

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

Bakalářská práce

**Kvalita života Health Related Quality of Life (HRQoL)**  
**u chronických onemocnění s přihlédnutím k pohlaví/gender**

**Vedoucí práce:**

Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

**Autor práce:**

Eva Severinová

6. 5. 2011

## **Abstract**

The aim of the theoretical part of this bachelor thesis is to describe a basic sample of frequent chronic diseases appearing among general public. Individual chapters discuss vertebrogenic algic syndrome, impingement syndrome, carpal tunnel syndrome, osteoarthritis, ischemic heart disease and chronic bronchitis. The thesis deals with the characteristic issues related to these diseases as well as with the currently available types of therapy.

As some results of recent pilot studies reveal that patients suffering from chronic diseases have a markedly worse quality of life than general population and that women's quality of life is at a disadvantage compared to that of men, there is an objective need to confirm or disprove this fact. The author of this thesis believes that it is of great social importance to contribute to the determination of the necessity to take possible physical and social measures in favor of women.

The objective of the research part of this bachelor thesis was to collect data needed for the reliable and objective mapping of the issue in concern and to identify whether the quality of life of chronic patients, including those in remission, is lower than that of general public and whether this same phenomenon is clearly obvious among women when compared to men.

In view of the nature of the issue under scrutiny the author chose quantitative research based on the use of questionnaires. The structured SF-36 survey was processed by respondents alone who had been briefly introduced to the issue. Research involved 63 hospitalized patients who were older than 15, suffered from chronic conditions, and were clients of the Hamza Sanatorium for Children and Adults in Luže-Košumberk and of the Internal Medicine Ward of the hospital in Chrudim.

In practice this bachelor thesis can be used as a source material for assessing the quality of life and for taking care of chronic patients in the Hamza Sanatorium for Children and Adults in Luže-Košumberk. It can also be used to determine the possible ways of preventing the aggravation of problems. It may also serve as an educational material addressed to the professional and lay public, students of secondary and postsecondary schools of medicine.

## **Abstrakt**

Cílem teoretické části této bakalářské práce je popsat základní vzorek častých chronických onemocnění běžné populace. V jednotlivých podkapitolách se věnuji vertebrogennímu algickému syndromu, impingement syndromu, syndromu karpálního tunelu, osteoartróze, ischemické chorobě srdeční a chronické bronchitidy. Zaměřuji se na problematiku těchto chorob včetně dosavadních možností jejich terapie.

Vzhledem k tomu, že některé výsledky současných pilotních studií sdělují, že kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním je významně horší, než u běžné populace a současně naznačují, že ženy jsou co do kvality života vůči mužům v nevýhodě, vzniká objektivní potřeba tento fakt potvrdit či vyvrátit. Považuji za společensky velmi významné přispět ke stanovení potřebnosti případných zdravotních a sociálních intervencí ve prospěch žen.

Cílem výzkumné části mé bakalářské práce bylo shromáždit podklady pro zodpovědné a objektivní zmapování dané problematiky a zjistit, zda kvalita života u nositelů chronických onemocnění a to i ve stadiu remise je nižší, nežli je tomu u všeobecné populace a zda je tento jev výrazněji patrný u žen ve srovnání s muži.

Vzhledem ke zkoumanému tématu jsem zvolila kvantitativní výzkum s použitím techniky dotazníkového výzkumu. Strukturovaný dotazník SF 36 zpracovávali respondenti sami jen se základním osvětlením problematiky. Výzkum byl proveden ve spolupráci s 63 hospitalizovanými pacienty s chronickým onemocněním, staršími 15 let, klienty Hamzovy odborné léčebny pro děti a dospělé v Luži - Košumberku a interního oddělení nemocnice v Chrudimi.

Tato bakalářská práce může být v praxi využita jako podkladový materiál k hodnocení kvality života a současně i péče o pacienty s chronickým onemocněním pro potřeby Hamzovy odborné léčebny pro děti a dospělé v Luži - Košumberku, event. stanovení možností prevence akcentace obtíží. Může případně sloužit i jako studijní materiál pro odbornou i laickou veřejnost, studenty zdravotnických typů škol, všech stupňů.

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Kvalita života - Health Related Quality of Life (HRQoL) u chronických onemocnění s přihlédnutím k pohlaví/gender* vypracovala samostatně a použila jen 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne .....

.....  
Eva Severinová

## **Poděkování**

Děkuji doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D. za poskytnutí cenných rad a podnětů při vypracovávání mé bakalářské práce. Dále děkuji všem svým klientům za vstřícnost a čas, který mi věnovali a za ochotu vyplnit mnou předkládaný dotazník.

## **OBSAH**

ÚVOD.....	8
<b>1.SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>12</b>
1.1. Kvalita života.....	12
1.1.1. Pojem.....	12
1.1.2.Faktory ovlivňující kvalitu života.....	12
1.1.3. Vztah mezi kvalitou života a zdravím.....	13
1.1.4. Kvalita života u chronických onemocnění.....	14
1.2.Nosologické jednotky.....	17
1.2.1. Vertebrogenní algický syndrom.....	18
1.2.2. Impingement syndrom.....	26
1.2.3.Syndrom karpálního tunelu.....	30
1.2.4. Osteoartróza.....	33
1.2.5. Ischemická choroba srdeční.....	38
1.2.6.Chronická bronchitida.....	45
<b>2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>49</b>
2. 1. Cíl práce.....	49
2. 2. Hypotézy.....	50
<b>3. METODA A PROBANDI .....</b>	<b>51</b>
3. 1. Metody výzkumu.....	51
3. 2. Probandi - charakteristika zkoumaného souboru.....	52
<b>4. VÝSLEDKY.....</b>	<b>57</b>
4. 1. Skupina nositelů/nositelek znaku Vertebrogenní algický syndrom.....	57
4. 2. Skupina nositelů/nositelek znaku Impingement syndrom .....	60
4. 3. Skupina nositelů/nositelek znaku Syndrom karpálního tunelu.....	62
4. 4. Skupina nositelů/nositelek znaku Osteoartróza.....	65
4. 5. Skupina nositelů/nositelek znaku Ischemická choroba srdeční.....	67
4. 6. Skupina nositelů/nositelek znaku Chronická bronchitis.....	70
4. 7. Kvalita života celkový stav.....	73
4. 8. Kvalita života se zřetelem k rozdílům pohlaví / tender.....	74

5. DISKUZE.....	78
6. ZÁVĚR.....	87
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	90
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	93
9. PŘÍLOHY.....	94

## Úvod

V současné době dochází k velikému, nebývalému rozvoji oboru rehabilitace. Stává se oborem zahrnujícím celou škálu v minulosti neužívaných podoborů. Jde o rehabilitaci ucelenou, tedy komprehenzivní; rehabilitaci, konstituovanou a jako takovou, ve své ucelenosti vyučovanou na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích.

Postupně dochází k rozvoji, osamostatňování či vyhraňování některých dalších zdravotnických oborů, především nestále postupujícím osamostatňování oboru ošetrovatelství. Jde to ruku v ruce s tím, jak se rozvíjí teoretická báze a propojení či zakotvení ve výuce, vědě a výzkumu, praxi. Spolu s tím se objevuje další fenomén, je to jev již déle známý, ale dosud poměrně málo reflektovaný a to nedostatečnost dosavadních konceptů a modelů nemoci i zdraví. V první řadě jde o tento obor, tedy tímto závažným nedostatkem trpí především obor komprehenzivní rehabilitace. Z uvedeného vyplývá, že jde o skutečnost velice aktuální a zásadní (7,8,27).

Dosavadní koncepty naprosto nemůžeme pokládat za špatné, ale lze s jistotou tvrdit, že již aktuálním potřebám současné medicínské praxe nestačí. Stávající model biomedicínský s jeho klasifikačními systémy a přístupy je v současnosti doplněn tzv. modelem bio-psycho-sociálním a jeho podrobným klasifikačním systémem (20).

Díky tomuto modelu máme k dispozici zásadní teoretické podklady pro zabezpečení skutečného konsenzu zároveň s možností hodnotit kvalitu života poměrně dokonalými, exaktními nástroji. Vytváří tak více než přijatelné podklady, a to v mezinárodním měřítku a rozsahu, jak pro obor ošetrovatelství, tak i pro obor rehabilitace, a to zároveň pro indikaci, účelné poskytování a provádění ošetrovatelské a rehabilitační péče, i pro zajištění jejich kvalitních výsledků. Tento jev a trend je tak významný, že v odborné veřejnosti je tento významný trend pokládán za závažnou změnu paradigmat, změnu vzorců chování, jednání a myšlení zdravotníků všeobecně a odborníků v oboru ošetrovatelství a především rehabilitace (7).



Tato změna paradigmat je nevyhnutelná a je přímo programově vyvolána nepochybnými změnami ve spektru prevalence nemocí, kde převážnou část tvoří nemoci chronické. Zde bylo také vždy striktní uvažování dle známého schématu etiopatogeneza-manifestace-léčba, které naprosto nedokonale postihuje současnou realitu (22).

Nejvýznamnější příčinou je však současný pohled na člověka, zdraví a nemoc, který je pohledem celostním („holistickým“). Tato skutečnost v sobě nese a přímo do popředí předkládá úvahu o zvažování konkrétního lidského údělu v jeho celistvosti a plnosti biologické, psychologické a sociální (22).

Jedině celostní, ucelený, holistický pohled na člověka umožňuje připravit a provádět ucelenou, celostní, komprehenzivní rehabilitaci.

Nelze opomenout závažnost tzv. životních rolí, pojem, který je skloňován zejména v sociologii. V souvislosti s touto skutečností je třeba vědět, že samozřejmě souvisejí s určitým, mnohdy závažným omezením jakoukoli nemocí či vážným handicapem.

Máme-li schopnosti k tomu, abychom mohli měřit kvalitu života, její souvztažnost k životním skutečnostem, její rozvoj a dynamiku v souvislosti s ošetrovatelskou a rehabilitační péčí, a to jak po stránce fyzické/biologické, tak duševní /psychické a sociální (samozřejmě s ohledem na životní role a jejich omezení nemocí či handicapem), máme možnost i tuto péči lépe indikovat, dobře provádět i přesněji vyhodnocovat. Je to zřejmé u péče ošetrovatelské i rehabilitační, ale především u chronických nemocí i pro léčbu (23).

V lidském životě se objevují specifická údobí, která zasluhují primární pozornosti a svou zásadní důležitostí jsou pro všechny pomáhající profese zásadní (23). Jde především o dětství a stáří. Dětství je obdobím prudkého rozvoje všeho, co činí člověka člověkem a stáří je všeobecně považováno za údobí především regresivních změn a jde o to postihnout spravedlivě a přesně jeho zvláštnosti, které se současná věda pokouší kvantifikovat a zobecnit.

Výrazné rozdíly v populaci v přístupu ke kvalitě života lze spatřit u žen a mužů. Ženy udělaly veliký krok vpřed ve své rovnoprávnosti s muži a tato rovnoprávnost, tj. rovný přístup k právům, je však přenášena i do oblasti povinností všeho druhu, ať už by šlo o povinnosti občanské, zvláště v zaměstnání apod. (8). Dané skutečnosti si lze velice výrazně uvědomit i v souvislosti s tím, že sama na sobě nesu tíhu rovnoprávnosti, neboť v současné době působím v mnoha zásadních rolích především matka, ale současně na plný úvazek zaměstnaná žena, studentka fakulty, pečovatelka o starou matku a nemocnou dceru. Tím mohu velice jasně demonstrovat, jak odlišná je kvalita života mého a např. mého bývalého muže. Zvláště v profesi jako je moje, kdy neustálé vzdělávání je nutností a přímo bych řekla povinností či posláním. Je jisté, že s věkem lze předpokládat změny v kvalitě života i v souvislosti s nástupem chronických onemocnění.

Současné zkušenosti a znalosti z daných výzkumů předkládají názor velice významný a to, že kvalita života u žen je nižší než u všeobecné populace, tedy nižší než u mužů jako příslušníků téže společenské skupiny. Lze předpokládat, že je tomu tak nejen u akutních onemocnění, ale i u chronických onemocnění ve stádiu remise, což je možno považovat za velice důležité a zásadní.

Ve své práci bych chtěla tento jev podchytit, pokusit se jej i kvantifikovat a konečně alespoň dle svých možností částečně vysvětlit.

Jsou známy skutečnosti, že dnešní doba globalizace světa přináší poznatek, že ženy handicapovány již tím, že jsou ženami a ne muži, bylo to tak prakticky od nepaměti a v mnoha zemích světa je to ještě markantnější. Žena čekající dítě, žena kojící, či jen žena – matka je naprosto nerovnoprávným člověkem např. v případě, kdy jako uchazečka o zaměstnání hledá místo, aby svým blízkým zajistila obživu, či dokonce jako adeptka na vedoucí místo. Přitom je to ona, kdo bez ohledu na vlastní zdraví pečuje s každodenní starostlivostí o rodinu – o své děti, manžela, prarodiče, mnohdy i sousedy.

Moje práce je takovým výzkumným náhledem na kvalitu života, kvalitu podmíněnou zdravím - Health Related Quality of Life (HRQoL) u chronických onemocnění, snažila jsem se shromáždit podklady pro zodpovědné a objektivní zmapování dané problematiky a zjistit, zda kvalita života u nositelů chronických onemocnění a to i ve stadiu remise je nižší, nežli je tomu u všeobecné populace a také, zda je tento jev výrazněji patrný u žen ve srovnání s muži.

Vzhledem ke zkoumanému tématu jsem zvolila kvantitativní výzkum s použitím techniky dotazníkového výzkumu.

## **1. Současný stav**

### **1.1.Kvalita života**

#### **1.1.1 Pojem**

Kvalita života je velice často skloňovaným pojmem našeho bytí. Je to však pojem velice složitý a široký. Co však tento pojem znamená? Kvalita je odvozena od latinského slova qualis – jaký, nebo qualitas – kvalita (jakákoli: může být dobrá, prvotřídní, špatná). Jde vlastně o jakost, nebo chceme-li hodnotu. A kvalita života je především to, co očekáváme od života. Jde o vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, životním hodnotám, cílům, očekáváním. Může být chápána i jako rozdíl mezi naším osobním očekáváním a opravdovou realitou, skutečností.

Je i těžko obsažitelný pro svou komplexnost. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Výrazný vliv na kvalitu života má aktuální a především dlouhodobý stav zdraví našich bližních, našich spoluobčanů. Chronické onemocnění je v naší společnosti problémem číslo jedna! Je problémem celé naší společnosti a především současného zdravotnictví.

Kvalita života je pojmem zahrnujícím jednak pohled subjektivní a jednak chod životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční oblasti (20).

Kvalita života a zájem o ni má kořeny již v dávné minulosti, objevuje se dokonce i v řecké a římské mytologii. V našem pohledu zahrnuje nejen pocit celkového fyzického zdraví, ale v celkovém, ucelenějším pohledu také psychickou kondici a společenské uplatnění či začlenění. Představuje vlastně objektivní podmínky pro ucelený život a současně vnitřní prožívání života plného, plnohodnotného.

#### **1.1.2 Faktory ovlivňující kvalitu života**

Dle prof. PhDr Martina Potůčka, vedoucího Centra pro sociální a ekonomické strategie při Fakultě sociálních věcí UK v Praze, je kvalita života definována jako „široký koncept, který se vztahuje k celkové úrovni blaha (well-being) jedinců. Je

výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a ekologických podmínek, týkajících se lidského a společenského života“ (25).

Kvalita našeho života bývá ovlivňována zdravím psychických a fyzickým, našim bytím, stupněm odpoutání se, nezávislosti, sociálními vazbami, vztahy, životem v prostředí, ekonomickými souvislostmi, okolnostmi a vazbami. Je také spojována s pocitem osobního a životního štěstí, pocitem harmonie, vnitřní souhry, harmonie, spokojenosti, uspokojení či nespokojenosti, neuspokojení. Můžeme ji tedy ovlivňovat faktory vnitřními i vnějšími. Kvalitu života lze významně posilovat, po celý život ve svém povolání, které je opravdovým povoláním, ve smyslu poslání, uspokojením ze své užití i širší rodiny, koníčků, zálib, cestování, využití volnočasových aktivit. V neposlední řadě ji posiluje celá řada duševních aktivit, které nás ve stáří mohou uspokojovat, zvedat od práce fyzické a naplňovat dobrým pocitem.

Jsou to tedy současně faktory získané, vedoucí k získání větších a vyšších kvalit našeho života a současně uspokojení našeho bytí.

Ti slabší z nás, kteří se narodili s nějakým handicapem, vědí, že kvalita života může být i vrozená, je to ta, která jakýmkoli způsobem – tělesně, duševně, sociálně i duchovně limituje naše snahy o získání lepší kvality života.

### **1.1.3 Vztah mezi kvalitou života a zdravím**

Do našich aktivit, našeho života se o to nepříjemněji propracovává jedna komponenta, která nám velice znepráhňuje kvalitu našeho života a tou je naše bolest jakožto významný činitel ke snížení kvality našeho života. Ovlivňuje naše prožívání a prakticky celý náš život.

Provází člověka od nepaměti, v bolestech se rodíme, v průběhu života nás stále provází a často s ní i umíráme. Jde o nepříjemnou smyslovou a emocionální zkušenost spojenou s akutním či chronickým poškozením tkání. Je vždy prožívána subjektivně a přesto nebo právě proto ji můžeme ovlivnit psychoterapeuticky i farmakologicky (6,21).

Je jisté, že pojetí kvality života je daleko širší než klasické pojetí zdravotního stavu člověka (22). Rozhodně lze říci, že zdraví je nejen našim cílem, ale současně, a to

především velice výrazným a důležitým prostředkem k dosažení tohoto cíle (14).

Koncept kvality života se vyvíjel v souvislosti se dvěma zásadními přístupy v první řadě díky ekonomické situaci a jejímu velice rychlému růstu a s tím souvisejícímu vědeckotechnickému pokroku a rozvoji a dále s tím souvisejícím a nadále se zvyšujícím neblahým dopadem na člověka a jeho zdraví. Tato skutečnost do důsledku může přinést i vážné ohrožení člověka a jeho existence.

#### **1.1.4. Kvalita života u chronických onemocnění**

Sledovat kvalitu života si pokládají za čest mnozí vědečtí pracovníci po celém světě. Je to velice vděčné téma, které může sledovat mnohé parametry, např. fyzické funkce- mobilita, soběstačnost, emocionální problematiku – depresivita, pocit strádání, v sociálních funkcích především vztah k rodině, její podpora, vztah k okolí, náplň volného času, dále jsou to bolest, spánek a jeho kvalita, symptomy specifické pro dané onemocnění (23).

Existují 3 přístupy ke zkoumání kvality života a to: psychologický, sociologický a medicínský. V současné době je kvalita života postihována ve všech aspektech, tedy v pohledu bio-psycho-sociálním i se spirituálním ohledem.

