékařem (ortopedem, rehabilitačním lékařem,

protetikem). Široký sortiment kompenzačních pomůcek by měl být dostupný pro všechny klienty. Je nutné dostatečně publikovat a studovat efekty užívání kompenzačních pomůcek. Poukázání výsledků by mohlo přispět ke změně postojů lékařů při předepisování a posuzování potřebných kompenzačních pomůcek a zároveň i vztahu pojišťoven k jejich proplácení.

První stanovená hypotéza „Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) je u pacientů trpících chronickým onemocněním pohybového systému i ve stádiu remise jiná než kvalita života u normální populace“ se v průběhu výzkumu potvrdila.

Druhá stanovená hypotéza „Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) u těchto pacientů odvisí i od používání kompenzačních pomůcek“ byla výzkumem též potvrzena.

Stanovený cíl práce byl splněn.

## **7. Klíčová slova**

Hodnocení - chronické nemoci - kvalita života - soběstačnost -  
společenské vztahy - zdravotní stav - životní styl.

## 8. Literatura:

- 1) DRAGOMIRECKÁ, E. ŠELEPOVÁ, P. Kvalita života u seniorů - mezinárodní výzkum. In Sborník příspěvků z konference, konané 25. 10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. str. 91-101. ISBN 80-86625-20-6.
- 2) HARTL, P. HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. str. 776, ISBN 80-7178-303-X.
- 3) HNILICOVÁ, H. Dopad společenských změn po roce 1989 na kvalitu života lidí v ČR. In Zdravotnictví v ČR. Praha: 2003, roč. 6, č. 3-4, s. 174 - 182. ISSN 0044-1996
- 4) HOGENOVÁ, A. Kvalita života a tělesnost. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-580-90.
- 5) KALOVÁ, H., PETR, P., BICAN, J. Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Její rozdíly podmíněné pohlavím, Folia Phoenix, 10, 2005, Supplementum, 1/2005, ISSN 1801-1063
- 6) KALOVÁ, H., PETR, P. Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Kvalita života. Sborník konference, 25. 10. 2004, Třeboň str. 120, ISBN 80-86625-20-6.
- 7) KALOVÁ, H. et al. Kvalita života u chronických onemocnění. Klinická farmakologie a farmacie, 3/2005, ročník 19, ISSN 1212-7973

- 8) KALOVÁ, H., et al. Kvalita života u onemocnění pohybového aparátu. Možnosti jejího ovlivnění lázeňskou léčbou. 14. konference Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny, Jáchymov, 28. - 29. 1. 2003
- 9) KALOVÁ, H. et al. Vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků u pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu. Zkušenosti z lázeňského zařízení Bertiny lázně. Třeboň, Kontakt, 2/2004, str.136-140
- 10) KONOPKOVÁ, A. Moje zdraví časopis 5/2008, ročník 6. vyd. Mladá fronta a.s., str. 76 - 78
- 11) KRÁLOVÁ, M. a MATĚJČKOVÁ, V. Rehabilitace u revmatických onemocnění, 1. vyd., Praha: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství 1995 N 4690, str. 164
- 12) KRAUS, J. a kolektiv. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8
- 13) KRÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In Zdravotnictví v ČR. Praha: 2003, roč. 6, Č. 3-4, s. 167-173. ISSN 0044-1996.
- 14) KRÍŽOVÁ, E. Zdravotnictví v České republice. Sociologické podmínky kvality života. č. 3-4, ročník 5, rok 2002, [online] [citace 2009-01-7]. Dostupné z: <http://www.zcr.cz/Archiv/2002/3-4/14.pdf>
- 15) KRÍVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 16) KUČERA, Z. Podpora zdraví a kvalita života. In Sborník příspěvků z konference, konané 25. 10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 108-118. ISBN 80-86625-20-6.
- 17) LEVICKÁ, J. MRÁZOVÁ, A., Vybrané kapitoly zo sociálno-zdravotnej problematiky, Trnava 2003, ISBN 80-89074-71-