Kvalifikace a kvantifikace kvality života je jednou z velice zásadních otázek zdravotnictví jako oboru lidské činnosti a současně i veřejné služby. Jednou z možností, jak objektivizovat stav žití a jeho kvalitu ve všech aspektech je koncept HRQoL.

Koncept HRQoL (Health Related Quality of Life) zahrnuje 8 domén, které jsou dostatečným náhledem pro objektivní posouzení rozličných aspektů kvality života pacientů s chronickým onemocněním, a tedy velice vhodným pro objektivizaci a hodnocení dané problematiky. Tento koncept umožňuje nahlédnout na jedince jako na bio-psycho-sociální jednotku. V tomto kontextu lze pohlížet na stav kvality života pohledem těchto 8 tzv. domén.

## Domény Kvality života v metodice SF-36

V metodice je kvalita života zahrnována pod tzv. domény, z nichž je složena a pomocí dotazníku SF – 36 lze osobnost probanda rozčlenit do jednotlivých oblastí. Jsou to především oblast fyzická, duševní a sociální (19,20).

V přehledu jde o tyto základní domény:

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. Fyzické funkce -PF             | 5. Bolest - P                                       |
| 2. Fyzické omezení rolí - RP      | 6. Všeobecné duševní zdraví - MH                    |
| 3. Emoční omezení rolí - RE       | 7. Energie/Vitalita - EV                            |
| 4. Omezení sociálních funkcí - SF | 8. Všeobecné vnímání vlastního zdraví - GHP (19,20) |

V předkládané práci vycházím z konceptu Kvality života podmíněné zdravím (HRQoL-(Health Related Quality of Life) (19,20). Měřicími prostředky jsou zde dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované dotazy (19).

V současné době existují tři typy dotazníků:

1. Global assessment – všeobecné hodnocení kvality života – zde převážně nelze identifikovat rozdíly v jednotlivých doménách.
2. Generic – generický typ – lze předkládat podobnosti i rozdílnosti mezi jednotlivými populačními podskupinami, a tak jednotlivé domény porovnávat.
3. Specific – specifický – určený pro jednotlivé podskupiny nebo choroby, lze hodnotit i její časový vývoj (19).

Provázáním těchto základních typů získáváme dotazník SF 36, který má rysy prvního i druhého dotazníku. Tento dotazník (ve smyslu koncepce HRQoL) je v plné šíři kvantifikovat stav celkové kvality života i vytvářet měření jednotlivých domén kvality života (19).

Pro skórování kvality života podmíněné zdravím je jeví dotazníkové nástroje typu generic, zejména nadnárodně užívaný dotazník SF-36. Tento dotazník umožňuje skórování standardizovaných odpovědí na preformované standardizované dotazy. Zde se nabízí cesta k velice efektivnímu hodnocení zdravotního stavu člověka (24). Vytvoření tohoto regionálního standardu a jeho komparace s mezinárodním standardem poskytuje referenční hladinu pro interpretaci dalších studií a prací (19).



## **1.2. Nosologické jednotky**

Nosologické jednotky pro pořizovač dotazníku SF 36:

- 1.2.1. Vertebrogenní algický syndrom
- 1.2.2. Impingement syndromu
- 1.2.3. Syndrom karpálního tunelu
- 1.2.4. Osteoartróza
- 1.2.5. Ischemická choroba srdeční
- 1.2.6. Chronická bronchitis

### **1.2.1. Vertebrogenní algický syndrom (VAS)**

#### **Vertebrogenní algický syndrom,**

všeobecně nazývaný bolesti zad, je jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti s ohledem na to, že se týká především lidí v produktivním věku. Kolem 70% dospělé populace trpělo již někdy bolestmi zad. Je uváděno dokonce, že se tato alespoň jednou opakovaná bolest zad, či bolest s ischialgickou propagací objevuje dokonce až v 80%. Ročně se objevuje 30-40% (10).

#### ***Etiologie a patogeneze***

Na základě využití nejmodernějších zobrazovacích metod byly prokázány nejčtenější příčiny bolestí zad. Nejzávažnějšími jsou:

- Poranění svalového systému
- Poranění ligamentózního aparátu
- Protruze a výhřez meziobratlové ploténky
- Degenerativní změny v oblasti meziobratlových plotének a intervertebrálních kloubů
- Stenóza páteře
- Kořenová neurální komprese
- Spinální či paraspinální infekce
- Strukturální anatomické anomálie (přechodné obratle, spondylolistéza apod.)
- Systémová a onkologická onemocnění (autoimunitní onemocnění, nádory primární, s metastázami)
- Psychosociální příčiny (9)

I když se v posledních letech náhled na etiologii a patogenezu široce rozvíjí, mnohdy stále nelze stanovit přesnou diferenciální diagnózu. Děje se tak v souvislosti s nedostatečnou vazbou mezi příznaky, patologickými změnami a výsledky zobrazovacích metod. Výsledky těchto zobrazovacích metod mohou vykazovat jasné strukturální změny bez jasného neurologického nálezu a jakýchkoli subjektivních obtíží.

Je to dáno především tím, že páteř má vlivem funkční reaktivity výrazně větší procento adaptačních možností, než je tomu např. u periferních kloubů. Obdobnou situaci nacházíme u dalších lokálních nálezů v oblasti páteře (stenóza páteře, spondylolistéza) (10).

### ***Klasifikace dle etiologie a patogeneze***

Pro stanovení jednotlivých příčin vertebrogenních obtíží je určující morfologický nález. Vlivem moderních vyšetřovacích technik, jako jsou RTG statické a dynamické snímky), CT, MR, scintigrafie a diskografie) můžeme velice dobře stanovit tzv. lokální nález a velice přesně jej anatomicky popsat. Vedle tohoto lokálního anatomického nálezu je však velice důležité znát jeho biomechanický vztah k ostatním strukturám a to jak na místní (regionální), tak i na globální úrovni. Pomocí stávajících klasifikačních kritérií anatomického nálezu Dostupná klasifikační kritéria anatomického nálezu umožňují lepší pochopení patologického významu nálezu a do jisté míry pomoci stanovit prognózu jeho vývoje. Lokální nálezy mnohdy zůstávají klinicky němé nebo dokonce dochází k autoreparaci.(viz McKenzie) (7,10).

Příčinami VAS mohou být: funkční změny pohybového aparátu – tedy převážně multifaktoriální patogeneze nebo změny strukturální (morfologické) (9).

Strukturální příčiny:

je třeba je nejprve definovat. Patří sem:

- postižení meziobratlové ploténky (disku)
- degenerace intervertebrálních (facetových) kloubů
- spinální stenóza
- abnormity páteřního kanálu
- spondylolistéza
- osteoporóza
- ankylozující spondylitis
- záněty

- tumory

Funkční příčiny:

Nejsou přesně anatomicky definovány, patří sem:

- poruchy řídicí funkce
- porucha ve zpracování nocicepce
- poruchy psychiky (10)

### **Postižení meziobratlové ploténky (disku)**

#### Degenerace meziobratlové ploténky

Jde o změny v architektice ploténky s významnou a typickou ztrátou želatinózní struktury v nucleus pulposus a fibrózou ploténky. Primárně se v centru ploténky tvoří postupně se zvětšující trhliny, které pokračují ve své degenerativní činnosti do anulus fibrosus.

Důsledkem toho dochází k tvorbě dutinky uvnitř ploténky a ke snížení její výšky. Toto snížení je nejčastějším projevem degenerativního postižení ploténky. Ta dále postupuje vývojem převážně horizontálně orientovaných osteofytů přilehlých obratlových těl (9).

#### Protruze, herniace disku

Zde dochází k natržení fibrózního prstence obvykle na zadní straně a část hmot z oblasti nucleus pulposus vyhřezne do páteřního kanálu a to buď: laterálně, paramediálně nebo mediálně.

Rozsah poruchy je pak dán rozdílností v postupu herniace:

1. Asymetrické vyklenování (bulging) ploténky za hranici obratlového těla.
2. Herniace (protruze, prolaps) ploténky – centrální hmota z nucleus pulposus proniká trhlinkou do anulus fibrosu a ploténka se fokálně vyklenuje mimo obvod obratle.
3. Extruze ploténky – nucleus pulposus proniká dále zevní vrstvou anulus fibrosus, zachovává si kontinuitu se zbývající hmotou jádra.

4. Extruze se sekvestrací ploténky – perforace lig.longitudinale posterior a volné fragmenty nucleus pulposus migrují v epidurálním prostoru, nikoli však do kořenového kanálu (10).

#### Degenerace facetových (intervertebrálních) kloubů

Častá degenerace bez jakéhokoli nálezu radiologického. Někdy mohou vzniknout synoviální cysty, které svou lokateralizací způsobují kompresi nervových kořenů. Někdy mohou být nálezy izolovaně lokalizované na facetových kloubech bez objevu jakýchkoli degenerativních změn (10).

#### Spinální stenóza

Patří sem jakékoli změny vedoucí k lokálnímu, segmentovému n. generalizovanému zúžení páteřního kanálu, oblastí laterálních či kořenových. Podle vývoje se dělí na vrozenou a získanou. Zde jsou hlavními příčinami osteofyty krycích destiček, uncinálních výběžků, intervertebrálních kloubů, hypertrofie v oblasti ligamentum flavum a kloubního pouzdra. Další příčinou může být operační výkon na páteři (9).

Dle lokalizace je spinální stenóza klasifikovaná na:

- a) Centrální stenózu páteřního kanálu
- b) Stenózu laterálního recesu
- c) Stenózu foraminální
- d) Stenózu extraforaminální (10)

#### Abnormity páteřního kanálu

- a) Spojené míšní kořeny- vyskytují se u 8-10% pacientů. Míšní kořeny jsou spojené a lokalizované do oblasti jedné pochvy
- b) Perineurální cysty – vznikají vřetenovitým rozevřením (dilatací) kořenových pochev.

- c) Synoviální cysty – vznikají v souvislosti s degenerativním procesem intervertebrálních kloubů ponejvíce v LS oblasti (9)

### Spondylolistéza

Při spondylolistéze dochází v páteřním segmentu k ventrálnímu posunu kraniálního obratle proti kaudálnímu. Někdy dojde ke skluzu obratle, kombinovanému s rotací kolem předního okraje obratle kaudálního, kdy výsledkem je progresivní segmentální kyfotizace. Spondylolistéza se zahrnuje některé etiologicky rozdílné typy, které se odlišují i četností výskytu, patologickým významem, rychlostí progresu skluzu, prognózou a terapií. Nejčastější je dělení spondylolistéz na vývojové a získané.

1. Vývojové spondylolistézy – jsou charakterizované dysplazií. Změny popisované jako dysplazie mají s velkou pravděpodobností multifaktoriální příčinu, kde se vedle převažující genetické indispozice objevuje i podíl bipedální zátěže a v neposlední řadě i degenerativní změny páteře. Lokalizace těchto dysplastických změn je především v kraniální části sakra. Jsou to : změny tvaru krycí destičky S1, celého sakra, částečné nebo úplné defekty oblouků i změny tvaru obratlového těla L5.
2. Získané spondylolistézy - dělí se na traumatické, postchirurgické, patologické a degenerativní. Traumatické dále dělíme na akutně vzniklé a tzv. stresfraktury (10).

### **Důsledky funkčních a strukturálních poruch**

#### Diskogenní bolest

Vzniká u degenerace disku, protruze, herniace disku bez komprese nervového kořenu (9).

#### Subjektivní obtíže

Především bolest v zádech bez propagace do končetin, zvyšující se při kašli a kýčání (tj. při zvýšení nitrobřišního tlaku) s maximem v lehkém předklonu, oblékání, obouvání, osobní hygieně (1).

Objektivní nález

U akutních stavů je typický ochranný posturální vzor. Bývá omezen předklon a Laséqueova zkouška je obvykle pozitivní. Všechny pohyby mimo antalgické postavení bývají velmi omezené. V lehu na břiše (pokud nemocný tuto polohu toleruje) je bolestivé pružení do segmentů L oblasti, především ve výši poruchy (10).

### Akutní lumbago

Vzniká především z přetížení svalově-vazivového aparátu nebo při akutní kloubní bloádě. U diskogenní bolesti je její závažnost často stejná jako u radikulárního syndromu. Prognosticky je diskogenní bolest však závažnější než výhřez ploténky s kořenovou kompresí (10).

### Radikulární syndrom

Tento syndrom je důsledkem komprese nervového kořene poškozeného meziobratlovou ploténkou, osteofytem při degenerativních změnách intervertebrálních kloubů, stenóze páteřního kanálu či intervertebrálního foramina.

Subjektivní obtíže

Především ostrá bolest s projekcí a poruchou citlivosti v dermatomu příslušného kořene. Bolest i porucha citlivosti jsou ohraničené a přesně lokalizované. Dále to může být neobratnost, slabost a „odcizení“ postižené končetiny s tendencí k zakopnutí a pádu.

Objektivní nález

Antalgické držení těla s ochranným posturálním vzorem v kineziologickém nálezu. Dynamika exponovaného úseku páteře je výrazně omezena, pohyby mimo antalgické držení jsou bolestivé. Je omezené a bolestivé pružení do postiženého segmentu. Zjišťujeme poruchu citlivosti ve smyslu hypestezie v příslušném dermatomu. Rovněž svalové oslabení v oblasti nervového zásobení. Napínací manévry jsou pozitivní (9).

### Pseudoradikulární syndrom

U tohoto syndromu dochází k vyzařování bolesti, napodobující kořenovou bolest, nikoli však v průběhu přesné dermatomální distribuce a obvykle pouze do oblasti stehna, nikoli distálně pod koleno. Neobjevují se další neurologické příznaky (parézy, poruchy citlivosti a reflexy); napínací manévry jsou obvykle negativní (10).

### **Cílená terapie**

Pro výběr léčebného postupu je nutno vždy plně respektovat nejen anatomický, ale i funkční nález (kvalitu centrálních složek, psychologické aspekty, stabilizační funkci svalů apod.) Pro volbu konzervativní terapie je nutno zásadně rozlišit akutní a chronické stádium nálezu ve smyslu strukturálního.

Akutní stav vyžaduje klid na lůžku a medikamentózní léčbu (8). Vhodné je omezit pohybovou aktivitu provokující bolesti. Klid na lůžku je vhodný pouze v případech, že je vynucen intenzivními obtížemi a neměl by přesahovat dobu 4 dní. V závislosti na rychlosti ústupu bolesti a intolerance pohybové aktivity je možné se zaměřit na aerobní pohybové aktivity minimálně zatěžující páteř, jako je chůze, jízda na kole či plavání. Po dobu obtíží je nutno přerušit těžkou fyzickou zátěž spojenou se zvedáním břemen, prudké švihové pohyby a omezit statickou zátěž vsedě (1).

Analgetická léčba. Je nutná v případě, že bolest přetrvává i po modifikaci pohybové aktivity a není nemocným tolerována. Farmakologicky je vhodné ovlivnění bolesti pomocí paracetamolu, nesteroidních antiflogistik a myorelaxancií. Paracetamol je lékem volby u bolestí mírnější intenzity pro dobrou toleranci a minimum nežádoucích účinků. Účinnost jednotlivých antiflogistik a myorelaxancií je podobná. S ohledem na potencionální možnost vzniku závažných vedlejších účinků (zejména gastrointestinálních) by měla být léčba v dostatečné dávce, ale krátkodobá (optimálně do dvou týdnů). Pro rychlejší nástup účinku a menší riziko nežádoucích gastrointestinálních účinků je možno zejména při začátku potíží použít parenterální aplikaci analgetik a nesteroidních antiflogistik. Léčbu kortikosteroidy celkově a léčbu opioidy nelze obecně doporučit, i když může být použita u refrakterních kořenových



syndromů, stejně jako lokální aplikace lokálních anestetik a kortikosteroidů (kořenové či epidurální „obstřiky“) (1).

Manuální a fyzikální léčba. Efekt fyzikálních metod (aplikace tepla, chladu, ultrazvuku, laseru, transkutánní elektrické stimulace, masáží, trakce) nebyl v akutním stádiu onemocnění spolehlivě prokázán a manipulace může být v akutním stádiu riziková. Je vhodné omezit jejich použití na případy s pomalým ústupem obtíží. Patří zásadně do rukou odborného lékaře školeného v této oblasti (1).

## 1.2.2. Impingement syndrom

### **Impingement syndrom,**

dříve nazývaný periartritis humeroscapularis, je velice často se objevující problematikou v oblasti měkkých tkání pletence ramenního. Bolestivý impingement syndrom s poruchou ramena funkce má příčinu v útlaku subakromiálního prostoru s následnou degenerací a poškozením čepičky rotátorů a tíhového váčku (15). Jde v podstatě o bolestivé funkční postižení, které je způsobeno útlakem měkkých tkání v oblasti akromionu (2), (především lig. coracoacromiale, šlachy m. supraspinatus a burzy subacromiale). Dochází k nárazu (odtud název impingement-náraz) na fornix humeri (tvořen je akromionem a vazem korakoakromiálním) v průběhu abdukce 70 – 120° (9).

Při strukturálních tvarových změnách spodní plošky akromia, při pouřazových a degenerativních změnách akromiálního skloubení a patologických změnách manžety rotátorů dojde k zúžení intervalu mezi fornixem a rotátorovou manžetou a k jakémusi nárazu této manžety na fénix i k současným oběhovým změnám. Potom oslabení svalstva, pouzdra kloubního a poruchy nervosvalové jsou dalšími změnami, vedoucí ke zhoršení impingement syndromu, tzv. sekundárnímu impingement syndromu (2).

### Etiologie a patogeneze

Strukturálními příčinami jsou:

- změny spodní plochy akromia,
- anatomické abnormality kostních struktur : např. hákovitý typ akromionu,  
přední ostruha akromionu, prominence akromioklavikulárního skloubení
- pouřazové změny rotátorové manžety
- degenerativní změny rotátorové manžety (2,9,16)

### Funkční příčiny

- patologické postavení humeru (vnitřní rotace)
- protrakce ramen (Th hyperkyfóza)
- insuficience muskulatury (m. supraspinatus)

spasmus m. biceps brachii

poruchy svalové koordinace (mezi abduktory a zevními rotátory se stabilizátory lopatky) s poruchami ve skapulohumerálním rytmu při abdukci paže (8)

### Klinický obraz

V první řadě se jako hlavní subjektivní příznak objevuje bolest (a to nejen při zátěži, ale i v klidu). Typická je noční bolest, pacient se budí především, leží-li na postižené straně.

Objektivní známkou je palpační citlivost až bolestivost v oblasti m. supraspinatus, pozitivní je tzv. bolestivý oblouk (painfull arc) dle Cyriaxe, kdy se postižení m. supraspinatus projevuje při bolesti do 30 stupňové abdukce, 30 – 60 st. je typická pro postižení subakromiální burzy, 60-120 ukazuje na postižení rotátorové manžety, bolestivá abdukce nad 180 st. s maximální rotací laterální části klavikuly svědčí o postižení akromioklavikulárního skloubení (9).

### Diagnostika

Diagnóza bývá vyslovena na základě anamnézy, speciálních vyšetřovacích manévřů, speciálních projekcích při rtg vyšetření a ultrazvukového vyšetření.

### Klasifikace dle Neera

Dle této klasifikace rozlišujeme 3 stadia podle tíže bolesti a stupně degenerace strukturálních změn:

- I. stadium – projevuje se tupou bolestí, painfull arc při abdukci 90st., je pozitivní odporová zkouška, oslabená zevní rotace a abdukce
- II. stadium – objevuje se bolest při pohybu, v noci, pohyb bývá omezen, je zde fibróza a otok utlačených tkání
- III. stadium – je charakterizováno změnami na kostní tkáni, tvorbou osteofytů, kalcifikací šlachy m. supraspinatus, atrofií svalů rotátorové manžety, aktivní pohyb bývá omezen více než pohyb pasivní (2, 9)

## Terapie

Základní terapií je komplexní konzervativní léčba, představující podávání nesteroidních antirevmatik, aplikaci kortikoidů a anestetik do oblasti burzy (2) .

Protizánětlivá léčba nesteroidními antirevmatiky, včetně jejich lokální aplikací (masti, gely, apod.) je velice vhodná v počátečním stádiu onemocnění. Správná aplikace kortikoidů do subakromiální burzy často zmírní její podráždění a v důsledku toho sníží i bolest. U mnoha pacientů jsou tyto potíže kolísavého charakteru, často se zhoršující se bolestí po zátěži. S chronickým drážděním šlach manžety rotátorů může dojít k jejich poškozování a výraznému omezení ramenní hybnosti. Tento stav se nazývá „zmrzlé rameno“ (frozen shoulder) (16).

Velice důležitá je cílená léčebná rehabilitace, která může zásadně pomoci od bolestí a pomůže upravit rozsah pohybu v ramenním kloubu (16).

Volba fyzioterapeutických a elektroléčebných metod je dána stupněm postižení šlachy.

### I. stupeň

Těžiště terapie je v řešení příčin vzniku impingement syndromu a jejich následků. Pro zjištění příčiny poruchy skapulohumerálního rytmu a ztráty aktivní zevní rotace humeru provádíme důkladné vyšetření kloubů a svalů pletence ramenního, pečlivé vyšetření a uvolnění kloubních blokády C a Th páteře a žeber (sternokostálních a kostovertebrálních skloubení) a vyšetření stabilizačního systému páteře. Nalézáme spouštěvé body (především v oblasti m. supraspinatus, horním a středním m. trapezius, m. deltoideus, mm. rhomboidei, mm. pectorales a m. biceps brachii). Okamžitou úlevu většinou přinášejí techniky měkkých tkání, především metody PIR nebo AEK dle Brüggerova konceptu. Zde je nutné omezit recidivy této oblasti na minimum, pokud se podaří zvládnout harmonizaci biomechanických poměrů pletence ramenního, včetně humeroskapulárního rytmu, kde patologie vzniká při převaze horních fixátorů lopatky nad dolními. Po odeznění akutní problematiky „pain full arc“ přetrvává bolest v krajních polohách abdukce s vnitřní rotací. Důležitá je tady aktivace dolních fixátorů, především dolních vláken m. trapezius a m. serratus anterior, která je proveditelná po

předchozí výrazné péči o relaxaci horních fixátorů (m.trapezius). Aktivace dolních je uskutečnitelná za pomoci stabilizačních svalů trupu (bránice, břišních svalů, autochtonní muskulatury) a vzpřímením hrudní oblasti páteře s uvolněním kostovertebrálních kloubů této oblasti. Z metod fyzikální terapie je vhodná kombinovaná elektroterapie či aplikace laseru na příslušné spoušťové body (9).

## II. stupeň

Léčba probíhá obdobným způsobem. Vhodná je i trakce a mobilizace glenohumerálního kloubu i mobilizace lopatky. V tomto období dochází k otoku supraakromiálních měkkých částí a této skutečnosti přizpůsobujeme i využití elektroterapie, především analgetických proudů např. interferenčních, vhodný je laser, ultrazvuk nebo kombinovaná elektroléčba k uvolnění reflexních změn v postižených svalových oblastech (9,16).

## III. stupeň

V tomto období, plném strukturálních změn m. supraspinatus, tvorbě osteofytů a atrofii svalů rotátorové manžety, je v případě přetrvávajících obtíží indikována operace subakromiálního prostoru s dekompresí nebo burzektomií a dále resekce lig.coracoacromiale a parciální přední akromioplastika.

U dekomprese a burzektomie není nutná imobilizace k hojení měkkých tkání, ale naopak je nutno pasivními či šetrnými aktivními pohyby zabránit srůstům. Velice vhodné je cvičení ve vodě, v bazénu.

Po zhojení jizev provádíme elektroterapii, především elektrogymnastiku zevních rotátorů paže, šetrná izometrická cvičení v uzavřených kinematických řetězcích. Vždy dbáme na neutrální postavení lopatky a optimální abdukčněflekční pozici v glenohumerálním kloubu (9).

## **1.2. 3.Syndrom karpálního tunelu, Sy canalis carpi**

### Karpální tunel

je oblastí, kde probíhají šlachy flexorů prstů společně s mohutným nervem, který svými vlákny zásobuje první až třetí prst a polovinu čtvrtého prstu. Je to n. medianus. Zabezpečuje jemnou motoriku prstů a citlivost. Spodina a stěny jsou tvořeny zápěstními kůstkami. Strop tohoto kanálu tvoří tuhý vazivový pruh, který může být za určitých okolností ztluštělý a v důsledku toho pak utlačovat struktury pod ním uložené, včetně výše zmíněného nervu. N. medianus se svými senzitivními, motorickými i autonomními vlákny probíhá přes tuhý karpální tunel společně s devíti flexorovými šlachami. Zmenšuje svůj prostor při flexi zápěstí (2,24).

### Syndrom karpálního tunelu (SKT)

Kompresie n. medianus je nejčastějším úžinovým syndromem. Tento syndrom patří mezi nejčastější onemocnění poškozující ruku. Ženské pohlaví je postiženo častěji. Příčinami jsou jednostranná pro ruku namáhavá práce, období přechodu, vrozená predispozice úzkého karpálního tunelu a neposlední řadě i těhotenství. Syndrom bývá často podmíněn věkem, malou tělesnou výškou, zčásti i vrozenými malými rozměry karpálního tunelu, opakovaným přetěžováním ruky u těžce fyzicky pracujících, statickými polohami a některými stereotypními činnostmi, jako je např. práce s klávesnicí a myší. Jde o onemocnění, při němž dochází k útlaku nervu v důsledku výše zmíněného ztluštělého vazivového pruhu, i zbytnělých šlachových pochev flexorů probíhajících uvnitř kanálu, jehož prostor je zúžen následkem již uvedených skutečností (2,24).

### Příznaky

Anamnesticky jsou uváděny náhlé nebo postupně se rozvíjející bolesti ruky a "mravenčení", brnění, (parestézie) prstů ruky, které se může objevit přes den ale i v noci, pacienti se často budí a pro potíže obtížně usínají (24). Tyto noční obtíže jsou

kritériem SKT, zvláště, jsou-li spojeny s úlevou po rozcvičení, a to nejméně dvakrát týdně. Parestézie se objevují nejenom v prstech (často včetně malíku), ale i v dlani, na hřbetu ruky a předloktí (2). Pro syndrom je typická neschopnost provádění určitých činností jako např. vypadávání předmětů z ruky, pacient si neumí zapnout knoflík, při jemné činnosti neudrží předmět v ruce. Velice častá je ztuhlost ruky, zvýšená únavnost, otoky s omezením pohyblivosti prstů (pacient nemůže prsty plně pokrčit do dlaně) (24). Neobratnost prstů se projevuje především při náročných jemných úkonech. Je spojena s vazomotorickými změnami či s přetížením ruky. Bolesti mohou vyzařovat do ruky i do ramene (2).

#### Příčiny vzniku a rozvoje syndromu

Pracovní zatížení a přetěžování související s profesí – opakované a namáhavé úkony ruky a práce s vibračními přístroji.

Vlastní predispozice ke vzniku syndromu KT, zhoršení schopnosti naučit se motorický stereotyp, případně přecvičit již naučený.

Idiopatický syndrom s profesionálními faktory nebo bez nich

Gravidita – nejvíce ve 3. trimestru

Kongenitální anomálie (stenóza karpálního tunelu, anomální sval v karpálním tunelu, n. ulnaris, anomální céva)

Metabolické nemoci (diabetes mellitus, akromegalie, hypo- a hypertyreóza, mukopolysacharidóza)

Nemoci pojivové tkáně (revmatoidní artritida, polymyalgia revmatica, sarkoidóza)

Expanzivní léze v karpálním tunelu (hematom, lipom, ganglion, neurofibrom, osteom, chondrosarkom a metastázy)

Infekční onemocnění (lymská borelióza, tuberkulóza)

Hereditární neuropatie

Traumata (sportovní traumatizace apod.)

Další příčiny (hypermobilita v kloubech, hmyz, had, arteriovenózní píštěl, aneuryzma) (2)

#### Terapie

Zásadně je třeba snížit profesní či jinou zátěž nebo přetěžování postižené ruky. Imobilizace vede k mírnému, avšak přechodnému ústupu potíží. Injekce kortikosteroidů do oblasti karpálního tunelu vede sice k úlevě, ale objevují se časté recidivy. Komplikacemi mohou být případná poškození nervu při opakovaných aplikacích, eventuálně existence zbytků aplikovaných kortikoidů může sama o sobě vést k poškození nervu a tunelu a ke ztížení dalšího léčebného postupu.

Příznivý efekt pro ústup bolestí i parestezií může mít léčebná kúra prednisonem. Podpůrný příznivý efekt má zvláště fyzioterapie s mobilizací karpálních kůstek a fyzikální procedury, zejména elektroterapie – laser a ultrazvuk (2).

Není-li efekt konzervativního postupu uspokojivý, přetrvávají-li senzitivní i motorické příznaky (2) doporučuje se chirurgické řešení. Po aplikaci obštríků kortikoidů do oblasti karpálního tunelu je nezbytná alespoň tříměsíční přestávka před chirurgickým zákrokem. Principem chirurgického řešení je přerušení ztlustělého vazivového pruhu ligamentum carpi transversum, jakož i uvolnění nervu z jeho zbytnělých obalů (neurolyza). Někdy je nutné odstranit ztlustělé šlachové obaly (synovektomie), které jak již bylo uvedeno, mohou zužovat prostor uvnitř kanálu(2, 24).

Endoskopický přístup bývá zatížen vyšším výskytem komplikací, ale vede k zachování funkčně důležitého oblouku karpálních kůstek a k příznivě rychlejšímu návratu k předchozím aktivitám. Časté jsou však reoperace karpálního tunelu, většinou pro chybnou diagnózu, dekompresi nervu, nedostatečnou revizi a jizvení). Občasně se po operaci objevuje bolestivost šlach i kostí a srůstý se sudomotorickými změnami (2).



## 1.2.4. Osteoartróza

### Osteoartróza

je nejčastějším kloubním onemocněním, jehož výskyt v populaci se objevuje ve 12 – 15 %, jsou postižena obě pohlaví, v populaci nad 75 let je výskyt až v 80 %. (9) Významné je tedy zvýšení prevalence osteoartrózy v souvislosti s věkem. Je to však jen jedna z mála chorob typických pro tuto věkovou skupinu a je dobře známo, že revmatické choroby se mohou rozvíjet ve všech věkových kategoriích. (5)

Jde o zánětlivé degenerativní kloubní onemocnění s charakteristickou degradací kloubní chrupavky, subchondrální sklerózou, tvorbou osteofytů a změnami měkkých tkání, zahrnujících synoviální membránu, kloubní pouzdro, kloubní vazy i svaly. (29)

Tradiční název znamená, že proces probíhá primárně jako degenerace a zánět je pouze sekundárním projevem, dalo by se říci komplikací, kterou je možno léčit. (9)

### Etiologie a patogeneze

Etiologické faktory jsou velice rozličné. Není významný vliv klimatu, ani geografické podmínky. Nadváha postihuje nosné klouby a nemá žádný vztah ani k povolání a činnostem sportovním, ba ani a posturálním návykům. (5)

Jde o kloubní onemocnění, které se projevuje změnou mechanických vlastností chrupavky. Z etiologického hlediska lze dělit osteoartrózu na primární (idiopatickou), kdy podkladem vzniku tohoto onemocnění je deregulace metabolismu kloubní chrupavky. Sekundární osteoartróza zahrnuje celou škálu příčin vzniku:

1. Anatomické – vrozené dysplazie, morbus Perthes, rozdílná délka končetin, hypermobilní syndrom;
2. Traumatické – na podkladě kloubní traumatizace (luxace, luxační zlomeniny), chronická mikrotraumatizace (nepřiměřená sportovní zátěž);
3. Metabolické – diabetes mellitus, dna, porucha metabolismu steroidů;
4. Zánětlivé – revmatoidní či septická artritida. (9)

V postiženém kloubu probíhají následující procesy:

- a) Destrukce chrupavky – povrch chrupavky je nerovný, hrubý, postupně progredující onemocnění vede ke vzniku lokálních defektů ve chrupavce, později až k její ztrátě;
- b) Remodelace subchondrální kosti – zvýšení aktivity osteoblastů, dochází ke sklerotizaci subchondrální kosti a ke vzniku mikrofraktur této kosti;
- c) Osteofytická aktivita;
- d) Tvorbě pseudocyst v kostní dřeni. (9)

Patologické změny u osteoartrózy jsou poměrně dobře známé, zejména u pokročilejších forem. Klinické vymezení choroby je velice obtížné, protože patologické změny, zjistitelné zobrazovacími metodami (RTG vyšetření, CT, MR) nekorelují s klinickými příznaky. Osteoartróza může být celou skupinou vzájemně se překrývajících onemocnění. (29)

#### Rizikové faktory pro vznik osteoartrózy

Věk (stárnutí)

Dědičnost (Heberdenova OA, častěji u žen)

Obezita

Sport

Povolání (těžká manuální práce, manipulace s břemeny, vynucené polohy apod.) (8)

#### Klinické formy

Bouchardova a Heberdenova osteoartróza, rhizartróza

Koxartróza (horní pól, mediální, koncentrická)

Gonartróza

Omartróza

Temporomandibulární artróza

Spondylóza, spondylartróza

Generalizovaná – polyartikulární artróza (5)

## Klinický obraz

### 1. Subjektivní obtíže

Dominantním a výrazným příznakem u osteoartrózy je bolest, která vyžaduje střídavý odpočinek (4), při zvyšující se zátěži se bolest akcentuje. Dalšími příznaky jsou ztuhlost kloubů, pocit nestability ve stoji a při chůzi. Bývá omezen rozsah pohybu v postiženém kloubu, významné je i funkční omezení (9).

2. Objektivními známkami jsou: bolestivé body při kloubním okraji, krepitace nebo drásoty při pohybu, deformace kosti (remodelace osteofyty), deformity (ve smyslu varozity, hallux valgus), kloubní nestabilita, omezený pohyb s bolestivostí (9), bolestivé testovací krajní polohy pohybu (22).

## Zobrazovací metody

RTG klasický, RTG modifikovaný (CT, mikrofokální radiografie, aerografie), sonografie, magnetická rezonance, scintigrafie, artroskopie (5).

## Léčba osteoartrózy

Podmínkami ke správné léčbě osteoartrózy jsou: včasná a správná diagnóza, určení a zařazení typu osteoartrózy, vyloučení sekundární osteoartrózy. Cíle léčby jsou jednoznačné: zmírnění obtěžující bolesti, zastavení progresu, udržení či zlepšení funkčních schopností, minimalizace handicapu.

Je důležité, aby léčba byla komplexní: edukace a režimová opatření jsou důležitými zásadami terapie. Výraznou měrou ovlivňují průběh choroby léčebná rehabilitace a fyzioterapie, dále léčba medikamentózní a revmatochirurgie, význam mají i komplementární techniky k ovlivnění bolesti (akupunktura), sociohumanitární opatření a výraznou měrou se zaměřujeme na prevenci osteoartróz (9).

## Medikamentózní léčba

Symptomatická analgetická léčba je nezbytná, a nezřídka je jedinou věcí, která je nabízena pacientovi z hlediska drog. (24) Dále jsou to nesteroidní antirevmatika, včetně inhibitorů COX 2, lokálně analgeticky působící látky, intraartikulárně aplikované

kortikoidy, SYSADOA I. (chondroitinsulfát, glukosaminsulfát, kyselina hyaluronová apod.), SYSADOA II (22) .

Rozhodně však musí vstoupit do hry další opatření, jako jsou odpočinek, pohybové aktivity, konkrétní cvičení pro postižené oblasti, korekce držení těla, fyzikální medicíny, rehabilitace, pracovní úprava, oprava nadměrné tělesné hmotnosti pokud je to uvedeno, opatření protetiky (dlahy, hole, berle, šle, atd.), chirurgie (artroskopické postupy, částečné nebo úplné protézy, artrodéza, atd.). Stručně řečeno, léčba se opírá o několik opatření v ruce praktického lékaře nebo specialistu revmatologa, ortopeda, fyzioterapeuta, endokrinologa, neurologa, neurochirurga a další možnosti. (5)

### Operační terapie

V první řadě je to *osteotomie* – provádí se varizační, valgizační a méně častá derotační. Jejich principem je změna vzájemného postavení a kontaktu kloubních povrchů. K nejčastějším typům operačního řešení patří dnes *aloplastika*, kdy destruovaná kloubní jamka a hlavice se nahradí endoprotézou. Podle způsobu implantace se dělí na cementované a necementované. (22)

### Rehabilitace

Rehabilitace zaujímá významné místo. Její volba závisí na stadiu a aktivitě choroby. V iritovaném stádiu je vhodný 2-3 denní klidový režim s preventivním polohováním: u koxartrózy v lehu na břicho pro uvolnění flekční kontraktury a v lehu na zádech s polohou DK ve středním postavení k zamezení zevně rotační pozici nemocné DK. Vhodná jsou izometrická cvičení břišního, gluteálního a stehenního svalstva k omezení vývoje atrofie z nečinnosti. Pasivní pohyby v odlehčení a ve vodě nebo oba způsoby manuální trakce DK přinášejí značnou úlevu. Při odeznívající iritaci se zaměříme na uvolňování zkrácených svalů a postupně navyšujeme aktivní pohybovou léčbou. K chůzi jsou vhodné dvě francouzské hole, výhledově vycházková hůl dle postižení. V období kompenzace osteoartróza je aktivní terapie rozšiřována o cvičení proti odporu a využívají se kladková zařízení. Nutno je dodržovat správné zatěžování a především nepřetěžování kloubu, bolestivé dotahování nebo pohyby švihové. V oblasti kolenního kloubu je podmínkou odstranění výpotku před pohybovou terapií. Cílem je

dosažení plné extenze v kolenním kloubu (polohování v extenzi střídát s 10 stupňovou semiflexí. Pro správnou funkci m. quadriceps je důležitý pohyb pately, jeho mobilizace je velice nutná. Posilují se ischiokrurální svaly, aktivní cvičení na posílení m. quadriceps, resp. vastus medialis. Výborné je i využití labilních ploch a poloh a senzomotorickou stimulaci pohybového aparátu. Lze využít různé typy ortéz. (9)

*Z.fyzikální terapie-* vířivé koupele ke zmírnění otoku, hydrokinezioterapie k pohybu v odlehčení. Myorelaxační a analgetická elektroléčba nevyvolávající hyperémii v iritačním stádiu. V chronické fázi pak termoterapie: krátkovlnná a mikrovlnná diatermie.(5,7)

*Protetické vybavení* – ortopedické vložky do bot, úprava ortopedické obuvi. V pokročilých stádiích osteoartrózy nosných kloubů je nevyhnutelné použít vycházkovou hůl nebo francouzské hole. Ortézy jsou potřebné zejména u sekundární nestability. (8)

## 1.2.5. Ischemická choroba srdeční ( ICHS)

### Ischemická choroba srdeční (ICHS)

je označení pro skupinu chorob, kde společným jmenovatelem je vznik ischemie myokardu na podkladě patologického procesu v koronárním řečišti (11). Jedná se o nepoměr mezi potřebou a dodávkou kyslíku v myokardu (26). Jde o poruchu perfuze srdečního svalu krví (a v důsledku toho také poruchu dodávky kyslíku a živin). Následkem je poté nedokonalá práce srdečního svalu, neplnění funkce pumpy a tedy ohrožení životních funkcí (11).