- 18) LINHARTOVÁ, V., Praktická komunikace v medicíně, GRADA, 2007,1.vyd.Praha, ISBN 978-80-247-1784-5
- 19) MARŠÍKOVÁ, K. iDnes, Osteoporóza a mýty, které vás mohou stát život. 11/2008, [online], [citace 2009-01-21].  
Dostupné z: [http://zdravi.idnes.cz/osteoporoz-a-myty-ktere-vas-mohou-stat-zivot-fqk-/zdravi.asp?c=A081105\\_122043\\_zdravi\\_bad](http://zdravi.idnes.cz/osteoporoz-a-myty-ktere-vas-mohou-stat-zivot-fqk-/zdravi.asp?c=A081105_122043_zdravi_bad)
- 20) MOLLER P., et al. Health Related Quality of Life: a comparison between Czech and South African police on aktive duty. Kontakt 4, ročník 3, str. 206-219
- 21) OPATŘILOVÁ, D. Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami. Brno: MU v Brně, 2005, 27 - 32 s. ISBN 80 210-3819-5.
- 22) PACOVSKÝ, V., Geriatrie, Praha 1994,SCIENTIA MEDICA, 1.vyd., počet str. 152, str. 42, ISBN 80-85526-32-8
- 23) PAYNE, J. a kolektiv, Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, str. 255, ISBN 80-7254-657-0
- 24) PETR, P. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Jihočeská univerzita ZSF, České Budějovice, 2000, ISBN 80-7040-406-X
- 25) PETR, P., Dotazník SF-36 O kvalitě života podmíněné zdravím Kontakt č. 1., ročník 2, 2000, str. 26-30 ZSF JU České Budějovice
- 26) PETR, P., et al. Peloidy a peloidní extrakty. Léčebné využití a vliv na kvalitu života, Folia Phoenix, 1/2007, ročník 12, ISSN 1801-1063
- 27) PETR, P., et al. Hodnocení kvality života jako nástroj k posouzení účinnosti balneoterapie. Nemocniční zpravodaj Nemocnice Č. Budějovice, ročník 13, č. 2/2002, červen 2002

- 28) PETR, P., et al. Hodnocení výsledků balneoterapie pomocí indexu HRQoL (Health related quality of life – Kvalita života podmíněná zdravotním stavem. 13. konference společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny, 10 str., Jáchymov, 29. – 30. 11. 2002
- 29) PETR, P., et al. Hodnocení výsledků balneoterapie s použitím stanovení score kvality života podmíněné zdravím (Health Related Quality of Life). Závislosti a my. 2002, květen 2002 pp. 11-12, ISSN 1213-8584
- 30) PETR, P. Kvalita života u zdravých i chronicky nemocných. 8. Dny karlovarských balneologů, Krarlovy Vary, 10. 1. 2001
- 31) PETR, P., et al. Kvalita života u chronických onemocnění (Health Related Quality of Life, HRQoL). 11. konference společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny s léčebnými lázněmi Jáchymov, Jáchymov 25. 11. 2000
- 32) PETR, P. Kvalita života u nespecifických střevních zánětů 1. část, Nemocniční zpravodaj č. 2/1999, rok 1999, ročník 10, nemocnice České Budějovice
- 33) PETR, P. Kvalita života u nespecifických střevních zánětů 2. část, Nemocniční zpravodaj č. 1/2000, rok 2000, ročník 11, str. 10-15
- 34) PETR, P., KALOVÁ, H. Kvalita života v balneologii. Anotace knihy. Auspicia 2/ 2004, vol. 1, prosinec 2004, str. 75-76. ISSN 1214-4967
- 35) PETR, P. Kvalita života v balneologii 1. vyd., nakladatelství: Inpress a.s., 2004, str. 25, 26, 13, 14, 15, ISBN 80-903427-1-X
- 36) PETR, P. Regionální standard kvality života podmíněné zdravím. In Kontakt. 2001, roč. 3, č. 3. ISSN 1212-4117.
- 37) PETR, P., et al. Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“ (HRQoL) Závislosti a my, 4. 9. 2002, pp. 23-27, ISSN 1213-8584