#### Etiopatogeneza

1. Nejčastější příčinou je aterosklerotické poškození koronárních tepen. Vzácnějšími příčinami jsou například i kolagenóza, infekční onemocnění, embolie, trauma atd., disekující aneurysma aorty, anomální odstupy věnčitých tepen – fixní stenóza.
2. Spazmy koronárních tepen – dynamická stenóza
3. Hypertenze, hypertrofická kardiomyopatie a stenóza aortální mohou způsobit výraznou hypertrofii myokardu s následnou koronární nedostatečností za normálního stavu koronárních tepen.
4. Onemocnění malých cév - tzv. syndrom X. Je zde normální koronarografický nález i při provokačních testech na spazmy koronárních tepen (26).

Na výsledném klinickém obraze ICHS se podílejí tři faktory: aterosklerotický plát, trombus a spasmus. Primárním momentem u většiny nemocných je ateroskleróza (aterosklerotický plát v epikardiální oblasti věnčité tepny). Průsvit věnčité tepny může být výrazně ovlivněn rovněž trombózou. Trombus zpravidla nasedá na ateroskleroticky změněnou koronární arterii s poškozeným endotelem. Rozhodující je zde poměr trombogenních a trombolytických pochodů. Vlastní aterogeneze probíhá ve dvou fázích. V první, klinicky nezávažné, nacházíme v intimě tukové proužky. Tato fáze přímo progreduje do druhé fáze – stádia fibrózních plátů. Dalšími rozhodujícími účastníky v aterogenezi jsou zejména lipoproteiny o nízké hustotě, LDL (11).

### Rizikové faktory ICHS a prevence

Ischemická choroba srdeční je nejčastější příčinou úmrtí v naší populaci. Připadá na ni dokonce více úmrtí než na sumu všech typů karcinomů. V posledním desetiletí má vysoce stoupající incidenci. Vysoký výskyt ICHS je důsledkem působení celé řady rizikových faktorů. Některé z nich jsou ovlivnitelné, další ovlivnit nemůžeme. Z ovlivnitelných jsou to zejména: hypertenze, hyperlipoproteinémie, kouření - u nás nejrozšířenější rizikový faktor, cukrovka, stres, obezita, nedostatek fyzické aktivity. Neovlivnitelnými faktory jsou věk, pohlaví, vrozená dispozice či rodinná zátěž (11).

Mezi důležité rizikové faktory patří vedle obezity, nedostatku tělesného pohybu a stresu, i vliv sexuálních hormonů (u žen před menopauzou je ICHS vzácnější) a další. Nebezpečí aterosklerózy neúměrně stoupá především tam, kde je přítomno více rizikových faktorů současně. Přítomnost dvou či více rizikových faktorů u jednotlivce vede ne k pouhému sčítání, ale k násobení rizika zdravotního postižení (11).

### Klasifikace ICHS

Jednotlivé formy ICHS se mohou lišit etiologií i klinickým obrazem. Podle něho můžeme ICHS dělit na několik jednotek s odlišnou symptomatologií, terapeutickým přístupem a prognózou. Zásadní význam má rozlišení, zda jde o formu akutní (nestabilní) nebo chronickou (stabilní, stabilizovanou). K akutním formám se řadí akutní infarkt myokardu (Q a non Q forma), nestabilní angina pectoris a náhlá smrt. Chronické formy zahrnují anginu pectoris (námahovou a smíšenou), variantní anginu pectoris, němou ischémii myokardu, syndrom X, srdeční nedostatečnost na podkladě ICHS a ICHS manifestující se arytmiemi (11).

#### A/ Chronické formy ICHS

**Angina pectoris (AP)** - jde o chronickou formu ICHS se stenokardiemi, svíravou či pálivou bolestí na hrudi, která někdy vyzařuje po malíkové části do levé ruky, do krku, dolní čelisti, do břicha, mezi lopatky nebo i do zátylku, či jen tlakem bez bolesti nebo pocitem nedostatku vzduchu nebo tísně. Projevy trvají několik minut a rychle ustupují

po podání nitroglycerinu nebo nitrátů. Při delší době trvání, nebo pokud po podání nitroglycerinu nedojde k úlevě, je podezření na infarkt myokardu (11,29).

Bolest bývá svíravá, pálivá a je lokalizovaná na větší ploše hrudníku (velikosti dlaně či pěsti). (21) Nebo může být jako tlak bez bolesti, nebo jen pocit nedostatku vzduchu, pocit úzkosti. Nejčastější lokalizace je za horní či střední třetinou hrudní kosti. Anginózní bolesti trvají několik desítek vteřin, typicky několik minut. Je-li bolest delší, je nutno pomýšlet na nestabilní anginu, eventuelně na infarkt myokardu. Významným anamnestickým údajem je vyvolávající moment, charakteristické jsou záchvaty po námaze, rozčilení, typicky po jídle, při chůzi proti větru, v mrazu, ranní cestě z domu, v noci, při pohlavním styku. (10) Výrazný vliv má i emocionální stres (29).

### Diagnostika

Nutné je odebrání správné a pečlivé anamnézy se zaměřením na rizikové faktory a charakter bolestí.

Vhodné je klidové EKG – často fyziologický nález nebo nespecifické změny ST – T úseků. Pomůže i Holterovo 24 hodinové monitorování EKG, echokardiografie a zátěžová echokardiografie (26). Při nejasnostech diagnózy je vhodné dále vyšetřit nemocného metodou zátěžové ergometrie, při níž šlape na kole (bicyklovém ergometru) a současně je snímáno EKG. Dostaví-li se v důsledku námahy bolest na hrudi, na EKG se objeví typické změny a diagnóza je potvrzena (5). Eventuelně je na místě provedení perfúzní thaliová scintigrafie myokardu. Koncentrace izotopu Thalia 201 odráží pŕtok krve příslušnou oblastí myokardu, pro upřesnění je aplikováno na vrcholu zátěže a zobrazováno pak gamakamerou (11). Vhodné je koronarografické vyšetření a vyšetření laboratorní na známky myokardiálního poškození (26).

Léčba anginy pectoris sleduje několik cílů:

1. zastavení či zpomalení postupu aterosklerózy ovlivněním rizikových faktorů, zásadní význam má úprava životosprávy - tj. vyloučení kouření, dietní opatření, adekvátní pohybová aktivita, omezení stresu;



2. zlepšení průtoku krve ischemickým srdcem - obnovením průtoku angioplastikou, bypassem, uvolněním svaloviny cév, zpomalením srdeční frekvence léky;

3. zabránění uzávěru cévy trombem (11).

### **Němá ischemie myokardu**

V poslední době je velice častým fenoménem tato asymptomatická ischemie. Objevuje se 1) u nemocných zcela bez příznaků 2) u nemocných s anginou pectoris se symptomatickými i asymptomatickými epizodami 3), u nemocným po infarktu myokardu (11, 26).

Asymptomatickou ischemií lze také chápat jako porušený „alarmový mechanismus“, který nebývá omezen jen na myokard. Tito nemocní mívají poruchu citlivosti i k navozené ischemii např. na končetinách. Během několika let se může u části těchto nemocných ischemie manifestovat anginou pectoris, infarktem myokardu nebo i náhlou smrtí. S ohledem na vysokou incidenci náhlé smrti je v případě kumulace rizikových faktorů třeba aktivně pátrat po přítomnosti němé ischemie (11).

Léčba vyžaduje tytéž zásady správné životosprávy jako u AP. Podávají se betablokátory, kyselina acetylsalicylová a antagonisté kalcia či nitráty (11,26).

### **Variantní angina pectoris**

je charakterizována spazmy epikardiální části věnčitých tepen. Stenokardie se objevují v klidu i při námaze, typicky v noci nad ránem. V záchvatu je přítomna elevace úseku ST, závažné arytmie s typickým ohrožením náhlou smrtí. Protrahované spazmy jsou další možnou příčinou infarktu myokardu. Typicky se tato klinická jednotka objevuje u žen kuřáček ve věku okolo 40 let, u mužů ve všech věkových dekadách.

Vhodně stanovená léčba může nemocné nejen zbavit příznaků, ale i výrazně ovlivnit prognózu. Velice důležitá a zásadní je naprostá abstinence kouření, efekt bývá většinou bezprostřední. Vhodné je vyvarovat se prudkých změn teploty, zejména

chladu. Farmakologická léčba spočívá v dostatečné a časové správné dávce nitrátů a antagonistů kalcia. Velice důležitá je prevence všech záchvatů včasným užitím nitrátů k snížení rizika arytmií (11) .

### **Syndrom X**

Jde o anamnesticky typickou anginu pectoris při normálním koronarografickém nálezu. Příčinou je porucha koronární mikrocirkulace při onemocnění malých koronárních tepen (26). Nemocní mají makroskopicky normální věčité tepny, ale je přítomna koronární nedostatečnost (typicky na EKG a thaliové scintigrafii myokardu je námahová a ponámahová stenokardie s obrazem ischemie myokardu při zátěži). Část nemocných má i výrazně sníženou koronární perfúzi (11). V etiologii jsou tři hlavní skupiny příčin: cévní, rheologické, metabolické (26).

### *B/ Akutní formy ICHS*

#### **Nestabilní angina pectoris (NAP)**

NAP na rozdíl od stabilní (chronické) anginy pectoris, která je charakteristická typickou bolestí na hrudi a je vyvolaná často fyzickou námahou či psychickým stresem, je NAP epizodou ischemických bolestí, která trvá několik hodin, dnů až týdnů s charakteristickým náhlým vznikem či změnou dosavadních záchvatů chronické anginy pectoris. Většinou jde o známku pokročilejší formy ischemické srdeční choroby a nelze ji podcenit, neboť může znamenat první markry rozvoje akutního srdečního infarktu, ať již prvního či opakovaného. Současně je nutno vyloučit i jiné možné příčiny mimosrdeční, které by mohly původní stabilní stav zhoršit (např. hypertenze či hypotenze, dysfunkce štítné žlázy, srdeční selhání či jiné postižení) (26).

#### **Akutní infarkt myokardu (AIM)**

Jde o akutní formu ICHS, při níž dochází k ireverzibilnímu nekrotickému poškození svaloviny srdeční nejčastěji následkem jejího uzavěru krevní sraženinou. Rozsah, závažnost a eventuelně následné komplikace jsou dány průsvitem postižené tepny a rovněž její lokalizací na srdci. Nebezpečnými komplikacemi AIM jsou bezvědomí nebo náhlá smrt způsobené nejčastěji závažnou poruchou rytmu srdečních komor, kdy výsledkem je srdeční zástava. Z toho důvodu požaduje pacient co nejdříve dohled lékaře. Je zřejmým ověřeným faktem, že v této akutní situaci rozhodují i minuty (11, 26).

Typickým příznakem AIM je klidová bolest na hrudi, bývá pálivá nebo svíravá lokalizovaná do oblasti přední plochy hrudníku. Trvá déle než 15 minut a neodezní ani po aplikaci nitroglycerinu pod jazyk. Často bývá provázena výrazným psychickým stavem, i strachem z blížící se smrti (26).

Je provedeno EKG vyšetření, stanoveny sérové hladiny specifických enzymů. O stavu myokardu pacienta také informuje echokardiografické vyšetření, RTG vyšetření srdce a plic, scintigrafie myokardu, nukleární magnetická rezonance či koronární angiografie, i katetrizační měření (11).

Léčba AIM je zahájena ihned, ještě před převozem do nemocnice, je nutné vyloučení jakoukoliv námahy či psychické zátěže, tlumení bolesti a zklidnění nemocného. Nutné je provést opatření k zajištění krevního oběhu, příp. při zástavě oběhu zahájit kardiopulmonální resuscitaci. Během následné hospitalizace na koronární jednotce je léčba zaměřena na omezení velikosti infarktového ložiska buď přímo obnovením průtoku uzavřenou cévou. U pacientů mladších 70 let se provádí nitrožilní (celková) trombolýza. Na pracovištích s katetrizační a angiografickou jednotkou se provádí intrakoronární trombolýza a koronární angioplastika - PTCA. Jsou podávány betablokátory, nitrožilní nitráty, ACE inhibitory, antiarytmika. Dlouhodobě se u nekomplikovaného IM podávají: kyselina acetylsalicylová, kardioselektivní betablokátory, ACE inhibitory. Významnou součástí terapie je léčebná rehabilitace (26).

Pacienti, kteří prodělali AIM, by měli dále být dlouhodobě sledováni odborným lékařem.

## **Náhlá smrt**

se vyskytuje nejčastěji u pacientů s ischemickou chorobou srdeční, a to zvláště u těch, kteří prodělali srdeční infarkt s těžkou poruchou funkce srdce a/nebo výskytem závažných komorových poruch rytmu.

Velmi často byla příčinou náhlého úmrtí rychlá komorová arytmie (tachykardie či fibrilace). V prevenci a léčbě takových život ohrožujících komorových arytmií implantujeme kardiovertery-defibrilátory, přístroje, které dokáží rozpoznat nebezpečnou arytmii a malým elektrickým výbojem ji neprodleně zrušit. Pomalé arytmie hrozící úplnou zástavou srdce řeší implantace kardiostimulátoru.

## 1.2.6. Chronická bronchitis

### Chronická bronchitis

je jedním ze tří onemocnění (vedle emfyzému a bronchiálního astmatu), které patří mezi chronickou obstrukční plicní nemoc (CHOPN). Ta se vyskytuje v 5- 20% dospělé populace. Je druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti (spolu s arteriosklerózou a degenerativním onemocněním pohybového aparátu) a na 5. místě mortality (Vurm uvádí na 4. místě) (12).

Chronická bronchitis je klinicky definována zvýšenou tvorbou sputa spolu s chronickým produktivním kašlem trvajícím nejméně po dobu 3 měsíců v roce v průběhu 2 let. Avšak jednoznačnost této definice je poněkud vágní, existují afekce, které toto kritéria splňují, a přesto sem nepatří (např. bronchiektázie). A současně je jasné, že evidentní chronická bronchitis nemusí být vždy provázena kašlem (12).

Klinicky se chronická bronchitis dělí na :

- a) bronchitis jednoduchou (simplex) s hlenovou expektorací
- b) hlenohnisavou (mucopurulenta)
- c) obstrukční (obstructiva) (12)

### Patofyziologie:

Patologické změny se odehrávají ve stěně bronchiální. Objevuje se hypertrofie a hyperplazie hlenových žlázek. Bronchiální stěna spolu s peribronchiální pojivovou tkání jsou zánětlivě infiltrovány a vzniká postupná obstrukce vzdušného proudění, narušenou a nerovnoměrnou distribucí vzduchu. Vzniká rozdíl mezi ventilací a perfuzí, jehož důsledkem je vznikající hypoxémie (porucha krevních plynů), popřípadě cyanóza. (12)

### Klinika:

Chronická bronchitis se vyskytuje převážně v nižších věkových kategoriích (pod 40 let), u lidí obézních, majících pyknický habitus, cyanotických, s doprovodným kašlem s hnisavou expektorací. Postižení mají nejen malé objemy plic, ale i malou

celkovou kapacitu. Z uvedeného vyplývají i funkční abnormality: tj. zvýšení reziduálního objemu (RV/TLC), hypoxémie při normálním complience a difuzní kapacitě plicní (DLco) (12).

### Etiologie

1. Hlavní příčinou jsou vlivy exogenní :

- kouření
- zevní prostředí (škodlivé exhalace, profesionální expozice) (12)
- individuální rezistence na zevní faktory
- respirační infekce dýchacích cest, její vliv je různý:
  - obecně je méně významná než kouření a životní prostředí
  - zánět poškozuje sliznice a zhoršuje situaci (virózy)
  - zvýšené množství hlenu blokuje bronchiální strom
  - etiologické agens může stimulovat imunitní odpověď alergického typu a tak se přidávají astmatické potíže (3)

Častější je výskyt u mužů po 40. roce věku.

2. Endogenní – vrozené (13)

- věk (výskyt roste s věkem) a mužské pohlaví (muži jsou postiženi dvakrát častěji než ženy)
- individuální predispozice - atopie, poruchy imunity
- sinusitidy (sinobronchiální syndrom)

### Klinické projevy

- kašel s vykašláváním sputa (3)  
(alespoň 3 měsíce v roce 2 roky po sobě) (13)
- při dlouholetém průběhu se přidávají obstrukční potíže
- respirační insuficience s hyperkapnií, hypoxemií, lehčí cyanózou
- u některých pacientů se vyvíjí cor pulmonale

- chronické dráždění epitelu (uhlovodíky z kouře, zánět) vede k dysplastickým změnám epitelu s případným přechodem do malignity (3)

#### Makroskopický nález:

Dilatace bronchiálního stromu vyplněného hojným hlenohnisavým sekretem. Sliznice je edematózní, překrvená. Na bronchiálním epitelu mohou být přítomna leukoplakická ložiska (13)

#### Terapie

V akutní fázi je třeba dodržovat klid na lůžku, dostatečné množství tekutin. Vhodná je aplikace léků proti teplotě a na vykašlávání, dodržování nekouření. Na horečku se užívají běžné léky proti teplotě (paracetamol, kyselina acetylosalicylová). Ke zmírnění dráždivého kašle v počátečních stádiích onemocnění se podávají antitusika (kodein atd.), později k odkašlávání pomáhají expektorancia. Pokud není podezření na bakteriální příčinu, antibiotika se nepodávají (3, 13).

Složitější je léčba chronické bronchitidy, protože změny v průduškách bývají nevratné. Je nevyhnutelné a velmi důležité přestat kouřit! V případě, že je CHB důsledkem škodlivého pracovního prostředí, bývá nutné změnit práci. Po konzultaci s lékařem lze započít se cvičením a zvýšit svou fyzickou aktivitu některým z aerobních cvičení (rychlá chůze, běh, plavání, cyklistika, aerobik). Na dechové obtíže se podávají léky, nejčastěji ve formě aerosolů, které jsou vdechovány a způsobují roztažení průdušek (bronchodilatancia). Bakteriální superinfekce, která může být zodpovědná za akutní zhoršení kašle, se musí přeléčit antibiotiky (13).

Zatímco vzniku akutní bronchitidy příliš zabránit nelze, riziko chronického zánětu průdušek můžeme velmi významně omezit tím, že nebudeme kouřit! Při práci v rizikovém prostředí je nutno dodržovat pravidla bezpečnosti práce. V případě silně znečištěného ovzduší omezit pobyt mimo budovu. Pokud již nastaly s průduškami problémy, je nutné se v době epidemií chřipek a nachlazení vyhýbat hromadným

dopravním prostředkům a prostorám, kde bychom se mohli setkat s infekcí. Každou akutní respirační infekci je nutno náležitě vyléčit (13).



## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2. 1. Cíl práce**

Vzhledem k tomu, že některé výsledky současných studií ukazují, že kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním je významně horší než u běžné populace a současně naznačují, že ženy jsou co do kvality života vůči mužům v nevýhodě, vzniká objektivní potřeba tento fakt potvrdit či vyvrátit. Považuji za společensky velmi významné přispět ke stanovení potřebnosti případných zdravotních a sociálních intervencí ve prospěch žen.

Cílem této práce je tedy shromáždit dostupné podklady pro zodpovědné rozhodování v praxi.

Zjistit, zda ženy a muži jsou rozdílnými pacienty ve vlivu chronických onemocnění na kvalitu jejich života. Zjistit, zda chronická onemocnění ovlivní kvalitu života pacientů, jakým způsobem a v jaké míře.

Zjistit, zda u žen jako pacientek je vlivem chronického onemocnění významněji ovlivněna kvalita života než u mužů.

Shromážděním, zpracováním a vyhodnocením těchto údajů vytvořit základ pro rozvahu, jaké eventuelní sociální a zdravotnické intervence mohou být u daného typu pacientů použity. (Typizace, alokace a evaluace intervencí).

## **2. 2. Hypotézy.**

1. Kvalita života je u nositelů chronických onemocnění a to i ve stadiu remise nižší, nežli je tomu u všeobecné populace.

2. Tento jev je výrazněji patrný u žen ve srovnání s muži.

Tato situace, zjištěná v dosud provedených empirických pilotních studiích bude prokazatelná i na větším souboru.

### **3. Metoda a probandi**

#### **3. 1. Metody výzkumu**

Kvalita života podmíněná zdravím byla zjišťována a ověřována pomocí ověřeného konceptu HRQOL – Health Related Quality of Life, s použitím dotazníku SF-36. Jde o nástroj typu generic, jenž je velice široce používán ke stanovení a rovněž porovnání kvality života podmíněné zdravím nejen ve všeobecné populaci, ale především u skupin, skupin handicapovaných, sociálně vyloučených, excludovaných i u stavů změněného zdraví či nemoci.

Strukturovaný dotazník SF-36 byl použit v české jazykové verzi, viz Příloha č. 1. Tento rozšířený a populární dotazníkový nástroj je dotazníkem uzavřeného typu, s otázkami a předformovanými odpověďmi. Je výsledkem dlouholeté práce vědců USA a Velké Británie.

Při použití dotazníku jsem se snažila vycházet z postupů, které byly publikovány výzkumnou skupinou v čele s Vladimírem Vurmem ( 22 ).

Skupina probandů vyplňovala dotazníky samostatně, bez asistence další osoby, jen s minimálním osvětlením dané problematiky. Shromážděné dotazníky byly převedeny do elektronické verze s použitím pořizovače dat SF-36. Tato data byla standardně zpracována.

Celkem byla získána data pro 8 domén HRQoL - Health Related Quality of Life (Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Vitalita, Mentální zdraví a Všeobecné vnímání vlastního zdraví). Tato získaná data byla následně zpracována. Nejdříve byly stanoveny aritmetické průměry a podrobné charakteristiky variability souborů. Získané údaje byly porovnány s evropskými standardy pro jednotlivé domény a dále mezi podsoubory mužů a žen. Shledané rozdílnosti byly vyhodnoceny co do statistické významnosti s použitím modifikovaného Studentova t-testu, na 5% hladině významnosti.

Získané výsledky byly uspořádány tabelárně, s použitím komerčního software Microsoft Excell.

### 3.2. Probandi - Charakteristika zkoumaného souboru

Vyšetřený soubor tvoří celkem 63 osoby s chronickými onemocněními. Z toho je 19 mužů ( to je 30,16 % ) a 44 žen ( 69,84% ). Průměrný věk podskupiny mužů činí 56,2 let, podskupiny žen 56,7 let.

Přehled složení celého souboru probandů podává tabulka 3. 1.

**Tabulka 3. 1.** Složení celého souboru probandů, nositelů chronických nemocnění.

Soubor	znak	hodnota
Total	n	63
Total	x/věk	56,3
Total/M	n	19
Total/M	x/věk	56,7
Total/F	n	44
Total/F	x/věk	56,2

Zdroj: vlastní výzkum

Total = soubor všech probandů

Total/M = podsoubor - muži

Total/F = podsoubor - ženy

Jako příklady chronických onemocnění s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem jsem zvolila :

- 1) Chronická onemocnění pohybového aparátu - vertebrogenní algický syndrom (diagnózy č. M 05 – M 14, a M 15 – M 19) dle Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti, ve znění jeho 10. revize).
- 2) Chronická onemocnění pohybového aparátu - impingement syndrom (diagnózy M 75, M 75.1 dle Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti, ve znění jeho 10. revize).
- 3) Chronická onemocnění pohybového aparátu - Syndrom karpálního tunelu (diagnóza G 56 dle Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti, ve znění jeho 10. Revize).
- 4) Chronická onemocnění pohybového aparátu – osteoartróza (diagnózy M 16.2, M 16.4, M 17.3 dle Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti, ve znění jeho 10. revize).
- 5) Chronické onemocnění kardiovaskulárního aparátu – ischemická choroba srdeční (diagnózy diagnóz I 20, I 24 a I 25 dle Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti, ve znění jeho 10. revize).
- 6) Chronické onemocnění respiračního aparátu – chronická bronchitida (diagnóza J 41 dle Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti, ve znění jeho 10. revize).

Ad 1) Podsoubor nositelů Vertebrogenního algického syndromu tvoří celkem 16 osob, s průměrným věkem 46,9 let. Jde o skupinu 4 mužů (25%), s průměrným věkem 46 let a 12 žen ( 75 %), jejichž průměrný věk je 47,3 let.

Přehled složení podsouboru 1 je obsahem tabulky 3. 2.

**Tabulka 3. 2.** Složení podsouboru 1 (Subtotal 1), nositelé chronického vertebrogenního algického syndromu.

<b>Soubor</b>	<b>Znak</b>	<b>Hodnota</b>
Subtotal/1	n	16
Subtotal/1	x/věk	46,9
Subtotal/1/M	n	4
Subtotal/1/M	x/věk	46
Subtotal/1/F	n	12
Subtotal/1/F	x/věk	47,3

Zdroj: vlastní výzkum

Ad 2) Podsoubor nositelů Impingement syndrom tvoří celkem 15 osob, s průměrným věkem 53,6 let, jsou to 4 muži (26,67 %) s průměrným věkem 52,8 let a 11 žen ( 73,33 % ) s průměrným věkem 53,9 let.

Přehled složení podsouboru 2 podává tabulka 3. 3.

**Tabulka 3. 3.** Složení podsouboru 2 (Subtotal 2), nositelů Impingement syndromu.

<b>Soubor</b>	<b>Znak</b>	<b>Hodnota</b>
Subtotal/2	n	15
Subtotal/2	x/věk	53,6
Subtotal/2/M	n	4
Subtotal/2/M	x/věk	52,8
Subtotal/2/F	n	11
Subtotal/2/F	x/věk	53,9

Zdroj: vlastní výzkum

Ad 3) Podsoubor Syndrom karpálního tunelu tvoří celkem 7 osob, s průměrným věkem 51,7 let. Jedná se o 1 muže (14,2 %) s průměrným věkem 53,0 let a 6 žen (85,7 %) o věkovém průměru 51,5 let.

Přehled složení podsouboru 3 podává tabulka 3.4.

**Tabulka 3. 4.** Složení podsouboru 3 (Subtotal 3), nositelů Syndromu karpálního tunelu.

<b>Soubor</b>	<b>Znak</b>	<b>Hodnota</b>
Subtotal/3	n	7
Subtotal/3	x/věk	51,7
Subtotal/3/M	n	1
Subtotal/3/M	x/věk	53,0
Subtotal/3/F	n	6
Subtotal/3/F	x/věk	51,5

Zdroj: vlastní výzkum

Ad 4) podsoubor nositelů Osteoartrózy tvoří celkem 8 osob. Jejich průměrný věk je 65,1 let. Jedná se o 1 muže (25 %) s průměrným věkem 62,0 let a 6 žen (75 %), jejich průměrný věk činí 66,2 let.

Přehled složení podsouboru 4 podává tabulka 3.5.

**Tabulka 3. 5.** Složení podsouboru 4 (Subtotal 4), nositelů osteoartrózy.

<b>Soubor</b>	<b>Znak</b>	<b>Hodnota</b>
Subtotal/4	n	8
Subtotal/4	x/věk	65,1
Subtotal/4/M	n	1
Subtotal/4/M	x/věk	62,0
Subtotal/4/F	n	6
Subtotal/4/F	x/věk	66,2

Zdroj: vlastní výzkum

Ad 5) podsoubor nositelů Ischemické choroby srdeční tvoří celkem 7 osob. Jejich průměrný věk je 70,9 let. Jedná se o 2 muže ( 28,6 %) s průměrným věkem 61,0 let a 5 žen ( 71,4 %), jejich průměrný věk činí 74,8 let.

Přehled složení podsouboru 5 podává tabulka 3.6.

**Tabulka 3. 6.** Složení podsouboru 5 (Subtotal 5), nositelů Ischemické choroby srdeční.

<b>Soubor</b>	<b>Znak</b>	<b>Hodnota</b>
Subtotal/4	n	8
Subtotal/4	x/věk	65,1
Subtotal/4/M	n	1
Subtotal/4/M	x/věk	62,0
Subtotal/4/F	n	6
Subtotal/4/F	x/věk	66,2

Zdroj: vlastní výzkum

Ad 6) Podsoubor nositelů Chronické bronchitis tvoří celkem 10 osob. Jejich průměrný věk je 61,5 let. Jedná se o 6 mužů ( 60 %) s průměrným věkem 64,0 let a 4 ženy ( 40 %), jejich průměrný věk činí 57,8 let.

Přehled složení podsouboru 6 podává tabulka 3. 7.

**Tabulka 3. 7.** Složení podsouboru 6 (Subtotal 6), nositelů chronické bronchitis.

<b>Soubor</b>	<b>Znak</b>	<b>Hodnota</b>
Subtotal/4	n	10
Subtotal/4	x/věk	61,5
Subtotal/4/M	n	6
Subtotal/4/M	x/věk	64,0
Subtotal/4/F	n	4
Subtotal/4/F	x/věk	57,8

Zdroj: vlastní výzkum



## 4. Výsledky

Výsledky hodnocení kvality života podmíněné zdravím ( HRQoL) u chronických onemocnění, rovněž i rozdíly v jednotlivých podskupinách podle pohlaví/gender uvádím v následujícím třídění:

- 4.1. Skupina nositelů/nositelek znaku Vertebrogenní algický syndrom
- 4.2. Skupina nositelů/nositelek znaku Impingement syndrom
- 4.3. Skupina nositelů/nositelek znaku Syndrom karpálního tunelu
- 4.4. Skupina nositelů/nositelek znaku Osteoartróza
- 4.5. Skupina nositelů/nositelek znaku Ischemická choroba srdeční
- 4.6. Skupina nositelů/nositelek znaku Chronická bronchitis

### 4. 1. Kvalita života u nositele Vertebrogenního algického syndromu

Tato skupina obsahuje 16 osob, z toho jsou 4 muži a 12 žen. V osmi hodnocených doménách HRQoL vykazují probandi následující skóre:

- v doméně **Fyzické funkce** při normálu Oxford 88,4 vykazuje tato skupina skóre 57,5, tj. 65,04% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 6,25$ , kritická hodnota = 1,75).
- v doméně **Fyzické omezení rolí** při normálu Oxford 85,82 vykazuje tato skupina 15,63, tj. 18,21 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 11,31$ , kritická hodnota = 1,75).
- v doméně **Emoční omezení rolí** při normálu Oxford 84,93 vykazuje tato skupina 56,25, tj. 67,83 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 2,64$ , kritická hodnota = 1,75).

- v doméně **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** při normálu Oxford 88,01 vykazuje tato skupina skóre 57,81, tj. 65,69 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 5,48$ , krit. hodnota = 1,75).
  
- v doméně **Bolest** při normálu Oxford 81,49 vykazuje tato skupina skóre 34,72 tj. 42,61 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 12,76$ , kritická hodnota = 1,75).
  
- v doméně **Mentální zdraví** při normálu Oxford 73,77 vykazuje tato skupina skóre 63,75, tj. 86,42 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 3,76$ , kritická hodnota = 1,75)
  
- v doméně **Energie/Vitalita** při normálu Oxford 61,13 % vykazuje tato skupina 48,13, tj. 78,73 % normálu.) Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 3,44$ , kritická hodnota = 1,75).
  
- v doméně **Všeobecné vnímání vlastního zdraví** při normálu Oxford 73,52 vykazuje tato skupina 40,63, tj. 62,97 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 7,16$ , kritická hodnota = 1,75).

Přehledné výsledky podávám v tabulce 4. 1.

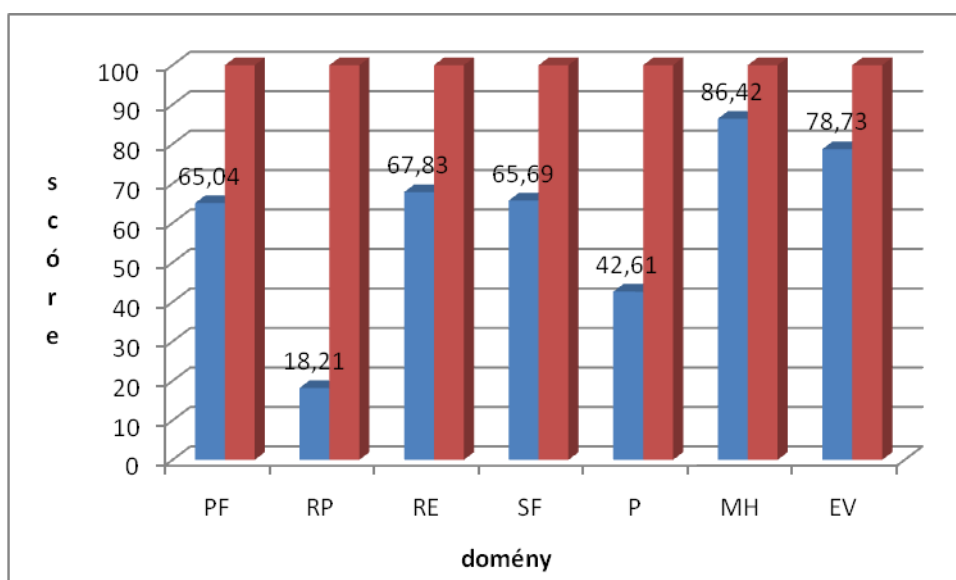
**Tabulka 4.1.** Synoptický přehled skóre kvality života ve skupině nositelů Vertebrogenní algický syndromu a srovnání s evropskými normály Oxford.

<b>1.1 Doména</b>		<b>Normál</b>	<b>Probandi%</b>
Fyzické funkce (FF, PF)	88,40	57,50	65,04
Fyzické omezení rolí (FOR, RP)	85,82	15,63	18,21
Emoční omezení rolí (EOR, RE)	82,93	54,50	65,70
Fyzické a emoč. omezení soc. funkcí (FEOSF,SF)	88,01	57,81	67,83
Bolest (B,P)	81,49	34,72	42,61
Mentální zdraví (MZ,MH)	73,77	63,75	86,42
Energie/Vitalita (V, EV)	61,13	48,13	78,73
Všeobecné vnímání vlastního zdraví (VVVZ,GHP)	73,52	40,63	62,97

Zdroj: vlastní výzkum

Sloupkový diagram uvádím v grafu 4. 1.

**Graf 4. 1.** Skóre kvality života u nositelů znaku Vertebrogenní algický syndrom vyjádřené jako procenta evropských normálů Oxford



Zdroj: vlastní výzkum

**Platí! Je-li u shledaná větší než kritická hodnota  $u = 1,78$ , je shledaný rozdíl statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

#### **4. 2. Kvalita života u Impingement syndromu.**

Tato skupina obsahuje 15 osob, 4 muže a 11 žen. V 8 hodnocených doménách HRQoL vykazují probandi následující skóre:

- v doméně **Fyzické funkce** při normálu Oxford 88,40 vyazuje tato skupina 57,67, tj. 65,24% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 4,89$ , kritická hodnota = 1,75)
- v doméně **Fyzické omezení rolí** při normálu Oxford 85,82 vykazují probandi 26,67, tj. 31,07% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 5,69$ , kritická hodnota = 1,75)
- v doméně **Emoční omezení rolí** při normálu Oxford 82,93% vykazují 46,67, tj. 56,28% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 3,22$ , kritická hodnota = 1,75)
- v doméně **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** při normálu Oxford 88,01 vykazují 53,33, tj. 56,28 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 6,07$ , kritická hodnota = 1,75)
- v doméně **Bolest** při normálu Oxford 81,49 vyazuje tato skupina skóre 34,07, tj. 41,81 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 7,82$ , kritická hodnota = 1,75)

- v doméně **Mentální zdraví** při normálu Oxford 73,77 vykazují probandi 62,67, tj. 84,95% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 2,45$ , kritická hodnota = 1,75)
- v doméně **Energie/Vitalita** při normálu Oxford 61,13 vykazují probandi 48,67, tj. 79,61% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 2,37$ , kritická hodnota = 1,75)
- v doméně **Všeobecné vnímání vlastního zdraví** při normálu Oxford 73,52 vykazují 47,67, tj. 64,83 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 5,11$ , kritická hodnota = 1,75)

Přehled průměrných individuálních skóre v této skupině uvádím v tabulce 4.2.