- 38) PETR, P., VESELÝ, M., KALOVÁ, H. Kvalita života příslušníků České republiky v Jihočeském kraji. Kontakt 4, 2003, ročník 5.
- 39) PROCHÁZKA, M., Moderní léčebná rehabilitace. SANQUIS č.35/2004, str. 14, [online] [citace 2009-01-7].
- Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index.php?linkID=art483>
- 40) RABUŠIC, L. Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva? (zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí), Praha: Socioklub – VÚPSV, 2002. Dostupný z: <http://www.vupsv.>
- 41) SCHETTLER, G., et al. Repetitorium praktického lékaře, Praha: Galén, 1.vyd., 1995, ISBN 80-85824-18-3, str. 970-971
- 42) ŠOLCOVÁ, I. KEBZA, V. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (wellbeing), její determinanty a predikátory. In Sborník příspěvků z konference, konané 25. 10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 2 1-32. ISBN 80-86625-20-6.
- 43) Teorie tělesné výchovy a sportu. [online], [citace 2009-01-21].
- Dostupné z: <http://telesna-vychova.blogspot.com/2007/11/zdrav-je-stav-kdy-je-lovku-naprosto.html>
- 44) VACEK, J. Practicus, Vertebrogenní algický syndrom. Klinika rehabilitačního lékařství IPVZ, FNKV Praha. [online], [citace 2009-01-7]. Dostupné z: <http://www.ceesro.com/ceesro/jobs/news05081702.pdf>
- 45) VOHRALÍKOVÁ, L. RABUŠIC, L. Čeští senioři včera, dnes a zítra. Brno: VÚPSV výzkumné centrum Brno, 2004. [online], [citace 2009-01-7]. Dostupný z: <http://www.vuisv.cz/Vohralikova-Rabusic-cesti-seniori.pdf>

46) VOKURKA, M. HUGO, J. a kolektiv. Velký lékařský slovník. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 966 s. ISBN-80-7345-037-2.

47) VURM, V. a kolektiv, Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví, 1. vyd., Triton, 2007, 128 str., ISBN 978-80-7254-997-9

48) VURM, V., et al. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. Kontakt, 2-3, vol IV (2002) str. 89-94

49) WEINFERTEROVÁ, E. Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení. [online], [citace 2009-01-21].

Dostupné z:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=11>

50) Wikipedia. [online], [citace 2009-01-21].

Dostupné z: <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/450199-artroza>

## **9. Přílohy**

Příloha 1 – Standardizovaný dotazník SF – 36

Copyright:  
Medical Outcomes Trust 1996  
Boston, MA U. S. A.  
Health Services Research Unit, 1996  
Oxford, Great Britain

Česká verze: 1/2006  
EMA-services, s.r.o.  
U tří lvů 14  
370 01 České Budějovice  
Česká republika

## DOTAZNÍK SF – 36 O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

**Návod:** V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

**Identifikace respondenta :** Příjmení..... Jméno:.....

<b>Datum narození:</b>		<i>dd-mm-rrrr</i>
<b>Pohlaví:</b>	<b>muž / žena</b>	<i>nehodící se škrtněte</i>
<b>Typ intervence:</b>		<i>(položka z indikačního seznamu)</i>
<b>/trvání nemoci</b>		<i>vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
<b>Nemoc/stav :</b>		<i>(položka ze seznamu nemocí)vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Základní-střední-vysokoškolské</b>	<i>Nehodící se škrtněte</i>

Odpovězte na každou z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

(zakroužkujte jedno číslo)

Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Dostí dobré	4
Špatné	5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem	1
Poněkud lepší než před rokem	2
Přibližně stejné jako před rokem	3
Poněkud horší než před rokem	4
Mnohem horší než před rokem	5

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne.

Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. <b>Usilovné činnosti</b> jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. <b>Středně namáhavé činnosti</b> jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech <b>několik</b> pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech <b>jedno</b> patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze <b>asi jeden kilometr</b>	1	2	3
h. Chůze po ulici <b>několik set metrů</b>	1	2	3
i. Chůze po ulici <b>sto metrů</b>	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby	1	2	3

Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo při běžné denní činnosti) v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. <b>Zkrátil se čas</b> , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. <b>Udělal(a) jste méně</b> než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste <b>omezen(a)</b> v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
d. Měl(a) jste <b>potíže</b> při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit <b>zvláštní úsilí</b> )?	1	2

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci ( nebo běžné denní činnosti) v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. <b>Zkrátil se čas</b> , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. <b>Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?</b>	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně <b>pozorný(á)</b> než obvykle?	1	2

6. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

Jak často v předchozích 4 týdnech –

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pocíval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pocíval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

10. Uved'te, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?

(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

11. Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

	Jistě ano	Spíše ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

**Během dnešního dne užívám tyto léky:**

Název/ síla v miligramech	Ráno	Poledne	Večer
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Datum:

---