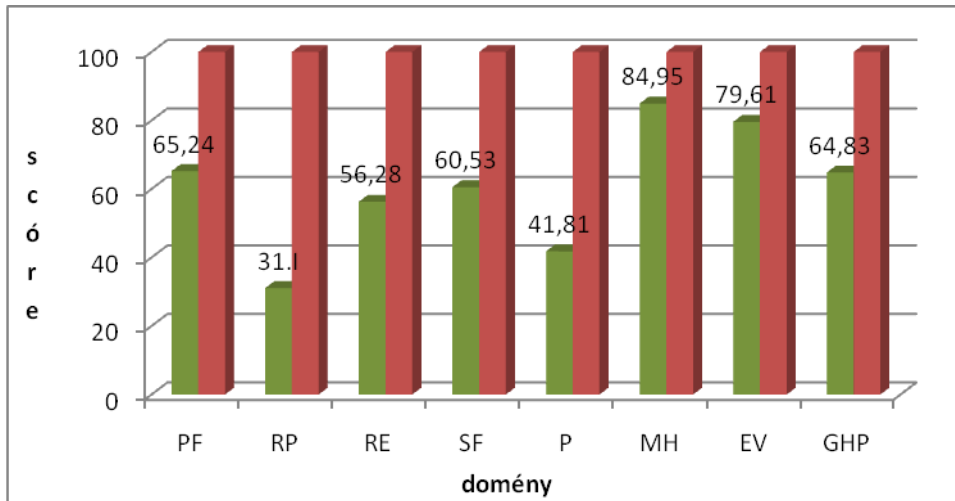
**Tabulka 4. 2.** *Přehled skóre kvality života u nositelů Impingement syndromu a srovnání s evropskými normály Oxford.*

<b>1.2 Doména</b>	<b>Normál</b>	<b>Probandi</b>	<b>%</b>
Fyzické funkce	88,40	57,67	65,24
Fyzické omezení rolí	85,82	26,67	31,07
Emoční omezení rolí	82,93	46,67	56,28
Fyzické a emoční omezení soc. fcí	88,01	53,33	60,53
Bolest	81,49	34,07	41,81
Mentální zdraví	73,77	62,67	84,95
Energie/Vitalita	61,13	48,67	79,61
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,52	47,67	64,83

Zdroj: vlastní výzkum

Sloupkový diagram uvádím v grafu 4. 2.

**Graf 4. 2.** Skóre kvality života u nositelů Impingement syndromu vyjádřené jako procenta evropských normálů Oxford



Zdroj: vlastní výzkum

#### 4. 3. Kvalita života u nositelů Syndromu karpálního tunelu.

Ve skupině jsou k dispozici údaje od 7 osob, a to 1 muže a 6 žen. V 8 hodnocených doménách HRQoL vykazují probandi následující průměrná skóre:

- v doméně **Fyzické funkce** při normálu Oxford 88,40 vykazují probandi 58,57, tj. 66,25% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 3,33$ , kritická hodnota = 1,87).
- v doméně **Fyzické omezení rolí** při normálu Oxford 85,82 vykazují 0, tj. 0% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 274,28$ , kritická hodnota = 1,87). !!!!!
- v doméně **Emoční omezení rolí** při normálu Oxford 82,93 vykazují 4,76, tj. 5,74% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 17,68$ , kritická hodnota = 1,87).

- v doméně **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** při normálu Oxford 88,01 vykazují 46,43 tj. 50,64% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 9,98$ , kritická hodnota = 1,87).
- v doméně **Bolest** při normálu Oxford 81,49 vykazují 41,27, tj. 81,49 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 6,91$ , kritická hodnota = 1,87).
- v doméně **Mentální zdraví** při normálu Oxford 73,77 vykazují 47,43, tj. 64,29% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 3,88$ , kritická hodnota = 1,87).
- v doméně **Energie/Vitalita** při normálu Oxford 61,13 vykazují 41,43, tj. 67,77% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 3,84$ , kritická hodnota = 1,87).
- v doméně **Všeobecné vnímání vlastního zdraví** při normálu Oxford 73,52 vykazují 28,57, tj. 38,86 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 9,54$ , kritická hodnota = 1,87).

Podrobný přehled průměrných individuálních skóre uvádím v tabulce 4. 3.

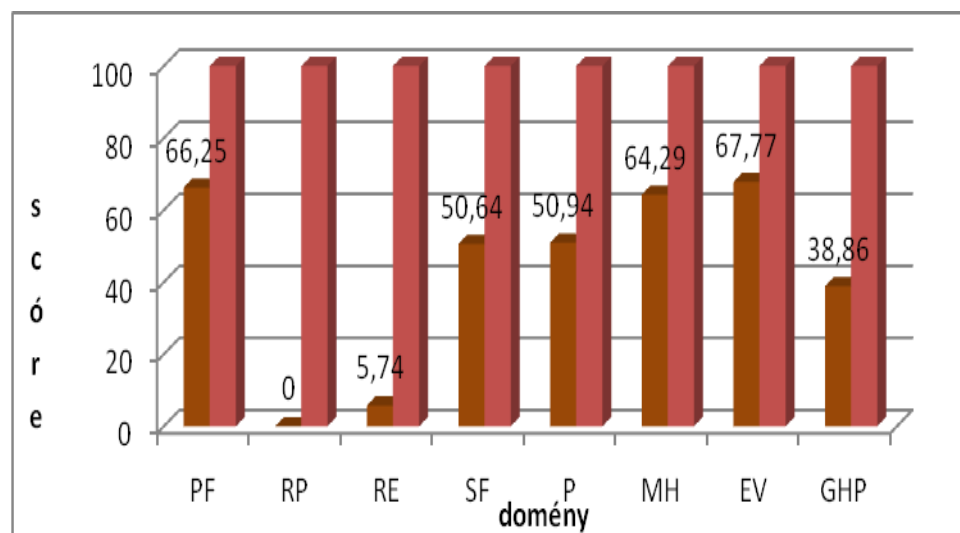
**Tabulka 4. 3.** Přehled skóre kvality života u nositelů Syndromu karpálního tunelu a jejich srovnání s evropskými normály Oxford.

<b>1.3 Doména</b>	<b>Normál</b>	<b>Probandi</b>	<b>%</b>
Fyzické funkce	88,40	58,7	66,25
Fyzické omezení rolí	85,82	0	0
Emoční omezení rolí	82,93	4,76	5,74
Fyzické a emoční omezení soc. fcí	88,01	46,43	50,64
Bolest	81,49	41,27	50,94
Mentální zdraví	73,77	47,43	64,29
Energie/Vitalita	61,13	41,43	67,77
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,52	28,57	38,86

Zdroj: vlastní výzkum

Sloupkový diagram uvádím v grafu 4. 3.

**Graf 4. 3.** Skóre kvality života u nositelů Syndromu karpálního tunelu vyjádřené jako procenta evropských normálů Oxford



Zdroj: vlastní výzkum



#### 4. 4. Kvalita života u nositelů Osteoartrózy.

V této skupině mám k dispozici údaje od 8 osob, 2 mužů a 6 žen. V 8 hodnocených doménách HRQoL vykazují probandi následující průměrná skóre:

- v doméně **Fyzické funkce** při normálu Oxford 88,40 vykazují probandi 65,00, tj. 73,52% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 3,28$ , kritická hodnota = 1,86).
- v doméně **Fyzické omezení rolí** při normálu Oxford 85,82 vykazují 62,50, tj. 72,73% normálu. Tento shledaný **rozdíl není statisticky významný** na 5% hladině významnosti, hodnota  $u$  je nižší ( $u = 1,76$ , kritická hodnota = 1,87).
- v doméně **Emoční omezení rolí** při normálu Oxford 82,93 vykazují 70,83, tj. 85,41 % normálu. Tento shledaný **rozdíl není statisticky významný** na 5% hladině významnosti,  $u$  je nižší než kritická hodnota ( $u = 0,97$ , kritická hodnota = 1,87).
- v doméně **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** při normálu Oxford 88,01 vykazují 70,41 tj. 80,00 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 2,98$ , kritická hodnota = 1,87).
- v doméně **Bolest** při normálu Oxford 81,49 vykazují 62,81 t.j. 77,08 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 5,89$ , kritická hodnota = 1,87).
- v doméně **Mentální zdraví** při normálu Oxford 73,77 vykazují 73,00, tj. 98,99% normálu. Tento shledaný **rozdíl není statisticky významný** na 5% hladině významnosti,  $u$  je nižší než kritická hodnota ( $u = 0,13$ , kritická hodnota = 1,87).

- v doméně **Energie/Vitalita** při normálu Oxford 61,13 vykazují 44,38, tj. 72,59% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 2,17$ , kritická hodnota = 1,87).
- v doméně **Všeobecné vnímání vlastního zdraví** při normálu Oxford 73,52 vykazují 55,00, tj. 74,81% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 3,76$ , kritická hodnota = 1,87).

Podrobný přehled průměrných individuálních skóre uvádím v tabulce 4. 4.

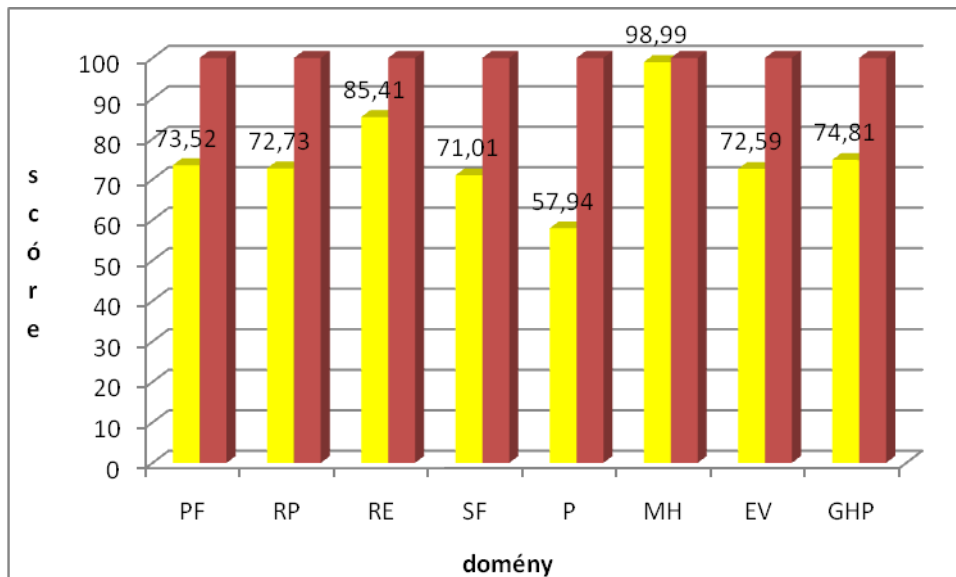
**Tabulka 4. 4.** *Přehled průměrných skóre kvality života u probandů s osteoartrózou a jejich porovnání s normálem Oxford.*

<b>Doména</b>	<b>Normál</b>	<b>Probandi</b>	<b>%</b>
Fyzické funkce	88,40	65,00	73,52
Fyzické omezení rolí	85,82	62,50	72,73
Emoční omezení rolí	82,93	70,83	85,41
Fyzické a emoční omezení soc. funkcí	88,01	62,50	71,01
Bolest	81,49	47,22	57,94
Mentální zdraví	73,77	73,00	98,99
Energie/Vitalita	61,13	44,38	72,59
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,52	55,00	74,81

Zdroj: vlastní výzkum

Sloupkový diagram uvádím v grafu 4. 4.

**Graf 4.4.** Skóre skóre kvality života ve skupině probandů s osteoartrózou vyjádřené v procentech skupiny evropských normálů Oxford.



Zdroj: vlastní výzkum

#### 4.5. Kvalita života u nositelů Ischemické choroby srdeční.

Tato skupina má k dispozici údaje od 7 osob, 2 mužů a 5 žen. V 8 hodnocených doménách HRQoL vykazují probandi následující průměrná skóre:

- v doméně **Fyzické funkce** při normálu Oxford 88,40 vykazují probandi 48,57, tj. 54,94% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 4,59$ , kritická hodnota = 1,87).
- v doméně **Fyzické omezení rolí** při normálu Oxford 85,82 vykazují 32,14, tj. 37,45% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 4,10$ , kritická hodnota = 1,87).

- v doméně **Emoční omezení rolí** při normálu Oxford 82,93 vykazují 66,67, tj. 80,39 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti,  $u$  je nižší než kritická hodnota ( $u = 0,99$ , kritická hodnota = 1,87).
  
- v doméně **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** při normálu Oxford 88,01 vykazují 64,29, tj. 73,05 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 2,91$ , kritická hodnota = 1,87).
  
- v doméně **Bolest** při normálu Oxford 81,49 vykazují 47,62, tj. 58,44 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 6,31$ , kritická hodnota = 1,87).
  
- v doméně **Mentální zdraví** při normálu Oxford 73,77 vykazují 68,00, tj. 92,18 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 2,06$ , kritická hodnota = 1,87).
  
- v doméně **Energie/Vitalita** při normálu Oxford 61,13 vykazují 46,43, tj. 75,95% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 2,04$ , kritická hodnota = 1,87).
  
- v doméně **Všeobecné vnímání vlastního zdraví** při normálu Oxford 73,52 vykazují 30,71, tj. 41,77% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 11,54$ , kritická hodnota = 1,87).

Podrobný přehled průměrných individuálních skóre uvádím v tabulce 4. 5.

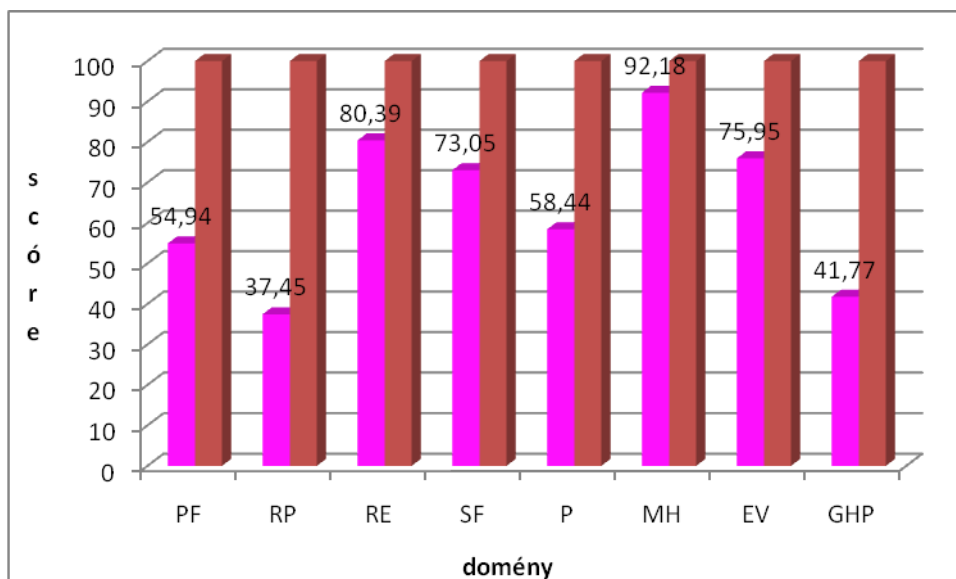
**Tabulka 4. 5.** Přehled průměrných skóre kvality života u probandů s Ischemickou chorobou srdeční a jejich porovnání s normálem Oxford.

Doména	Normál	Probandi	%
Fyzické funkce	88,40	48,57	54,94
Fyzické omezení rolí	85,82	32,14	37,45
Emoční omezení rolí	82,93	66,67	80,39
Fyzické a emoční omezení soc. funkcí	88,01	64,29	73,05
Bolest	81,49	47,62	58,44
Mentální zdraví	73,77	68,00	92,18
Energie/Vitalita	61,13	46,43	75,95
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,52	30,71	41,77

Zdroj: vlastní výzkum

Sloupkový diagram uvádím v grafu 4.5.

**Graf 4. 5.** Skóre kvality života ve skupině probandů s probandů s Ischemickou chorobou srdeční, vyjádřené v procentech skupiny evropských normálů Oxford.



Zdroj: vlastní výzkum

#### 4. 6. Kvalita života u nositelů Chronické bronchitis.

Tato skupina má k dispozici údaje od 10 osob, 6 mužů a 4 žen. V 8 hodnocených doménách HRQoL vykazují probandi následující průměrná skóre:

- v doméně **Fyzické funkce** při normálu Oxford 88,40 vykazují probandi 69,00, tj. 78,05% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 4,29$ , kritická hodnota = 1,81).
- v doméně **Fyzické omezení rolí** při normálu Oxford 85,82 vykazují 22,50, tj. 26,21% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 9,63$ , kritická hodnota = 1,81).
- v doméně **Emoční omezení rolí** při normálu Oxford 82,93 vykazují 46,67, tj. 56,28 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 2,69$ , kritická hodnota = 1,81).
- v doméně **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** při normálu Oxford 88,01 vykazují 64,29, tj. 73,05 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 5,88$ , kritická hodnota = 1,81).
- v doméně **Bolest** při normálu Oxford 81,49 vykazují 62,22, tj. 76,35 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti,  $u$  je nižší než kritická hodnota (  $u = 2,80$ , kritická hodnota = 1,81).
- v doméně **Mentální zdraví** při normálu Oxford 73,77 vykazují 64,80, tj. 87,84 % normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 2,39$ , kritická hodnota = 1,81).

- v doméně **Energie/Vitalita** při normálu Oxford 61,13 vykazují 48,50, tj. 79,33% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti, u je nižší než kritická hodnota (  $u = 1,84$ , kritická hodnota = 1,81).
- v doméně **Všeobecné vnímání vlastního zdraví** při normálu Oxford 73,52 vykazují 44,00, tj. 59,85% normálu. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 5,26$ , kritická hodnota = 1,81).

Podrobný přehled průměrných individuálních skóre uvádím v tabulce 4. 6.

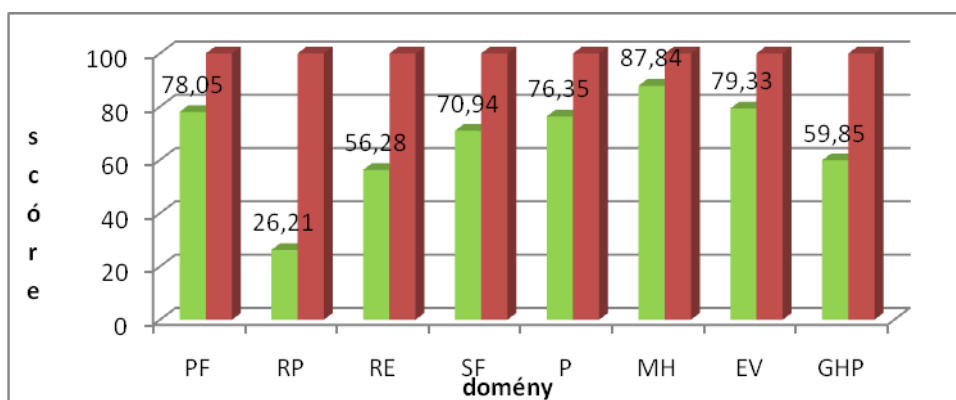
**Tabulka 4. 6.** *Přehled průměrných skóre kvality života u probandů s chronickou bronchitidou a jejich porovnání s normálem Oxford.*

<b>Doména</b>	<b>Normál</b>	<b>Probandi</b>	<b>%</b>
Fyzické funkce	88,40	69,00	78,05
Fyzické omezení rolí	85,82	22,50	26,21
Emoční omezení rolí	82,93	46,67	56,28
Fyzické a emoční omezení soc. funkcí	88,01	62,50	70,94
Bolest	81,49	62,22	76,35
Mentální zdraví	73,77	64,80	87,84
Energie/Vitalita	61,13	48,50	79,33
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,52	44,00	59,85

Zdroj: vlastní výzkum

Sloupkový diagram uvádím v grafu 4. 6.

**Graf 4. 6.** Skóre kvality života ve skupině probandů s probandů s Chronickou bronchitís vyjádřené v procentech skupiny evropských normálů Oxford.



Zdroj: vlastní výzkum

#### 4.7. Kvalita života u nositelů chronických nemocnění pohybového, kardiovaskulárního a respiračního aparátu celkový stav

Tato skupina obsahuje 63 osob, z toho je 19 mužů a 44 žen. V osmi hodnocených doménách HRQoL vykazují probandí následující skóre:

- v doméně **Fyzické funkce** vykazujeme 59,44, což je 67,24 % skóre Oxford studie. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 10,48$ , kritická hodnota = 1,66).
- v doméně **Fyzické omezení rolí** vykazujeme 26,40, což je 29,59 % skóre Oxford studie. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 13,81$ , kritická hodnota = 1,66)
- v doméně **Emoční omezení rolí** vykazujeme 49,74, což je 59,98 % skóre Oxford studie. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 6,09$ , kritická hodnota = 1,66)
- v doméně **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** vykazujeme 57,54, což je 29,59 % skóre Oxford studie. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti ( $u = 11,51$ , kritická hodnota = 1,66)



- v doméně **Bolest** vykazujeme 42,68, což je 52,37 % skóre Oxford studie. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 14,57$ , kritická hodnota = 1,66)
- v doméně **Mentální zdraví** vykazujeme 63,49, což je 86,06 % skóre Oxford studie. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 5,20$ , kritická hodnota = 1,66)
- v doméně **Energie/Vitalita** vykazujeme 46,90, což je 76,72 % skóre Oxford studie. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 5,94$ , kritická hodnota = 1,66)
- v doméně **Všeobecné vnímání vlastního zdraví** vykazujeme 42,22, což je 57,43 % skóre Oxford studie. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 13,34$ , kritická hodnota = 1,66)

Přehledný souhrn výsledků u nositelů chronických onemocnění podle gender/pohlaví uvádím v tabulce 4. 7.

**Tabulka 4. 7.** *Přehled výsledků skóre kvality života nositelů chronických nemocnění (pohybového, kardiovaskulárního a respiračního aparátu) celkový stav*

<b>Doména</b>	<b>Normál</b>	<b>Probandi</b>	<b>%</b>
Fyzické funkce	88,40	59,44	67,24
Fyzické omezení rolí	85,82	25,40	29,59
Emoční omezení rolí	82,93	49,74	59,98
Fyzické a emoční omezení soc. funkcí	88,01	57,54	65,38
Bolest	81,49	42,68	52,37
Mentální zdraví	73,77	63,49	86,06
Energie/Vitalita	61,13	48,90	76,72
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,52	42,22	57,43

Zdroj: vlastní výzkum

n = 63

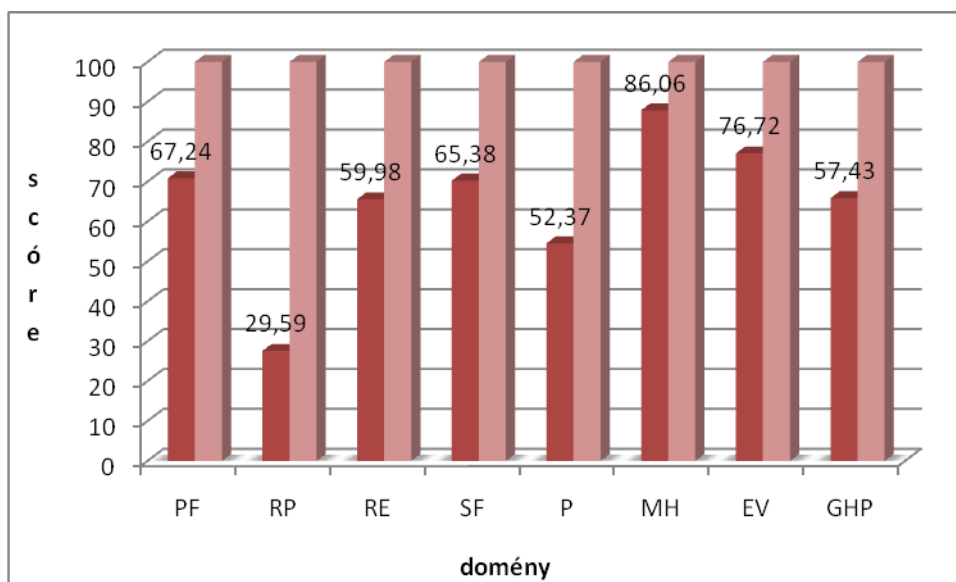
n/muži = 19

n/ženy = 44

u-kritická hodnota = 1,68

Sloupkový diagram uvádím v grafu 4.7.

**Graf 4.7.** Výsledky podskupiny žen vyjádřené jako procenta výsledků mužů



Zdroj: vlastní výzkum

**Platí! Je-li u shledaná větší než kritická hodnota  $u = 1,68$ , je shledaný rozdíl statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

#### **4.8. Kvalita života u chronických onemocnění pohybového aparátu se zřetelem k rozdílům pohlaví / gender**

Tato skupina obsahuje 63 osob, z toho je 19 mužů a 44 žen. V osmi hodnocených doménách HRQoL vykazují probandí následující skóre:

- v doméně **Fyzické funkce** celkem 63 nositelů znaku, z toho 19 mužů a 44 žen. 62,63, ženy 58,07, tj. 93,73 % skóre mužů. Tento shledaný **rozdíl je statisticky významný** na 5% hladině významnosti (  $u = 0,74$ , kritická hodnota = 1,68).
- v doméně **Fyzické omezení rolí** muži 23,68, ženy 26,14, tj. 110,39 % skóre mužů. Shledaný rozdíl není statisticky významný (  $u = 0,25$ , kritická hodnota = 1,68)
- v doméně **Emoční omezení rolí** muži 54,39, ženy 47,73, tj. 87,76 % skóre mužů. Tento shledaný rozdíl není statisticky významný (  $u = 0,54$ , kritická hodnota = 1,68)
- v doméně **Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí** muži 61,84, ženy 55,68, tj. 90,07 % skóre mužů. Shledaný rozdíl není statisticky významný (  $u = 1,08$ , kritická hodnota = 1,68)
- v doméně **Bolest** muži 44,44, ženy 41,92, tj. 94,33% skóre mužů. Shledaný rozdíl není statisticky významný (  $u = 0,40$ , kritická hodnota = 1,68)
- v doméně **Mentální zdraví** muži 64,84, ženy 62,91, tj. 97,02% skóre mužů. Shledaný rozdíl není statisticky významný (  $u = 0,48$ , kritická hodnota = 1,68)
- v doméně **Energie/Vitalita** muži 47,11, ženy 46,82, tj. 99,38% skóre mužů. Shledaný rozdíl není statisticky významný (  $u = 0,05$ , kritická hodnota = 1,68)
- v doméně **Všeobecné vnímání vlastního zdraví** muži 48,42, ženy 39,65, tj. 81,69% skóre mužů. Shledaný rozdíl téměř dosahuje statistické významnosti (  $u = 1,58$ , kritická hodnota = 1,68)

Přehledný souhrn výsledků u nositelů chronických onemocnění podle gender/pohlaví uvádím v tabulce 4.8.

**Tabulka 4. 8.** *Přehled výsledků skóre kvality života u nositelů Chronických nemocnění pohybového, kardiovaskulárního a respiračního aparátu podle pohlaví*

<b>Doména</b>	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>	<b>%</b>	<b>u</b>
Fyzické funkce	62,63	58,07	93,73	0,74
Fyzické omezení rolí	23,68	26,14	110,39	0,25
Emoční omezení rolí	54,39	47,73	87,76	0,54
Fyzické a emoční omezení soc. fcí	61,84	55,68	90,07	1,08
Bolest	44,42	41,92	90,07	0,40
Mentální zdraví	64,84	62,91	97,02	0,48
Energie/Vitalita	47,11	46,82	99,38	0,05
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	48,42	39,55	81,69	1,58

Zdroj: vlastní výzkum

n = 63

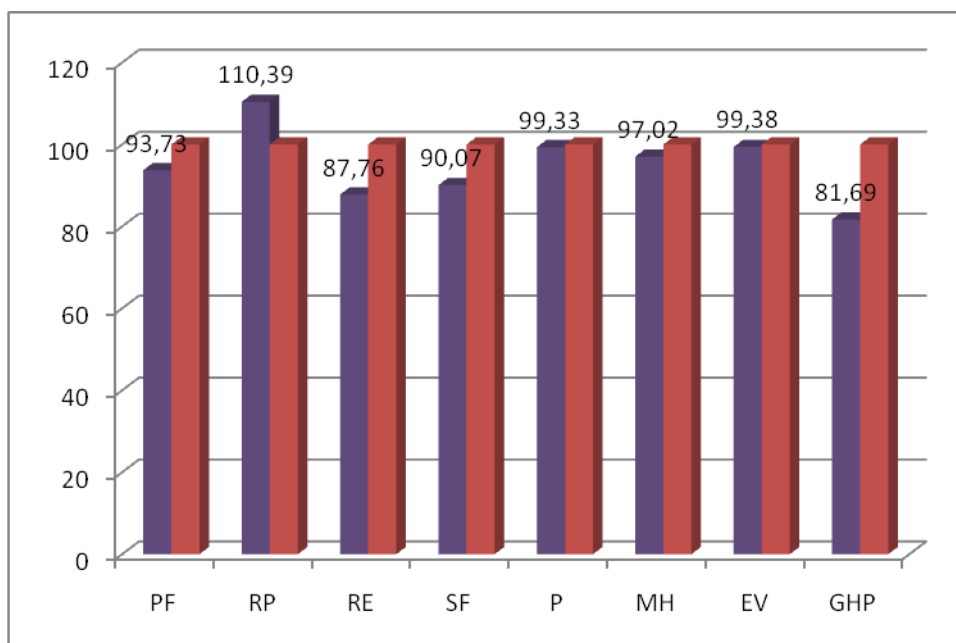
n/muži = 19

n/ženy = 44

u-kritická hodnota = 1,66

Sloupkový diagram uvádím v grafu 4.8.

**Graf 4.8.** *Výsledky podskupiny žen vyjádřené jako procenta výsledků mužů*



Zdroj: vlastní výzkum

**Platí! Je-li u shledaná větší než kritická hodnota  $u = 1,66$ , je shledaný rozdíl statisticky významný na 5% hladině významnosti.**

## 5. Diskuze.

Výsledky lze diskutovat v uvedeném třídění do 6 nosologických jednotek – skupin nositelů/nositelek znaku chronických onemocnění:

5.1. Skupina nositelů/nositelek onemocnění/znaku vertebrogenní algický syndrom.

5.2. Skupina nositelů/nositelek onemocnění/znaku impingement syndrom.

5.3. Skupina nositelů/nositelek onemocnění/znaku syndrom karpálního tunelu.

5.4. Skupina nositelů/nositelek onemocnění/znaku osteoartróza.

5.5. Skupina nositelů/nositelek onemocnění/znaku ischemická choroba srdeční.

5.6. Skupina nositelů/nositelek onemocnění/znaku chronická bronchitis.

### **Ad 5.1.) Kvalita života u chronických onemocnění pohybového aparátu – vertebrogenních algických syndromů.**

Chronická onemocnění pohybového aparátu se zaměřením na vertebrogenní algický syndrom ve stadiu chronicity, tedy mimo akutní vzplanutí choroby/exacerbaci velice významně snižují kvalitu života svých nositelů.

Ve všech 8 doménách, kterými byly: Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Mentální zdraví, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví jsou výsledky zkoumaného souboru horší nežli souboru referenčního.

Nejvíce se liší od evropských normálů v doméně Fyzické omezení rolí, kde zkoumaný soubor vykazuje pouhých 18,21 % skóre souboru referenčního, relativně nejvíce se přibližuje v doméně Mentální zdraví, kde zkoumaný soubor vykazuje 86,42 % výsledku souboru referenčního.

Statistické významnosti dosahují zjištěné rozdíly ve všech uvedených doménách (Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Mentální zdraví, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví). Statisticky nejvýznamnější jsou shledané hodnoty u s maximální odchylkou od jeho kritické hodnoty ( $u=1,75$ ) v doménách Bolest (12,76) a Fyzické omezení rolí (11,31), svědčící o velice závažných doménách naší sledované nosologické jednotky. Nejvíce se přibližuje kritické hodnotě 1,75 v doméně Energie /Vitalita ( 3,44 ) a Mentální zdraví ( 3,76 ), což není tak statisticky významné.

Při podrobnějším hodnocení rozdílu podle gender/pohlaví shledávám, že podskupina žen vykazuje výsledky skóre kvality života zcela uniformně nižší, nežli jsou výsledky, které dosahuje podskupina mužů. Téměř ve všech 8 hodnocených doménách ženy nedosahují skóre, které dosáhli muži. Pouze v doméně Fyzické omezení rolí dosahuje podskupina žen hodnoty vyšší než u mužské populace.

#### **Ad 5.2) Kvalita života u chronických onemocnění pohybového aparátu – impingement syndromu.**

Rovněž tato nosologická jednotka výrazně snižuje kvalitu života svých nositelů. Při srovnání průměrných skóre této skupiny s evropskými normály (Oxford) jsem zjistila, že tato nemoc vede opravdu k výraznému snížení kvality života zejména v doménách Fyzické omezení rolí (31,07) a Bolest (41,81) jsou výsledky výrazně sníženy oproti evropským normálům.

V sedmi doménách z osmi (Fyzické funkce, Emoční omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Mentální zdraví, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví) je výrazně patrné, že ženská populace je výrazněji negativně ovlivněna v kvalitě života, než je tomu u mužů. Pouze ve Fyzickém omezení rolí jsou ženy v převaze nad muži, jejichž kvalita života je významněji ovlivněna.

Statistické významnosti rozdílů od standardu dosahují nositelé těchto onemocnění ve všech uvedených doménách (Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Mentální zdraví, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví).

Statisticky nejvýznamnější jsou shledané hodnoty u s maximální odchylkou od kritické hodnoty u (1,75) v doménách Bolest (7,82) a Fyzické omezení rolí (5,69), lze to přisoudit nepříznivé situaci postižení ramenní oblasti, která dává jasně najevo, jak velice je v běžném životě potřebná a jak vnímáme všechny těžkosti, které způsobuje problematika této oblasti.

Nejvíce se přibližuje kritické hodnotě 1,75 v doméně Energie /Vitalita (2,37) a Mentální zdraví (2,45).

### **Ad 5.3) Kvalita života u chronických onemocnění pohybového aparátu – Syndromu karpálního tunelu**

Výsledky probandů v této skupině vykazují oproti evropským normálům výrazně nižší kvalitu života ve všech osmi hodnocených doménách. Nejvíce je postižení patrné v doméně Fyzické omezení rolí, kde probandi vykazují 0 hodnoty a tedy naprosto 0% skóre evropských normálů. Otázkou zůstává, zda je tomu tak proto, že si sledované skupiny probandů s tímto postižením tzv. „neporadí“, ruku potřebují nejvíce, je tedy zřejmé, že syndrom karpálního tunelu opravdu silně a výrazně snižuje kvalitu života sledovaných probandů.

Nejméně postiženou doménou je doména Energie /Vitalita, kde shledávám, že probandi dosahují 67,77 % evropských normálů.

Rovněž v hodnotě, uvedené v doméně Mentální zdraví ( 64,29 % evropských normálů ), je patrné zvládání situace výrazného omezení postižených ramenních oblastí, přestože v doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví vykazují 38,86 % skóre normálů. Také



v doménách Fyzické funkce s postižením 66,26 % a Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí dokumentují postižení 50,64 % normálu. Relativně nejvíce se hodnoty u této skupiny postižení blíží hodnotám uváděných evropských normálů v doméně Emoční omezení rolí, kde skórují 5,74 % normálů.

Zdánlivý nepoměr je mezi poměrně malým postižením v doméně Fyzické funkce ( zmíněných 66,26 % normálu ) a významným dopadem tohoto faktu do domény Fyzické omezení rolí ( 0%) lze vysvětlit i charakterem obtíží u této nosologické jednotky.

Statistické významnosti rozdílů od standardu dosahují nositelé těchto onemocnění ve všech uvedených doménách ( Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Mentální zdraví, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví ).

Statisticky nejvýznamnější jsou shledané hodnoty u s odchylkou od kritické hodnoty u (1,87) v doméně Fyzické omezení rolí (274,28)! Je to nesporným dokladem toho, že akrální oblast horní končetiny – ruka, je pro každého člověka naprosto nejvíce potřebnou. Rovněž doména Emoční omezení rolí se shledanou hodnotou  $u=17,98$ , Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí se shledanou hodnotou  $u=9,98$ , Všeobecné vnímání vlastního zdraví s hodnotou  $u=9,54$  a doména Bolest ( 6,91 ) jsou statisticky významným zjištěním. Potvrzují tak má předchozí tvrzení. Nejvíce se přibližuje kritické hodnotě 1,87 v doménách Fyzické funkce ( 3,33 ), Energie /Vitalita ( 3,84 ) a Mentální zdraví ( 3,88 ).

#### **Ad 5.4) Kvalita života u chronických onemocnění pohybového aparátu – Osteoartrózy**

Také v této skupině dokumentují výrazné snížení kvality života oproti normálům. Nejvýraznější je toto postižení v doméně Bolest, kde shledávám, že probandi dosahují jen 57,94 % skóre normálů. Nejméně patrné je toto postižení v doméně Mentální zdraví, kde průměrné skóre probandů dosahuje 98,99% skóre

evropských normálů a v doméně Emoční omezení rolí dosahuje hodnota 85,41 % normálů. Nejvýrazněji postiženou doménou je doména Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, kde probandí dosahují hodnoty 71,01 % evropských normálů.

Všeobecné vnímání vlastního zdraví vykazuje 74,81 % skóre evropských normálů, zde vidíme zřejmě situaci, kdy klouby dolních končetin nejsou tak intenzivně vnímány jako např. kloub karpometakarpální u probandů se Syndromem karpálního tunelu, ale blíží se hodnotám zjištěným u oblasti ramenního kloubu u nosičů Impingement syndromu.

Posuzováním statistické významnosti těchto onemocnění jsem zjistila, že v pěti uvedených doménách: Fyzické funkce, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví dosahují hodnoty statistické významnosti. Největší shledané hodnoty u dosahují domény Bolest (5,89) a Všeobecné vnímání vlastního zdraví (3,76). Dolní končetiny jsou našimi důležitými orgány a poruchy v této oblasti dávají jasně najevo zhoršení kvality života. Nejvíce se přibližuje kritické hodnotě 1,86 v doméně Fyzické omezení rolí ( 1,76), i když je její hodnota nižší, přesto je hranici statistické významnosti nejbližší. V doménách Emoční omezení rolí ( 0,97 ) a Mentální zdraví ( dokonce 0,13 ) nejsou hodnoty statisticky významné.

Zde jsou ženy opět významně handicapovány oproti mužům, sledujeme-li tento soubor z hlediska polarity gender/pohlaví. Zdá se, že situace, kdy je žena „na nohou od rána do večera“ je pro ni opravdu výrazným handicapem.

#### **Ad 5.5) Kvalita života u chronických onemocnění kardiovaskulárního aparátu– Ischemické choroby srdeční**

Výsledky probandů v této skupině vykazují oproti evropským normálům opět výrazně nižší kvalitu života ve všech osmi hodnocených doménách. Nejvíce je postižení

patrně v doméně Fyzické funkce, kde probandi vykazují 37,45 % skóre evropských normálů. Rovněž doména Všeobecné vnímání vlastního zdraví dosahuje hodnoty 41,77% evropských normálů. Můžeme se domnívat, že se zde odráží i určitá medializace a negativní popularita tohoto závažného onemocnění.

Výrazné je také snížení průměrných skóre v doméně Bolest, což zřejmě s touto situací koresponduje ( 58,44 % vůči evropskému normálu - Oxford).

Podrobnějším zkoumáním možného odlišného vlivu tohoto onemocnění na muže a ženy sledávám však, že i u nositelů znaku Ischemická choroba srdeční je kvalita života žen postižena méně, nežli je tomu u mužů, může to být i spojeno s tím, že ženy příliš nemají čas sledovat tuto stránku svého onemocnění, jsou více zaměstnány jinými zodpovědnějšími úkoly apod.

Statistické významnosti dosahují nositelé těchto onemocnění v sedmi z osmi uvedených domén ( Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Mentální zdraví, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví). Nejvíce patrné je to v doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví, kde shledaná hodnota u vychází 11,54, v porovnání s kritickou hodnotou evropských normálů 1,87 je jisté, že s tak závažnou problematikou nemůže žít v pohodě, vnímáme zde svou kvalitu života opravdu jako velice tíživou.

V doméně Emoční omezení rolí sledovaná hodnota u klesá pod kritickou hodnotu evropských normálů, ačkoli je jí přibližuje. Nejvíce se však této kritické hodnotě 1,87 blíží hodnota v doménách Energie /Vitalita ( 2,04 ) a Mentální zdraví ( 2,06 ) jako u nosologické jednotky Syndrom karpálního tunelu. Shledané hodnoty u nejsou však pro nás statisticky významné.

## **Ad 5.6.) Kvalita života u chronických onemocnění respiračního aparátu – chronické bronchitis**

Výsledky hodnocených podskupin v této skupině vykazují oproti evropským normálům opět výrazně nižší kvalitu života ve všech osmi hodnocených doménách. Nejvíce je postižení patrné v doméně Fyzické omezení rolí, kde probandi vykazují 26,21 % skóre evropských normálů. Rovněž doména Všeobecné vnímání vlastního zdraví dosahuje hodnoty velmi rozdílné od evropských normálů ( 59,85% ). Lze se domnívat, že se zde zřejmě odráží i výrazná negativní medializace této nosologické jednotky a současný trend naší společnosti – žít zdravěji. Nejvíce se blížíme hodnocení evropských normálů – Oxford v doménách Energie/Vitalita (79,33%), Fyzické funkce ( 78,05% ) a Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí ( 70,94% ).

Statistické významnosti dosahují nositelé těchto onemocnění v sedmi z osmi uvedených domén ( Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Mentální zdraví, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví ). Nejvíce se však této kritické hodnotě 1,81 vzdaluje hodnota v doméně Fyzické omezení rolí ( 9,63 ), což je velice statisticky významné a může být projevem výrazného dyskomfortu při chronických obtížích tohoto onemocnění. V doméně Energie/Vitalita se hodnota sledovaná u výrazně blíží u kritické.

Podrobným zkoumáním rozdílností mužské a ženské populace a možného odlišného vlivu tohoto onemocnění na muže a ženy shledávám, že i u nositelů znaku Chronická bronchitis je kvalita života ženské populace postížena výrazně více, nežli je tomu v populaci mužské.

## Kvalita života u celého souboru

Celkově zjištěná kvalita života, zjišťovaná pomocí dotazníkového formuláře strukturovaného dotazníku SF – 36 je výrazně nižší ve všech osmi dotazníkem uváděných doménách (Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí,

Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, Bolest, Mentální zdraví, Energie/Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdraví). Nejvíce se přibližuje evropskému normálu – Oxford v doméně Mentální zdraví, kde dosahuje 86,06% evropského normálu. Blízké jsou i domény Energie/Vitalita a Fyzické funkce, kde dosahuje 76,72% a 67,24% evropského normálu. Nejvíce se odlišuje v doméně Fyzické omezení rolí, která představuje 29,59% evropského normálu. Hodnoty domény Všeobecné vnímání vlastního zdraví představují kolem  $\frac{1}{2}$  ( přesně 57,43 %) evropského normálu – Oxford.

Porovnáme-li celkovou situaci všech představitelů uvedených šesti nosologických jednotek, vidíme, že **téměř ve všech doménách jsou ženské představitelky výzkumu ve své kvalitě života významněji postiženy, než je tomu v mužské populaci**. Nejméně je to patrné v doméně Energie/Vitalita, kde je sledovaná hodnota kvality života 99,38% ženy versus muži. Ostatní domény se pohybují v oblasti kolem 90%, v průměru je to 90,26% v neprospěch žen.

Je tedy zřejmé, že **představitelky ženské populace prokazují rozhodně nižší kvalitu života než populace mužská**.

V doméně Fyzické omezení rolí (RP) se ukazuje, že ženy vykazují o 11,03% vyšší kvalitu života nežli muži. Přitom současně v doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) vykazují kvalitu života podstatně horší než muži. V této doméně je kvalita života o 18,31% horší než u mužů, Tento jev se téměř blíží statistické významnosti (hodnota shledaná  $u=1,58$  **při kritické hodnotě  $u =1,68!$** )

Z toho plyne, že ženy vnímají svůj zdravotní stav, uvědomují si, že je špatný, přitom však své role plní lépe nežli muži. Ženy plní své role – tedy, to, co se od nich očekává v rodině i ve společnosti a to vše na úkor svého vlastního zdraví.

Tento charakteristický gender – podmíněný rozdíl pohlaví zasluhuje jistě plnou pozornost a pokud možno i další výzkum.

## 6. Závěr

K hypotézám v této práci uvedeným vyslovuji následující závěry:

### Hypotéza č. 1

**Kvalita života je u nositelů chronických onemocnění, a to i ve stadiu remise nižší, nežli je tomu u všeobecné populace.**

#### Závěr 1.

*Kvalita života je u nositelů chronických onemocnění, a to i ve stadiu remise nižší, nežli je tomu u všeobecné populace.* Uvedený jev je stabilně jednoznačný u všech šesti hodnocených nozologických jednotek (vertebrogenní algický syndrom, impingement syndromu, syndrom karpálního tunelu, osteoartróza, ischemická choroba srdeční a chronická bronchitis), jak prokazují na celkem 63 probandech.

*Ani v jedné z osmi hodnocených domén HRQoL ( fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, bolest, vitalita, mentální zdraví a všeobecné vnímání vlastního zdraví) však nedosahují probandi úrovně evropských normálů (Oxford).*

Tento jev je nejvíce patrný u domény Fyzické omezení rolí nositelů Vertebrogeenního algického syndromu a u nositelů Syndromu karpálního tunelu. Relativně nejméně je tento jev patrný v doméně Mentální zdraví u nositelů Osteoartrózy (zde tvoří 98,99% úrovně kvality evropských normálů) a u nositelů Ischemické choroby srdeční (92,18% úrovně kvality evropských normálů).

Biologická, psychická a sociální dimenze lidského bytí probandů je velice významně negativně ovlivněna a ve srovnání s evropskými normály ve větší míře.

**Hypotézu č. 1 potvrzují v plném rozsahu.**

## Hypotéza č. 2

*Tento jev* (Kvalita života je u nositelů chronických onemocnění, a to i ve stadiu remise nižší, nežli je tomu u všeobecné populace.) **je výrazněji patrný u žen, ve srovnání s muži.**

Závěr 2.

**Kvalita života probandů - žen** je v uvedených doménách, to znamená v sedmi z celkového počtu osmi domén ( fyzické funkce, emoční omezení rolí, fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, bolest, vitalita, mentální zdraví a všeobecné vnímání vlastního zdraví) **nižší než je tomu u mužů.** V doméně **Fyzické omezení rolí se ukazuje, že kvalita života je u žen vyšší než u mužů.**

S ohledem na to, že celkový sledovaný soubor není tak početný (celkem 63 probandů), počty mužských a ženských probandů jsou odlišné a výsledkem je pouze jedna odchylka od statistických sledování evropských, nelze tuto skutečnost s plným svědomím verifikovat. Je však zřejmé, že ženy jsou schopny zvládat svá onemocnění poměrně dobře.

Tento jev dokazují srovnáním 19 mužů a 44 žen a současně prokazují tento jev jako **statisticky významný na 5% hladině významnosti** na 89,58 % uvedených hodnocení. V ostatních případech buďto téměř dosahuje statistické významnosti, nebo je evidentně patrný, ale statistickou významnost neprokazuje.

Nejvýraznější je nižší kvalita života žen vůči mužům vyjádřena v doméně Fyzické funkce a Všeobecné vnímání vlastního zdraví.

Relativně nejméně jsou ženy vůči mužům postiženy v doméně Mentální zdraví, kde dosahují 97,02% úrovně mužů a Vitalita, kde dosahují 99,38% úrovně mužů.

Absolutní převahu mají ženy v doméně Fyzické omezení rolí, kde dosahují významnou převahu (110,39% ) nad populací mužskou.

Lze však přesto říci, že biologická, psychická a sociální dimenze lidského bytí je u žen významněji postižena než u mužů.



**Hypotézu č. 2 rovněž potvrzují. Tento jev (Kvalita života je u nositelů chronických onemocnění, a to i ve stadiu remise nižší, nežli je tomu u všeobecné populace.) je výrazněji patrný u žen, ve srovnání s muži, pouze v doméně Fyzické omezení rolí (RP) ženy skorují HRQoL vyšší než populace mužská.**

**Doporučení pro praxi :**

1) Pacienti s chronickým onemocněním ve stadiu remise jsou svým okolím vnímáni jako zdraví. Bylo prokázáno, že kvalita jejich života je i mimo vzplanutí/exacerbaci chronického onemocnění nižší, než je tomu u běžné populace. Tito naši spoluobčané zasluhují odlišný přístup a péči i správnou dávku ohleduplnosti.

2) Vzhledem k tomu, že kvalita života žen je postižena v rámci většiny onemocnění významněji nežli kvalita života mužů, nelze svůj přístup ke všem pacientům a klientům brát a vnímat naprosto stejně, je třeba vidět i jejich zvláštnosti, co do vnímání kvality života příslušníků obou pohlaví. Tato skutečnost by se měla odrazit i v diagnostických, léčebných a rehabilitačních přístupech a postupech.

## 7. Seznam literatury a zdrojů:

1. BEDNAŘÍK, J., *Akutní bolesti v lumbosakrální oblasti* [online] © 2005, poslední revize 29.4.2005 [cit. 2011-02-05]. Dostupné z: <<http://www.czech-neuro.cz/index.php?act=detail&idTXT=16>>
2. EHLER, E., Úžinové syndromy. In: DUNGL, P. a kol., *Ortopedie*, 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 1280s. ISBN 80- 247-0550-8
3. FEIT, J., *Chronická bronchitida* [online] © 2011, poslední revize 5.2.2011 [cit. 2011-02-05]. Dostupné z: <[http://atlases.muni.cz/atlases/stud/atl\\_cz/au-cz.html](http://atlases.muni.cz/atlases/stud/atl_cz/au-cz.html)>
4. DUNGL, P., Zánětlivá a degenerativní onemocnění. In: DUNGL, P. a kol., *Ortopedie*, 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 1280s. ISBN 80- 247-0550-8
5. FRAGA - MOURET, A., MARTÍNEZ, P. E., *Reumatologia*, [online] © 2010, poslední revize 5.12.2010 [cit. 2010-12-05]. Dostupné z: <<http://www.drscope.com/privados/pac/generales/reumatologia/osteootart.htm>>
6. JANÁČKOVÁ, L., *Bolest a její zvládnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 191s. ISBN 978-80-7367-210-2
7. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Somatopedická a psychopedická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
8. KALOVÁ, H., PETR, P., BICAN, J., *Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Jejich rozdíly podmíněné pohlavím*. Folia Phoenix, 10, 2005, Supplementum 1/2005. ISSN 1801-1063
9. KOLÁŘ, P., KŘÍŽ J., DYRHONOVÁ, O., *Léčebná rehabilitace v ortopedii a traumatologii* In: KOLÁŘ, P. et al., *Rehabilitace v klinické praxi*, 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978–80-7262-657-1.

10. KOLÁŘ, P., *Vertebrogenní obtíže a stabilizační funkce svalů - diagnostika*, In: *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, č. 4, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2006,713s. ISSN 1211 - 2658
11. KLENER, P. a kol., *Vnitřní lékařství I.*, 1.vyd., Karolinum Praha, 1994, 129s. ISBN 80-7066-867-9
12. KLENER, P. a kol., *Vnitřní lékařství II.*, 1.vyd., Karolinum Praha, 1995, 145s, ISBN 80-7066-867-9
13. Křížová, J., *Bronchitida* [online] © 2011, poslední revize 24.1.2006 [cit. 2011-02-06]. Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/bronchitida/>>.
14. Křivohlavý, J., *Psychologie zdraví*, 2. vyd. Praha: Portál 2003, 280s. ISBN 80 – 7178-774-4.
15. MÁČEK M. a kol. *Léčebná rehabilitace u vybraných interních a dalších onemocnění*, In: KOLÁŘ, P. et al., *Rehabilitace v klinické praxi*, 1. vyd., Praha: Galén, 2009,713 s. ISBN 978–80-7262-657-1.
16. MÜLLER, I., *Impingement syndrom v pracovnělékařské praxi* [online] © 2011, poslední revize 2.5.2011 [cit. 2011-05-02]. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-clanek?id=29371&confirm\\_rules=1](http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-clanek?id=29371&confirm_rules=1)>
17. PAŠA, L., *Impingement syndrom* [online] © 2011, poslední revize 6.2.2011 [cit. 2011-02-06]. Dostupné z: <<http://www.pasa.cz/stranka/30/impingement-syndrom/>>
18. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
19. PETR, P., *Dotazník SF - 36. O kvalitě života podmíněné zdravím*. Kontakt č.1, ročník 2, 2000, ZSF JU České Budějovice
20. PETR, P., ZÁŠKODNÝ, P., VONDROUŠ, P., SOUKUPOVÁ, A., KALOVÁ H., *Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“ („HRQoL“)*, Kontakt III: 3, 2001. ISSN 1212-4117
21. ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. *Bolest*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2006. ISBN 80-903750-0-6

22. SOSNA, A., VAVŘÍK, P., KRBEČ, M., POKORNÝ, D. A KOL., *Základy ortopedie*, 1. vyd., Praha : Triton, 2001, ISBN 80-7254-202-8
23. SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů hodnocení léčby*, Psychiatrická klinika FN Hradec Králové [online] © 2004, poslední revize 03.05.2004 [cit. 2004-05-03]. Dostupné z: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vz11\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf)
24. *Syndróm karpálneho tunela , Sy canalis carpi* [online] © 2010, poslední revize 5.12.2010 [cit. 2010-12-05]. Dostupné z: [http://www.chirkoz.sk/index.php?stranka\\_id=80](http://www.chirkoz.sk/index.php?stranka_id=80)
25. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Klinická propedeutika*, 5. vyd. České Budějovice 2005. ISBN 80-7040-837-5
26. VÍTOVEC, J., ŠPINAR, J., *Kardiologie praktického lékaře*, 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994, str. 92-114. ISBN 80-7013-163-2
27. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
28. VURM, V., PETR, P., VONDROUŠ, P., SOUKUPOVÁ, A., KALOVÁ ,H., *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci*. Kontakt 2- 3, vol IV (2002). ISSN 1212-4117
29. WAY, L. W., *Současná chirurgická diagnostika a léčba, I.díl*, 1.vyd. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-397-9.
30. WEIL, WAITZ, *Schulterschmerzen*. [on line] © 2010-10-18 [cit. 2011-11-9] Dostupné z: <http://www.onmeda.de/krankheiten/schulterschmerzen.html>
31. WHO (World Health Organisation). *MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. 1. české vyd. Praha: Grada 2001, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

## **8.Klíčová slova**

Dotazník SF – 36

HRQoL

Chronická onemocnění

Kvalita života

Pohlaví / gender

## Přílohy

### Příloha č. 1

Copyright- all versions :

Medical Outcomes Trust 1996

Boston, MA U. S. A.

Health Services Research Unit, 1996

Oxford, Great Britain

Česká verze: 1/1999

CROCODILE o. s.

## 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

<b>Rodné číslo:</b>	..... / .....	
<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>Nemoc:</b>		<i>(položka ze seznamu nemocí)</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 |
| Dosti 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

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

	<b>Pořad</b>	<b>Většinou</b>	<b>Dost často</b>	<b>Občas</b>	<b>Málokdy</b>	<b>Nikdy</b>
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 pocíťoval(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 pocíťoval(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)

Pořad	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?

	<b>Jistě ano</b>	<b>Spíše ano</b>	<b>Nejsem si jist</b>	<b>Spíše ne</b>	<b>Určitě ne</b>
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

Datum: