

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Bc. Dominik Škopík

**Kvalita života u revmatologických pacientů**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. 6. 2022

Podpis: .....

Děkuji doc. PhDr. Mgr. Helena Kisvetrové, Ph.D. za cenné rady, vstřícnost při konzultacích a odborné vedení při zpracování této práce. Zároveň děkuji Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření.

## ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Diplomová práce
Téma práce:	Kvalita života u revmatologických pacientů
Název práce:	Kvalita života u revmatologických pacientů
Název práce v AJ:	Quality of life of rheumatological patients
Datum zadání:	2019-01-30
Datum odevzdání:	2022-07-08
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetřovatelství
Autor práce:	Bc. Dominik Škopík
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
Oponent práce:	

**Abstrakt v ČJ:** Hlavním cílem diplomové práce je zjistit úroveň kvality života u revmatologických hospitalizovaných pacientů na III. interní klinice Fakultní nemocnice Olomouc. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 231 pacientů, 76 (32,9 %) mužů a 155 (67,1 %) žen. Průměrný věk se směrodatnou odchylkou pacientů byl  $53,9 \pm 15,2$  roků. Pro sběr dat byla vytvořena dotazníková baterie, která zahrnovala standardizované verze dotazníků v českém překladu. Soubor hodnotících nástrojů byl zaměřený na kvalitu života (Dotazník kvality života 36 - Item Short Form Survey Instrument; SF-36), důstojnost (Patient Dignity Inventory; PDI-CZ), soběstačnost (Activities of Daily Living, ADL) a bolest (Numeric Rating Scale; NRS). Výsledky mnohonásobné lineární regrese realizované v rámci výzkumu této diplomové práce ukázaly, že pouze dva faktory – úroveň soběstačnosti a bolest – měly vliv na hodnocení kvality života ve všech doménách dotazníku SF-36. Třetím faktorem s vlivem na nejvíce domén (všechny domény mimo doménu Změna zdraví) byla důstojnost.

**Abstrakt v AJ:** The main objective of the diploma thesis is to determine the level of quality of life in rheumatological hospitalized patients at III. internal clinic of the University Hospital Olomouc. The questionnaire survey involved 231 hospitalized patients, 76 (32.9 %) men and 155 (67.1 %) women. The mean age with a standard deviation of patients was  $53.9 \pm 15.2$

years. A questionnaire battery was created for data collection, which included a standard version of questionnaires in Czech translation. A set of evaluation instruments was focused on quality of life (36 - Item Short Form Survey Instrument; SF-36), dignity (Patient Dignity Inventory; PDI-CZ), self-sufficiency (Activities of Daily Living, ADL) and pain (Numeric Rating Scale; NRS). The results of multivariate linear regression realized in the research of this diploma thesis showed that only two factors, the level of self-sufficiency and pain had an impact on the quality of life in all SF-36 questionnaires. The third factor with the influence of the most domains (all domains outside the health change) was dignity.

**Klíčová slova v ČJ:** Revmatologický pacient, kvalita života, SF-36, důstojnost, soběstačnost, bolest

**Klíčová slova v AJ:** Rheumatological patients, quality of life, SF-36, dignity, self sufficiency, pain

Rozsah práce:           Stran: 80           Přílohy: 3

# OBSAH

ÚVOD.....	7
1. REŠERŠNÍ ČINNOST .....	9
2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	12
2.1 Vymezení pojmu kvalita života .....	14
2.2 Význam sledování kvality života u revmatologických pacientů .....	17
2.3 Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života u revmatologického pacienta.....	18
2.3.1 Bolest.....	19
2.3.2 Úroveň soběstačnosti.....	20
2.3.3 Důstojnost.....	21
2.3.4 Socio-demografické vlivy .....	23
2.3.5 Další významné faktory .....	23
2.4 Nástroje pro sledování kvality života .....	26
2.5 Shrnutí teoretických východisek.....	30
3. METODIKA VÝZKUMU .....	32
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy.....	32
3.2 Charakteristika souborů .....	33
3.3 Metodika sběru dat.....	34
3.4 Realizace výzkumu .....	37
3.5 Metoda zpracování dat.....	37
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	38
4.1 Demografické charakteristiky souboru respondentů .....	38
4.2 Popisná statistika (míra polohy a variabilita) a reliabilita domén dotazníku SF 36 .....	40
4.3 Výsledky k jednotlivým cílům, ověření platnosti hypotéz .....	41
5. DISKUZE .....	54
6. ZÁVĚR.....	59
7. REFERENČNÍ SEZNAM .....	60
SEZNAM SKRATEK .....	66
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	68
SEZNAM TABULEK .....	69
SEZNAM PŘÍLOH .....	70

# ÚVOD

*„Člověk trpí vším, co miluje.“*

Erasmus Rotterdamský

Pojem kvalita života je nám znám od dvacátých let 20. století. Historicky je spojen s ekonomicko-politickými otázkami, ale až v 90. letech se stává samostatným objektem zkoumání. Svoji nezastupitelnou roli si získal v oblasti zdraví. V moderním ošetrovatelství se výzkumníci stále častěji zaměřují na vnímání kvality života u různých skupin pacientů. Pomocí vhodných nástrojů dokážeme identifikovat a měřit základní faktory ovlivňující vnímání zdraví. Zkoumání těchto faktorů umožňuje ošetrovatelskému personálu zaměřit se na významné ošetrovatelské problémy u jednotlivých skupin pacientů. Vnímání kvality života je velmi individuální, ovšem můžeme nalézt podobné znaky a identifikovat společné faktory ovlivňující hodnocení kvality života u dané skupinu pacientů. (Gurková, 2011, s. 13, 45)

Tato práce se bude zabývat zkoumáním kvality života u revmatologických pacientů. Výsledky budou dále porovnávány s hodnocením stupně soběstačnosti, vnímáním osobní důstojnosti, bolesti a vybranými socio-demografickými charakteristikami. Prevalence nejčastější revmatologické diagnózy, kterou je revmatoidní artritida, se odhaduje okolo 0,5 % až 1 %, u žen je až tři krát častější výskyt než u mužů. Prevalence celého spektra revmatologických onemocnění se v populaci pohybuje okolo 2 až 3 %. (Kwan et al., 2014, s. 1085-1087; Gezer et al., 2016, s. 847) Pacienti trpící revmatologickým onemocněním jsou často vystavováni otázkám disability, které jsou vyvolávány chronickou bolestí a funkčními změnami pohybového aparátu. (Bae et al., 2018, s. 1007-1008) Fausto et al. (2018, s. 541-553) ve své práci porovnával pět hlavních skupin revmatologických diagnóz, z jeho výsledků vyplívá postižení ve všech osmi doménách dotazníku kvality života 36 - Item Short Form Survey Instrument (SF-36). Takové postižení může vést až k nabourání psychického stavu a významnému ovlivnění vnímání kvality života a důstojnosti.

Teoretická část této práce bude prezentovat v základním přehledu aktuální poznatky týkající se kvality života u revmatologických pacientů a faktory, které ji mohou u této skupiny pacientů ovlivňovat. Ve výzkumné části bude popsána kvantitativní výzkumná metoda.

Dotazníkové šetření bylo realizované pomocí souboru standardizovaných dotazníků v české verzi. Tento soubor bude zahrnovat Dotazník kvality života 36 - Item Short Form Survey Instrument (SF-36), Dotazník důstojnosti pacienta (PDI-CZ), hodnocení úrovně soběstačnosti (Barthelové Index; BI) a nástroj na hodnocení bolesti (Numeric Rating Scale; NRS). Výzkum bude probíhat u pacientů na oddělení revmatologie III. Interní kliniky – nefrologické, revmatologické a endokrinologické Fakultní nemocnice Olomouc.

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit pomocí české standardizované verze dotazníku SF-36 jak hospitalizovaní revmatologičtí pacienti subjektivně hodnotí kvalitu svého života. Dílčí cíle se pak zaměří na zjištění, jak stupeň soběstačnosti, úroveň bolesti, vnímání osobní důstojnosti a základní socio-demografické charakteristiky ovlivňující kvalitu života u této skupiny hospitalizovaných pacientů.



# 1. REŠERŠNÍ ČINNOST

Vstupní literatura:

CHOCHINOV, Harvey et al. The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity – related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2008, č. 36, str. 559–571 [cit. 2022-02-15]. ISSN 0885-3924. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018>.

COONS, Stephen J. et al. A Comparative Review of Generic Quality-of-Life Instruments. *Pharmacoeconomics* [online]. 2000, č. 17, str. 13-35 [cit. 2021-11-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2165/00019053-200017010-00002>

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. *Praha: Grada*. 2011, str. 224. ISBN 978-80-247-3625-9

HNILICOVÁ, Helena a Vladimír BENCKO. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař* [online]. 2005, č. 85, str. 656-660. [cit. 2022-03-20] ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc06002308>

NORDENFELT, Lennart. The Four Notions of Dignity. Quality in Ageing and Older Adults [online]. 2005, č. 6, str. 17-21 [cit. 2021-06-25]. ISSN 1471-7794 Dostupné z: <https://doi.org/10.1108/14717794200500004>

VEENHOVEN, Ruut. The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies* [online]. 2000, č.1, str 1-39 [cit. 2022-02-02]. ISSN 1389-4978. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/254803698\\_The\\_Four\\_Qualities\\_of\\_Life\\_Ordering\\_Concepts\\_and\\_Measures\\_of\\_the\\_Good\\_Life](https://www.researchgate.net/publication/254803698_The_Four_Qualities_of_Life_Ordering_Concepts_and_Measures_of_the_Good_Life)

## ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

### VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: Revmatologický pacient, kvalita života, SF-36, důstojnost, soběstačnost, bolest

Klíčová slova v AJ: Rheumatological patients, quality of life, SF-36, dignity, self sufficiency, pain

Vyhledávací období: 2009-2021

Jazyk: český, anglický

Další kritéria: Odborná periodika, abstrakt v angličtině, články vztahující se k problematice

Nalezeno 177 článků

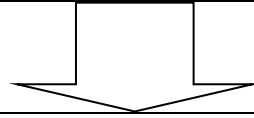
### VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

- Články s odlišnou tematikou
- Duplicitní články
- Nerecenzované články

### VYUŽITÉ ČLÁNKY

Acta Biomed, Advances in Clinical and Experimental Medicine, Advances in Rheumatology, Arthritis care & research, Clinical and experimental rheumatology, Clinical rheumatology (2), Cureus, Časopis lékařů českých, Česká Revmatologie (3), Health, Health and Quality of Life Outcomes (2), Health Care Anal, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, International journal of rheumatic diseases (2), Journal of Happiness Studies, Journal of Pain and Symptom Management (2), Journal Of Rheumatology, Kontakt (3), Modern Rheumatology, Musculoskeletal Care, Ošetřovatelství a porodní asistence, Pharmacoeconomics, Praktický lékař, Psychiatric Quarterly, Psychologie pro praxi, Quality in Ageing and Older Adults, Rehabilitation & Physical Medicine, Rheumatology,

Rheumatology International, Rheumatology International: Clinical and Experimental Investigations, Scandinavian Journal of Psychology, Seminars in Arthritis and Rheumatism, Turkish Journal Of Medical Ssciences, Vanderbilt University Press



Pro tvorbu diplomové práce bylo použito 42 článků

## 2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Kvalita života v současné době nemá zcela jasně vymezený koncept. Příčinou této skutečnosti je její multidimenzionalita a některé dosud neprobádané oblasti vědeckého výzkumu. Z historického hlediska se v oboru ošetrovatelství objevila poměrně nedávno. Teprve v devadesátých letech 20. století se začínají objevovat první vědecké zmínky o kvalitě života na poli ošetrovatelství. Během této krátké doby si problematika kvality života získala zájem mnoha výzkumníků a stala se v současném ošetrovatelství velmi diskutovaným tématem. Díky výzkumu, který se zaměřuje na kvalitu života, získáváme poznatky o subjektivních i objektivních aspektech života u různých skupin lidí s podobnými zdravotními problémy. (Hnilicová a Becko, 2005, s. 205-216)

Pro kvalitu života neexistuje jednotná univerzálně platná definice. V rámci moderního ošetrovatelství uvádíme ve vztahu ke zdraví koncepci kvality života dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 1995), která je popsána dále. Obecně se dá říci, že kvalita života je determinována zdravím, kvalitou a dostupností zdravotní péče a může být ovlivněna klinickými intervencemi. V dohledaných zdrojích se setkáváme především s psychologickými nebo medicínskými přístupy ke kvalitě života, avšak jen málo je jich zaměřených na oblasti ošetrovatelství. Přitom zjištění v rámci výzkumu kvality života mohou přinést pacientům značné benefity. (Gurková, 2011, s. 50-55) Zároveň je kvalita života deklarována jako jeden z výsledků ošetrovatelské péče. Úkolem ošetrovatelského personálu je udržet, podpořit, nebo navrátit kvalitu života do optimálních hodnot, které jsou pacientovy vlastní. Výzkum kvality života u revmatologických pacientů může přinést cenné informace o jejich prožitcích při vzplanutí onemocnění, remisi, nebo relapsu. Tyto získané informace se mohou stát cenným materiálem pro životy dalších pacientů a pomoci při poskytování vysoce specializované individuální péče. Koncept kvality života úzce souvisí s dalšími důležitými pojmy. Mezi ně patří lidské potřeby, zdraví, sebepéče, pohoda, aktivita i duchovní a existencionální rozměr života. (Gurková, 2011, s. 13, 45)

Přesto, že je kvalita života široký pojem, z pohledu zdraví můžeme kvalitu života rozdělit do roviny vnějšího a vnitřního vnímání spokojenosti. K rozlišení základních složek přispěl Veenhoven s teorií čtyř kvalit života. Vnímá kvalitu života z pohledu podmínek pro život, životaschopnosti jedince, užitečnosti života a porozumění zdraví. Dnešní ošetrovatelství

se zaměřuje na vnímání fyzických dopadů nemoci, které ovlivňují celkový blahobyt pacienta. (Veenhoven, 2000, s. 3-5)

Stěžejním nástrojem používaným pro hodnocení kvality života z pohledu pacienta se stal dotazník kvality života 36 - Item Short Form Survey Instrument (SF-36), který posuzuje kvalitu života v osmi doménách. Tyto domény se u jedince zaměřují na fyzickou funkci, fyzické role, tělesnou bolest, zdraví a vitalitu, sociální funkce, emoční role a duševní zdraví. Z dosud získaných empirických dat můžeme predikovat významné změny v oblasti fyzického a duševního zdraví u pacientů s revmatologickým onemocněním. (Závada et al., 2013, s. 123; Kwan et al., 2014, s. 1087-1088) Dle meta-analýzy Matchama et al. (2014, s. 123) byl vyšší věk pacientů spojený se snížením fyzické vitality, ale zlepšením skóre duševního zdraví. Další výsledky ukazují na vztah mezi lepším vnímáním fyzické bolesti a ženským pohlavím, avšak při současném snížení duševní pohody. Déletrvající průběh nemoci je spojen s lepším vnímáním onemocnění. V kontextu se zdravím revmatologických pacientů je důležité sledovat i jejich důstojnost. Pro potřeby této práce byl navrhnout kvantitativní design, průřezová studie s dotazníkovým šetřením. Soubor dotazníků se zaměřil na hodnocení kvality života (SF-36), vnímání osobní důstojnosti (PDI-CZ), úrovně soběstačnosti (Barthelové Index) a bolesti (NRS).

## 2.1 Vymezení pojmu kvalita života

Kvalita života je multidimenzionální koncept, který se vyvíjí od začátku první poloviny 20. století, a to zejména s akcentem na jeho ekonomický a politický význam. Multidimenzionalita kvality života je zapříčiněna širokým spektrem oblastí spojených s životem jedince, a to od fyzických funkcí, mobility a sebeobsluhy, přes oblasti sociální, až po emoční a spirituální složku, která je spojena s prožíváním štěstí, dosahování životních cílů a poznáním toho co kvalitu života utváří a čím je vyjádřena v životě jednotlivce. Teoretická základna a chápání kvality života bylo napříč její existencí utvářeno různými vnějšími vlivy, mezi které patřily zejména politická situace, společenské, sociální a ekonomické vlivy, pokrok v medicíně, nebo kulturní a historické aspekty života. Koncept kvality života tak dodnes nemá jednotnou a platnou definici ani metodologii zkoumání. Stále je tak předmětem různých interpretací bez všeobecně přijaté shody. (Gurková, 2011, s. 23) Některé obory chápou kvalitu života jako subjektivní vnímání pohody, tedy well-beingu, a naplněním potřeb a tužeb v závislosti na individualitě jedince. (Hnilicová a Becko, 2005, s. 205-216) Gurková (2011, s. 21) vysvětluje kvalitu života jako určitou „jakost,“ nebo „hodnotu.“ Můžeme ji za prvé vymežit jako naše očekávání, nebo tužby, a za druhé jako všeobecný pojem označení specifických charakteristik a atributů, které poskytují jedinci uspokojení. Kvalita života se tak dá vyjádřit jako kvantitativní, objektivní a měřitelný pojem, nebo jako kvalitativní oblast, která se zaměřuje na hodnotový systém jedince. Tím kvalita života zahrnuje i proces hodnocení. Babinčák (2014, s. 78) uvádí, že základními kritérii pro hodnocení teoretických koncepcí kvality života je rozsáhlost měření, struktura oblastí kvality života, důraz na subjektivní hodnocení, vyhnutí se příbuzným pojmům a její celková měřitelnost.

Pro správné zhodnocení kvality života si musíme položit otázku zaměřenou na to, jakou kvalitu života hodnotíme, popřípadě u koho ji hodnotíme, nebo co je předmětem našeho zkoumání. Pro studium ošetrovatelství je zásadní individuální život a otázky existence jedince. Na rozdíl od toho, je například v sociologii předmětem zkoumání stav kvality života obyvatel určitého národa, nebo menšiny. (Gurková, 2011, s. 45-49)

V našich životech se setkáváme s hovorovým slovním spojením „jak se daří.“ Běžně se tak dotazujeme na určitou míru aktuální pohody, nicméně tato formulace zcela nereflektuje aktuální kvalitu života a odpověď „dobře,“ nebo „špatně“ spíše popisuje aktuální stav vlastního

života ve vztahu k možným očekáváním, nebo s porovnáním života druhých lidí. (Veenhoven, 2000, s. 1-2)

Odborná literatura se zaměřuje na objektivní a subjektivní stránky kvality života. Jako objektivně žádoucí pro vysoké hodnocení kvality života je například dostupná a kvalitní zdravotní péče, finanční a pracovní jistoty, sociální zázemí, nebo třeba zdravotní stav. Z pohledu jedince a jeho vnitřních prožitků může být hodnocení subjektivní a objektivní kvality života v rozporu. Zatímco při objektivním měření zhodnocujeme jeho možnosti v životě, ve stránce subjektivní zkoumáme hodnotový systém a dopady jednotlivých faktorů na změny ve vnímání kvality života. (Hnilicová a Becko, 2005, s. 205-208; Gurková, 2011, s. 58-59)

Podle Veenhovena (2000, s. 10-11) je kvalita života chybně zaměňována s těmito příbuznými pojmy jako pohoda a spokojenost, nebo v minulosti štěstí a blahobyt. Veenhoven označuje toto chápání za chybné, protože dostatečně nereprezentuje skutečnost, jak se nám v životě daří uspět. Vnímá kvalitu života jako životní šance a výsledky z nich plynoucí a vnitřními a vnějšími kvalitami jedince. Je třeba kvalitu života chápat jako soubor, který je obecně velmi těžké přesně definovat. Vždy vychází z individuality jedince a subjektivnímu vnímání sebe a okolí. Některé modely kvality života vychází právě z aspektu hodnotového žebříčku a kvalita života je proto definována jako to, co posuzovaná osoba sama vnímá jako kvalitu života. Modely zdůrazňují, že by hodnocení mělo být vytvářeno samotným respondentem. Vychází z předpokladu, že kvalita života není všeobecně platná pro všechny lidi stejně. Jedinec tak reprezentuje svoji kvalitu života, jako množství komponent s vlastní silou/hodnotou. Výsledkem tak jsou subjektivně vnímané faktory ovlivňující míru kvality života. (Gurková, 2011, s. 55-56)

Obecně můžeme jednotlivé oblasti kvality života rozdělit na fyzickou mobilitu, bolest, spánek, energie, sociální izolaci, emocionální reakce, zaměstnání, sociální život, domácí práce a domácí život, sex, zájmy, koníčky a poznání. Podle Veenhovena modelu kvality života jsou zásadními faktory ovlivňující kvalitu života čtyři hlavní oblasti rozdělené na životní šance a výsledky a vnější a vnitřní kvality jedince. Životní šance tvoří potencionální kvality života, v níž je zařazeno environmentální prostředí a takzvané life-ability, životaschopnost. Je třeba si uvědomit, že environmentální prostředí není v závislosti na materiálních podmínkách, nejedná se ani tak o kvalitu bydlení, jako o příležitosti, které nabízí. Life-ability označuje vnitřní šance, tedy vlastní vybavenost jedince vypořádat se s životem. V psychologii bychom se bavili o mentální síle, v oblasti biologie o adaptabilitě organismu. Ošetřovatelství a medicína life-ability chápe jako celkové zdraví jedince, podobně jako v modelu zdraví WHO.

Dále popisuje dva druhy životních výsledků. Vnější je užitečnost života, který můžeme chápat také jako smysl života, nebo význam vlastního bytí. Pochopení vlastního bytí je velmi složité, přesto může být člověk užitečný, aniž by to věděl. Vnitřními životními výsledky je ocenění života. Toto hodnocení zůstává na pozorovateli, který je schopný racionálně posoudit dosažené životní cíle, které se stávají v očích jedinců často nepodstatné. (Veenhoven, 2000, s. 4) Gurková (2011, s. 50-51) dále popisuje kvalitu života jako spokojenost/nespokojenost se životem plynoucí z rozporu vlastních očekávání a z naplnění životních cílů a možností. Při hodnocení kvality života nesmíme zapomínat na individuální hodnocení životních podmínek. Je kladen důraz na subjektivní vnímání, zdůrazňuje se multidimenzionalita a hodnocení vyplývá z míry celkové životní spokojenosti a pohody. Výsledkem zkoumání kvality života není aktuální zdravotní stav nebo závažnost onemocnění. Někdy mylně interpretujeme výsledky měření kvality života jako kvality zdraví.

Jednou z nejuznávanějších koncepcí kvality života v oblasti ošetrovatelství a medicíny je definice dle Světové zdravotnické organizace: *„Kvalita života je subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem“* (WHO, 1995). Model se opírá o oblasti fyzického a psychického zdraví, nezávislosti, sociální situace, prostředí a spirituality.

Pro měření úrovně kvality života byl vytvořen nástroj WHOQOL-100, později jeho zkrácená verze - WHOQOL-BREF, který má dodnes velký význam při studii kvality života, především v oblastech ošetrovatelství a medicíny. Navzdory rozšíření a popularitě má několik základních nedostatků. Podle některých autorů není tento koncept dostatečně podložený teorií a zároveň je měřicí nástroj zaměřen spíše na spokojenost s vybranými oblastmi života jedince než na jeho skutečnou kvalitu. (Veenhoven, 2000, s. 25-26; Babinčák, 2014, s. 81)

Dnešní ošetrovatelství je úzce spojeno s holismem, naplňováním potřeb, zaváděním vědeckých poznatků do praxe (Evidence Based Practice, EBP) a dostupnou zdravotní péčí. K jeho hlavním cílům nedomyslitelně patří podpora, udržení a navrácení zdraví jedinci, stejně jako rozvoj soběstačnosti a zajištění důstojného umírání. Ošetrovatelství tak nelze redukovat jen na výsledek jednotlivých postupů, ale na přínos člověku a jeho životu. Významné jsou tak okolnosti, čas i situace, ve kterých danou osobu posuzujeme. Tak jako se může měnit subjektivní vnímání a definování zdraví jedincem v souvislosti s výskytem chronických či jiných onemocnění, může se měnit i subjektivně vnímaná kvalita života. Kvalita života je tedy proměnlivým stavem. (Olišarová et al., 2012, s. 14)



## 2.2 Význam sledování kvality života u revmatologických pacientů

Vysoká úroveň kvality života se stává cílem dnešní moderní společnosti a v oboru ošetrovatelství si našla svoji nezastupitelnou roli. Do popředí se dostává zájem o problematiku udržitelnosti zdraví, respektive být aktivní a vést produktivní život do vysokého věku. Výstupem ošetrovatelské péče musí být proto snaha o zvyšování úrovně kvality života, nebo její zachování. (Bergsten et al., 2014, s. 194-197) Výzkum kvality života nám pomáhá determinovat základní faktory ovlivňující její hodnocení a cílit poskytovanou péči na problematiku domény pacientova života. Progresivní zánětlivá onemocnění, jakými jsou právě revmatologické choroby, mají významné dopady na zdravý život pacientů a jejich kvalitu života, především pokud se primárně jedná o postižení periferních kloubů, nebo systémová postižení pojivové tkáně. To má za následek zásah i do fyzické a duševní pohody jedinců. Lidé trpící těmito onemocněními mohou pociťovat socioekonomické dopady onemocnění jako náhlé změny v životním stylu, změny v ekonomickém statusu, nebo ztrátu zaměstnání. To vše se promítá do zásadních dimenzí vnímání kvality života. (Irfan et al., 2020, s. 7-10) Ve vztahu ke zdraví, někteří autoři rozlišují pět zásadních dimenzí kvality života:

1. délka života a délka života ve zdraví;
2. zdravotní stav obyvatel;
3. úroveň zdravotní péče;
4. zdravotní chování a zdravotní gramotnost;
5. ekvita ve zdraví. (Maussen, 2018, s. 26-31)

Pro revmatologické pacienty je hodnocení kvality života vhodným nástrojem pro posouzení jejich aktuálního celkového stavu pohody. Informuje nejen o míře fyzické vitality, ale také o sociální, emoční a spirituální složce zdraví, reflektuje informace o míře kvality života ve světě (napříč různými skupinami lidí i mezi jednotlivci) a přináší poznatky, co kvalitu života utváří, co ji posiluje a co naopak oslabuje. Umožňuje tak ucelený náhled do pacientova života. Pacienti trpící revmatologickým onemocněním vykazují výrazně horší výsledky v hodnocení fyzického zdraví a soběstačnosti vůči běžné populaci než v doménách prožívání, sociálních vztahů, prostředí, nebo spirituality. Přesto nemůžeme opomíjet tyto oblasti v poskytování ošetrovatelské péče a jejich zkoumáním můžeme velmi efektivně cílit na specifické potřeby těchto pacientů. Hodnocení kvality života nám i pacientům přináší srovnání výsledků v čase,

jakým způsobem je kvalita života chápána, což umožňuje poznání a pochopení individuálních prožitků pacienta, rozeznání příčin jeho trápení s následkem změny v chování. Přináší nám identifikaci významných ošetrovatelských problémů, díky kterým jsme schopni stanovit standardy kvalitní ošetrovatelské péče s jasně určenými cíli pro zhodnocení efektu prováděných ošetrovatelských intervencí. Prostřednictvím hodnocení kvality života tak dokážeme interpretovat výsledky našich prováděných intervencí. (Gurková, 2011, s. 15-17;21-22; Kaas a Tóthová, 2017, s. 171-176; Hall, 2019, s. 45)

Celkové dopady výzkumu kvality života mají pro pacienty značné benefity. Umožňuje pacientům úzkou spolupráci s ošetrovatelským týmem, možnost kontrolovat rizikové faktory, které ovlivňují úroveň jejich kvality života a cílit ošetrovatelskou péči na problematické oblasti s cílem zvyšovat schopnost pacientovy nezávislosti. Výzkum kvality života vede k lepšímu pochopení nemoci a potřeb vycházejících z onemocnění. Kvalita života je neodmyslitelnou součástí soudobého ošetrovatelství, proto je nezbytné dále rozvíjet její teoretickou základnu. (Gurková, 2011, s. 50-55; Maussen, 2018, s. 26-31)

## **2.3 Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života u revmatologického pacienta**

Revmatologie je podobor vnitřního lékařství, který se zabývá především zánětlivými a autoimunitními onemocněními postihujícími nejen pohybový aparát, ale v podstatě všechny orgánové systémy těla. Revmatická onemocnění zahrnutí téměř sto diagnóz. Nejčastějšími revmatickými onemocněními jsou revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida, osteoartritida a fibromyalgie. Společným jmenovatelem revmatických onemocnění je, že jsou obvykle dlouhodobá, přecházející do chronicity a ovlivňují každodenní život pacienta, včetně výskytu symptomů bolesti, únavy a problémů s fyzickou aktivitou a výkoností. (Bergsten et al., 2014, s. 194-197) Prevalence revmatoidní artritidy se odhaduje okolo 0,5 % až 1 %. U žen je až tři krát častější výskyt než u mužů. Prevalence celého spektra revmatologických onemocnění se pohybuje okolo 2 až 3 %. (Kwan et al., 2014, s. 1085-1086; Gezer et al., 2016, s. 847)

Fausto et al. (2018, s. 541-553) ve své práci porovnával pět hlavních skupin revmatologických diagnóz. Výsledky jejich studie ukázaly, že došlo ke změnám ve všech osmi

doménách kvality života hodnocení pomocí dotazníku SF-36. Pacienti se zánětlivým postižením vykazovali horší výsledky kvality života než pacienti bez artritidy. Dále byla nalezena spojitost mezi změnami fyzických funkcí a úrovní mobility. Revmatoidní artritida měla zásadní dopady na oblasti bolesti, vykonávání běžných činností a plnění sociálních rolí. Právě šíře těchto patologických poruch vyžaduje, aby se při hodnocení kvality života definovaly základní faktory ovlivňující její úroveň a vnímání. Předchozí studie potvrzuje závěry výzkumu autorů Irfan et al. (2020, s. 1-2) u pákistánských pacientů. Jejich výzkum se zaměřil na hledání faktorů, které mohou ovlivňovat kvalitu života u pacientů s revmatoidní artritidy. Jak ukázaly výsledky této studie, fyzické obtíže byly spojeny kromě úrovně soběstačnosti, také se závažností onemocnění. Dalším prediktorem fyzického zdraví byl finanční příjem, výskyt symptomů úzkosti a deprese, úroveň vzdělání, kvalita spánku a další komorbidity. Mentální zdraví bylo negativně ovlivněno výskytem úzkostí, deprese a únavy.

Pro skupinu revmatologických onemocnění jsme v dostupných zdrojích hledali hlavní společné faktory, které jsou detailněji popsány níže.

### **2.3.1 Bolest**

Bolest vnímáme jako základní projev většiny revmatologických onemocnění. Bývá prvním varovným příznakem a promítá se téměř do všech oblastí kvality života. Bolest se nepochybně odráží v psychické kondici pacienta a ovlivňuje jeho sociální fungování. Vzhledem k multidimenzionálnímu charakteru bolesti je nutné pro úspěšnou léčbu zapojit do terapie pacienta. Je nezbytné podporovat vzájemnou komunikaci a rozšiřovat jeho znalosti o onemocnění (Pytel et al., 2017, s. 1411-1418) Autoři jako Colangelo et al. (2009, s. 2231–2237), Čalfová et al. (2011, s. 166-167), Bergsten et al. (2014, s. 194-197) nebo Gezer et al. (2016, s. 847) označují projevy bolesti jako jednu z hlavních příčin nízké kvality života. Bolest významně ovlivňuje bodové hodnocení kvality života a její vysoká úroveň se prokazatelně pojí s nízkou úrovní kvality života.

Bolest je častým příznakem u pacientů s revmatologickým onemocněním a obecně progreduje do chronicity. Ačkoli její etiologie není přesně známa, usuzuje se na kombinaci faktorů akutního zánětu, únavy, poruch spánku, psychosociálních faktorů a náhlé invalidity. Výzkum realizovaný v roce 2017 v České republice autorským kolektivem Kaase a Tóthová odhalil ve výzkumném souboru tvořeném 200 pacienty s revmatoidní artritidou výskyt bolesti až v 98,5 % případech. Bolest zde byla definována jako základní faktor ovlivňující domény Fyzické zdraví a Nezávislost v souvislosti s kvalitou života. (Kaas a Tóthová, 2017, s. 171-176)

Další výzkum zaměřený na revmatologické pacienty realizovala skupina autorů Larice et al. (2019, s. 271-273), která u pacientů s revmatoidní artritidou zjišťovala vliv emocionálního fungování na subjektivní prožívání bolesti. Výsledky této studie poukazují na hodnocení katastrofické bolesti ve vztahu k negativnímu vzorci chování, které zahrnuje jak kognitivní, tak emocionální složky a je spojena s vysokou úrovní psychického distresu. Vysoké hodnocení bolesti tak může být ovlivněno pocity bezmoci, strachem z podstoupené léčby, nebo jejími výsledky. Také Gregová (2020, s. 108-114) považuje vlivy chronické zánětlivé bolesti zad u pacientů se spondyloartritidou za stěžejní faktor při měřeních kvality života. Výskyt bolesti zánětlivého charakteru by měl pacienta přivést k jeho lékaři, který by ho následně měl odeslat ke specializovanému revmatologickému vyšetření. Cenné informace přinesla rovněž německá studie Offenbaechera et al. z roku 2021, ve které se jasně neprokázal vliv bolesti na úroveň kvality života. Studie dále poukazuje na vliv deprese u pacientů s fibromyalgií, stejně jako na vlivy sociálních změn spojených se životem s nemocí. Depresivní symptomy nebo komorbidní deprese mají velký dopad na pacienty s chronickou bolestí. Tyto stavy spolu s úzkostí mají vliv na vnímání intenzity bolesti, interferenci bolesti a funkční omezení z ní vyplývající. (Offenbaecher et al., 2021, s. 1995-2006) S tímto tvrzením souhlasí i další autoři, kteří mluví o bolesti jako o akcelerátoru nepohody. (Bae et al., 2018, s. 1007-1008; Zhou et al., 2020, s. 2337)

### **2.3.2 Úroveň soběstačnosti**

Čalfová et al. (2011, s. 166-167) ve své práci popisují změny ve funkční a fyzické mobilitě jako typický projev revmatoidní artritidy. Z živitele rodiny se stává příjemce péče, zvyšuje se jeho závislost na druhé osobě a nepříznivě se mění jeho sociální úloha. S ohledem na základní charakter nemoci jsou pacienti omezováni v každodenním fungování a dopady nemoci tak mohou být na hodnocení kvality života značné. Matcham et al. (2014, s. 123) popisují významné změny ve vnímané kvalitě života, ke které dochází při snížené úrovni soběstačnosti. Pacienti s revmatoidní artritidou mají jednoznačně prokázanou horší kvalitu života v oblastech fyzického zdraví a nezávislosti. Autoři Kaas a Tóthová (2017, s. 171-176) popisují, že negativní změny ve fyzickém zdraví nejsou ničím překvapivým. Chronická bolest představuje trýznivý prožitek v každodenním životě pacienta. Na druhou stranu je bolest závislá na aktivitě onemocnění a adekvátní terapii, takže její význam v hodnocení kvality života může značně kolísat. Jeho studie prokázala až v 92,5 % případech výskyt různého stupně pohybového omezení nebo změn ve fyzických funkcích. U 40,5 % dotazovaných se potvrdily problémy při

vykonávání každodenních činností. Svoji roli zde může hrát i hodnota BMI pacienta. Autorský kolektiv Zhu et al. (2010, s. 1415) prokázal, že pacienti trpící nadváhou nebo obezitou vykazují horší výsledky hodnocení kvality života, a to především v oblasti fyzických funkcí. Bae et al. (2018, s. 1007-1008) ve své studii zdůrazňuje význam postupného snížení fyzické mobility a síly, jakožto hlavního faktoru, který ovlivňuje kvalitu života u těchto pacientů. Výsledky této studie poukazují na vliv délky onemocnění na zhoršení mobility, která vede ke zhoršení subjektivního vnímání kvality života. Rovněž u pacientů s diagnózou systémového lupusu erythematoses bylo španělskou studií prokázáno, že snížení mobility a neschopnost provádět každodenní běžné činnosti se významně pojí s nízkým hodnocením kvality života. Mobilita byla také negativně ovlivněna věkem, kdy vyšší věk pacientů byl spojen s nižším hodnocením mobility. (Ivorra et al., 2019, s. 1857-1860)

Postupné zhoršování úrovně mobility má za následek zvýšení fyzické námahy potřebné pro vykonávání běžných každodenních činností, které jsou spojeny nejen se sebeobsluhou, ale také s údržbou svého domácího prostředí. Pro pacienta se stávají běžné úkony nerealizovatelné a zvyšuje se jeho závislost na pomoci druhé osoby. Život s revmatoidní artritidou s sebou přináší řadu překážek ze strany pochopení chronicity onemocnění a fyzických obtíží, které dopadají na velkou část pacientů. Na fyzickou složku zdraví se významně podepisuje výskyt dalších faktorů, jako jsou projevy úzkosti a deprese a kvalita spánku. Podle některých publikovaných studií hraje svou roli ve fyzickém zdraví i finanční zajištění jedince, které se může zhoršit na základě dlouhodobé pracovní neschopnosti, nebo trvalé neschopnosti vykonávat své dosavadní povolání. Příčiny jsou změny v mobilitě, jeho průčeschnosti a funkční změny na pohybovém aparátu. Do popředí se tak dostává i otázka finančních možností pacienta a jeho vlastním podílu na léčbě onemocnění, nákupu kompenzačních pomůcek a zajištění vhodných podmínek pro bydlení. (Xavier et al., 2019, s. 7-9; Irfan et al., 2020, s. 7-10)

### **2.3.3 Důstojnost**

Stejně jako kvalita života, i důstojnost je dle Jacobsonové (2012, s. 180) koncept multifaktoriální a velmi komplexní. Důstojnost je zásadní pro well-being každého člověka a má svůj nesporný význam pro subjektivní vnímání kvality života konkrétního jedince. Ačkoli se o lidské důstojnosti zmiňují důležité a závazné dokumenty, autoři věnující se dané problematice nenašli společnou a jasnou definici pojmu důstojnosti, podobně jako v případě jednotného modelu kvality života.

Dle teoretického modelu důstojnosti, který zveřejnil Nordenfelt (2005, s. 17) je jednou ze čtyř typů důstojnosti vlastní identita, která je vázána na vnímání integrity těla a může být narušena různými vnějšími vlivy. Mezi ně patří zejména vrozená vývojová vada, úraz a onemocnění s dlouhodobými nebo trvalými následky. Bode et al. (2010, s. 677-683) ve své práci objasňuje vztah mezi funkčním omezením a subjektivním vnímáním osobní důstojnosti jedince. Onemocnění zasahuje i do oblastí mobility a sebeobsluhy a má tak vliv na schopnost vykonávat běžné každodenní aktivity, jako jsou například používání toalety nebo osobní hygiena. Základní lidské potřeby, mezi které hygiena a vyprazdňování patří, jsou velmi citlivou oblastí a pečovatel by měl vždy dbát na respektování intimity pacienta, která představuje jednu z významných aspektů důstojnosti. Do hodnocení úrovně kvality života tak nesporně zasahuje vnímání osobní důstojnosti, jakožto jeden z významných faktorů.

Celková psychická pohoda pacienta je jedním z předpokladů pozitivního vnímání osobní důstojnosti. Výsledky výzkumů autorů DiRenzo et al. (2020, s. 1-13), Berner et al. (2018, s.1-10) a Gezer et al. (2016, s. 851) podporují asociaci mezi výskytem úzkosti a deprese a hodnocením důstojnosti ve vztahu ke kvalitě života. Pocity úzkosti a deprese narušují vnímání vlastního „já“ a mohou přispívat k neschopnosti jasně uvažovat a rozhodovat se. Pacienti mohou trpět představami, že již nejsou vážení a užiteční, nebo že nejsou schopni zastávat své sociální role v závislosti na omezení mobility, nebo soběstačnosti. Revmatologickým pacientům často onemocnění zasahuje do jejich identity. Onemocnění ovlivňuje jejich vnější obraz těla a pacienti mohou pociťovat silné obavy o budoucnost. Pokud tak chceme objektivně zhodnotit kvalitu života u revmatologického pacienta, musíme zároveň hodnotit i vlivy vnímání jeho osobní důstojnosti. Výsledky studie autorky Jorge et al. z roku 2010 u pacientů s revmatoidní artritidou ukazují význam tělesného obrazu a sebevědomí pacienta a jejich korelaci s úrovní kvality života. Prokázal se vliv vnímání změn tělesného obrazu na hodnocení kvality života. Signifikantnější výsledky byly v rámci pohlaví nalezeny u žen (Jorge et al., 2010, s. 491-495). S touto studií se shodují výsledky autorského kolektivu Bode et al. (2010, s. 677-683), kde byl prokázán vliv sebeúcty, která představuje jednu ze složek osobní důstojnosti, na celkové hodnocení kvality života u pacientů s revmatologickým onemocněním.

### 2.3.4 Socio-demografické vlivy

K základním socio-demografickým charakteristikám, které mohou mít vliv na hodnocení kvality života pacienta, můžeme zařadit pohlaví, věk, vzdělání a sociální status. Studie Gezera et al. (2016, s. 850) porovnávala dvě věkové skupiny pacientů s revmatoidní artritidou a zjistila, že pacienti nad 65 let vykazovali vyšší hodnocení bolesti a nižší soběstačnost. Nicméně ve výsledcích hodnocení kvality života významný rozdíl nebyl. Výsledky poukazují na celkový zásah onemocnění do zdraví pacientů, bez ohledu na věk nebo intenzitu bolesti. Také studie autorky Bernerové et al. (2018, s. 1-3) se zaměřila na zjištění rozdílů u jednotlivých věkových skupin. Zkoumala, zda chronické onemocnění, jako je právě revmatoidní artritida, má silnější dopad na mladší pacienty, protože se předpokládá, že silněji pocítují dopady onemocnění a způsobená omezení. Zároveň studie poukazuje na další socio-demografické charakteristiky pacienta s revmatoidní artritidou, jako je pohlaví, vzdělání, nebo sociální status. Výsledky se shodují s meta-analýzou Matchama et al. (2014, s. 123), kde byla nalezena spojitost mezi vyšším věkem pacientů a vyšším skóre duševního zdraví. Další výsledky ukazují lepší vnímání fyzické bolesti u žen, avšak zároveň snížení duševní pohody. Dalším zjištěním byla skutečnost, že déletrvající průběh nemoci byl spojen s lepším vnímáním onemocnění. Uvedené výsledky jsou v rozporu se závěry autorů Ivorry et al. (2019, s. 1857-1860), kteří ve své studii popisují spojitost mezi vyšším věkem pacientů a horším hodnocením kvality života.

Nagyová et al. (2019, s. 106) prokázali rozdílnost vnímání intenzity bolesti u mužů a žen a její vliv na kvalitu života s revmatoidní artritidou. Studie dále prokázala účinky psychického distresu a úzkosti na úroveň bolesti. V klinickém měření byl nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím kvalitu života u mužů bolest, u žen navíc hráli svůj význam i sociodemografické a psychologické proměnné. Autoři Jorge et al. (2010, s. 491-495) popisují rozdílné vnímání fyzických dopadů nemoci na populaci mužů a žen. Ženy intenzivněji vnímaly fyzické změny v tělesném obraze, které s sebou revmatoidní artritida nese, a vykazovaly nižší úroveň kvality života než muži.

### 2.3.5 Další významné faktory

Mezi další významné faktory, které ovlivňují hodnocení kvality života, můžeme zařadit dle dohledaných studií depresi, poruchy spánku, únavu a vyčerpání. Z těchto zmíněných faktorů

je zřejmě nejdůležitější spánek. Snížená kvalita spánku má za následek zvýšené hodnocení bolesti, a také je spojována s vyšším výskytem úzkostí, depresí a únavy a snížením fyzické vitality. (Gezer et al., 2016, s. 851) DiRenzo et al. (2020 s. 1-13) zkoumali dopady úzkosti a deprese na kvalitu života u pacientů s revmatoidní artritidou. Ze 196 účastníků studie pocíťovalo až 27 % účastníků úzkost a 32 % trpělo příznaky deprese. Skóre úzkosti a deprese bylo spojeno s významně horšími průměrnými skóry napříč doménami kvality života. Deprese, fyzické funkce a únava predikovaly vyšší úroveň úzkosti, zatímco pouze úzkost korelovala s vyšší úrovní deprese. Aktivita onemocnění neměla zásadní vliv na emoční pohodu, ovšem dopady onemocnění zasahovaly i do zbylých domén kvality života. V singapurské studii autorů Kwana et al. (2014, s. 1085-1087) u pacientů s revmatoidní artritidou byl nalezen vztah kvality života a výskytu symptomů bezmoci. Pacienti pocíťující bezmoc měli výrazně nižší hodnocení kvality života oproti normám šetření SF-36. Výsledky ukázaly hlavní změny v doménách Fungování fyzických rolí a Fungování emocionálních rolí.

Studie autorů Besirli et al. (2020, s. 53-64) porovnávala vztah úzkostí, depresí a sebevražedných představ u pacientů s revmatoidní artritidou na kvalitu života. Bylo zjištěno 54 % případů deprese a u 30 % byly nalezeny symptomy úzkosti. Výsledky mohou být zkresleny poměrně nízkým počtem respondentů (n=50) oproti jiným studiím. Dle autorů studie faktory, jako bolest, snížení mobility, předchozí negativní zkušenost, sociální status vedou k zhoršení kvality zdraví a mohou vést k tendenci sebevražedného myšlení, které je v rozporu vést kvalitní život. Pokud jsou tak u pacienta detekovány známky deprese, nebo úzkosti neměly by být považovány za běžnou reakci pacienta na onemocnění a neměly by být ponechány bez odborné psychiatrické léčby.

Výzkum autorů Lee et al. z roku 2020 přinesl zajímavé poznatky o vnímání kvality života ve vztahu k únavě. Právě únava pacienta je odrazem fyzické námahy a vyčerpání spolu s prožívanou bolestí, ať somatickou, nebo psychickou. Studie prokázala jednoznačný vliv únavy na vnímání kvality života. (Lee et al., 2020, s. 1088-1093) S tímto tvrzením souhlasí i průřezová studie z roku 2020 od autorů Zhou et al., který ve svých výsledcích uvádí incidenci únavy až ve 47,8 % případech a uvádí tak faktor únavy jako jeden z hlavních, které ovlivňují úroveň kvality života a schopnost dosahovat stanovených cílů. (Zhou et al., 2020, s. 2337) Vysoká incidence únavy byla zjištěna i v případě výzkumu autorů Kaase a Tóthové (2017, s. 171-176), kde trpělo různou intenzitou únavy téměř 94 % dotázaných. Středně až závažnou formou únavy trpělo 76 % respondentů. Další relativně častým problémem byla oblast spánku a odpočinku, ve které mělo 37 % dotázaných nějaký problém. Autor uvádí faktor



spánku a kvalitního odpočinku jako zásadní v životech pacientů s revmatoidní artritidou a neměl by být z klinického hlediska opomíjen, jelikož tvoří zásadní část našich životů. Čalfová et al. (2011, s. 166-167) uvádí jako další postižené oblasti kvality života změny v sociálních rolích pacientů. Kritickými okamžiky v jejich životech se může stát ztráta pracovní pozice, nebo neschopnost nadále vykonávat své povolání. Progresivní postižení, jako je revmatoidní artritida má stále významnější sociální dopady, především když v průměru každý třetí pacient není schopen vykonávat žádnou placenou profesi. Onemocnění je spojeno se ztrátou produktivity, ztrátou schopnosti výdělků a finanční zátěží nejen pro pacienta, ale často pro celou rodinu. Pacienti nejsou připraveni na náhlou změnu způsobu života, a proto je důležité je upozornit na význam jejich spolupráce v terapii. (Pytel et al., 2017, s. 1411-1418) Dle studie Xaviera et al. (2019, s. 1-9), jejíž výzkumný soubor tvořili latinsko-američtí respondenti, je hlavním omezením na pracovišti pro pacienty s revmatoidní artritidou při pracovní činnosti jejich neschopnost až v 84 % případů se skrčit, kleknout, ohýbat se nebo pracovat v určitých polohách. Zvedání, přenášení nebo přemisťování předmětů je pro tyto pacienty obtížné až v 80 %. Takové omezení s sebou nese významný diskomfort při vykonávání většiny povolání. Výsledky této studie zdůrazňují vliv včasného managementu onemocnění se zaměřením na individualitu pacienta. Včasné řešení finančních otázek a práce schopnosti přináší lepší hodnocení v doménách kvality života. Xavier et al. (2019, s. 7-9) dále upozorňují na významný pokles v hodnocení kvality života v souvislosti s nízkým hodnocením pracovní aktivity. Toto zjištění je v souladu s českou studií autorů Kaase a Tóthové (2017, s. 171-179), kde byl u 20 % respondentů potvrzen problém s pracovní výkonností a čtvrtina respondentů uvedla nespokojenost s touto dimenzí života.

Svůj význam při hodnocení kvality života pacientů s revmatologickým onemocněním mohou hrát i další faktory, jako je spiritualita, sociální vztahy, prostředí, nebo prožívání. Jejich vliv však nebyl dosud při porovnání se zdravou populací jednoznačně prokázán. Přesto není jejich význam v pojetí kvalitě života zanedbatelný a pro některé jedince může mít zásadní význam pro subjektivní hodnocení kvality svého života. (Kaas a Tóthová, 2017, s. 171-179)

## 2.4 Nástroje pro sledování kvality života

Kvalita života se v ošetrovatelství i v medicíně nejčastěji využívá jako jeden z ukazatelů efektivity a výsledků zdravotní péče a může se podílet na efektivní alokaci zdrojů. (Hall, 2019, s. 45-47)

V dnešní době využíváme kvalitativní a kvantitativní měření pro získání dat a následného vyhodnocování úrovně kvality života. Z kvalitativních klinických metod je to rozhovor, který dále dělíme na strukturovaný a nestrukturovaný. Kvantitativní testovou metodou jsou dotazníková šetření. Svou roli při individuálním měření hraje i kvalitativní metoda pozorování. Z hlediska četnosti je však dotazník nejpoužívanější nástrojem sběru dat. Základní kritéria pro testovací metody jsou objektivita, reliabilita, validita, citlivost na změnu a měly by být standardizované. Ne u všech používaných testů jsou tyto podmínky splněny a je třeba zvážit jejich výpovědní hodnotu, a zda je vhodné tyto testy dále využívat. (Gurková, 2011, s. 116-118)

Vhodný nástroj pro měření kvality života vybíráme dle faktorové analýzy, což je průzkumná technika, která hledá hypotetické, nepozorovatelné, latentní proměnné. Cílem je získat nezávislé faktory ovlivňující vnímání kvality života u dané skupiny. Faktorová analýza seskupuje proměnné a vyjadřuje jejich vzájemnou propojenost a umožňuje náš výzkum cílit na problematické domény. Při výběru měřicího nástroje je potřeba si položit otázku, koho, nebo co budeme zkoumat, a jaké výsledky očekáváme. Zda je hodnotící nástroj multidimenzionální, nebo obsahuje jen specifické položky, oblasti, či domény. (Gurková, 2011, s. 121)

Dále jsou popsány vybrané nástroje pro měření úrovně kvality života.

### **MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)**

Kvalita života je zde prezentována jako hodnocení spokojenosti s řadou přesně definovaných dimenzí života v určitém okamžiku. Dotazník se skládá položek, které hodnotí zdraví, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, bezpečnostní situaci, právní stav, životní prostředí, finanční situaci, náboženství (víru), volnočasové aktivity a zaměstnání. Celý soubor položek je seskupen do dvou oblastí kvality života, a to prostředí a aspekty života a zdraví. Dotazník zohledňuje vnitřní i vnější příležitosti jedince, nicméně přesně nereflektuje změny ve zdraví a jeho vliv na kvalitu života. Na rozdíl od jiných nástrojů dokáže ale poměrně komplexně posoudit aktuální hodnotu kvality života na bio-psycho-sociální bázi. Dotazník je složen z 16

položek, z nich 12 je tvořeno sedmi stupňovou Likertovou stupnicí a čtyři jsou dichotomické uzavřené otázky s možností odpovědi „ano“ nebo „ne“. (Ivarsson et al., 2010, s. 287-295)

### **Metoda HUI (Health Utility Index)**

Health Utilities Index (HUI) byl původně vyvinut v Kanadské McMasterské Univerzitě, následně byl převzat a upraven Health Utilities Incorporation, jako HUI-2 a HUI-3 s účelem vytvořit standardizovanou klasifikaci kvality života. HUI je založena na preferencích a subjektivním názoru konkrétního pacienta. Nástroj byl vytvářen jako multidimenzionální pro využití v co největším počtu vědeckých odvětví.

HUI-2 se skládá ze sedmi domén zahrnující pocity, pohyblivost, emoce, kognici, mobilitu, bolest a fertilitu. Plodnost se v současnosti v dotazníku HUI-2 nepoužívá. Účastníci, kteří odpovídají na každou položku, si vyberou jednu ze tří až pěti možností na Likertově stupnici. Metoda HUI-2 má celkem na 24 tisíc unikátních kombinací odpovědí. Inovací se měl stát klasifikační systém HUI-3. Ten byl vytvořen poté, co odborná kritika poukázala na chyby při zobecňování dat na běžnou populaci. Dotazník byl nově zkonstruován z osmi domén včetně zraku, sluchu, řeči, chůze, pohyblivosti, emocí, kognice a bolesti. HUI-3 dokáže rozeznat 972 000 unikátních zdravotních stavů.

Jako součást dotazníku se používá hodnocení QALY (Quality-Adjusted Life Years), který porovnává produktivní roky života ve zdraví. Nástroj je také používán v ekonomickém odvětví. (Busija et al., 2011, str. 398-400)

### **Dotazník kvality života Short Form - 36 (36 - Item Short Form Survey Instrument; SF-36)**

SF-36 patří mezi nejčastěji používané standardizované nástroje k hodnocení kvality života a je součástí protokolu sledování v rámci registru ATTRA. (Závada et al., 2013, s. 123) Byl vytvořen v USA v The Rand Corporations a přizpůsoben k měření a hodnocení výsledků zdravotní péče. Tento nástroj umožňuje zhodnotit situaci pacienta v řadě oblastí, mapuje následující domény a jejich vnímání respondentem. Domény SF-36 jsou fyzické fungování, omezení v rolích způsobené fyzickým (zdravotním) stavem, pocit energie/únavy (vitalita), míra bolesti, celkové vnímání vlastního zdraví, emocionální well-being a pocit spokojenosti, duševní zdraví, omezení v rolích způsobené emocionálními problémy a sociální fungování.

Dotazník SF-36 obsahuje celkem 36 položek a může být administrován samostatně pacientem či za pomoci proškoleného personálu. Časová náročnost dotazníkového šetření u jednoho respondenta je přibližně 5-10 minut. Normy dotazníku umožní interpretaci individuálního skóre ve vztahu k distribuci skóre v obecné populaci, lze je interpretovat i pro věk, pohlaví a sociální třídu.

Faktorová analýza SF-36 podporuje dvou faktorový model zdraví složený z fyzického a mentálního zdraví. Fyzické zdraví odráží primárně fyzické fungování, bolest a omezení v rolích způsobené fyzickými problémy a obdobně mentální zdraví zahrnuje primárně emocionální well-being a omezení v rolích způsobené emocionálními problémy. Celkové vnímání zdraví, škála energie a únavy a sociální fungování jsou zahrnuty v obou těchto faktorech. Korelace mezi fyzickým a mentálním zdravím se pohybuje kolem 0,3-0,4. Velkou výhodou SF-36 je jeho délka a důkladně prověřená reliabilita a validita. SF-36 se ukázal jako vhodný nástroj pro měření kvality života u osob chronickým postižením, nebo nemocí. Reliabilita pro všechny domény se pohybuje v rozmezí od 0,65 do 0,94 (Coons et al., 2000, str. 16-18)

Není ale zcela jasné, zda je srovnatelný a použitelný pro každý věk. SF- 36 je nejlépe použitelný pro hodnocení středních poloh – nezachycuje a nerozlišuje dobře extrémy. Originální americká verze byla adaptována pro Velkou Británii, kde byla standardizována na širokém vzorku běžné populace. Ostatní autoři mohou tuto verzi volně využívat bez písemného souhlasu. Autorizované překlady do jiných jazyků jsou prováděny mezinárodním týmem RAND Corporation. (rand.org, 2022; Busija et al., 2011, s. 384-389)

## **WHOQOL-100, WHOQOL-BREF**

Nástroje WHOQOL se začaly vytvářet v devadesátých letech 20. století s cílem vytvořit metodu umožňující porovnání kvality života v různých kulturách a populacích vycházející z komplexní definice zdraví WHO a založenou na subjektivním pohledu pacienta. Předpokladem byla existence společného základu, na kterém lze vytvořit koncept nezávislý na jazyce a kultuře. Jednotlivé domény jsou fyzické a psychické zdraví, nezávislost, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celkové vnímání zdraví.

WHOQOL-100 je tvořena celkem 24 podoblastmi (facetami) po 4 položkách a jednou nespécifickou podoblastí, která hodnotí celkovou kvalitu života a celkové zdraví. Původně bylo vymezeno šest základních faktorů, po dalších analýzách byl vytvořen i čtyř faktorový model odpovídající zkrácené verzi WHOQOL-BREF. Nástroj byl validizován na několika

mezinárodních souborech a byl následně použit v mnoha studiích, které potvrdily jeho použitelnost u různých skupin pacientů, prokázala se citlivost nástroje k různé úrovni zdravotního postižení. WHOQOL-100 může být nevýhodný pro praktické užití, neboť je poměrně dlouhý. Z toho důvodu byla zhotovena zkrácená verze, tzv. WHOQOL-BREF. V této verzi byl počet domén/oblastí snížen na čtyři, doména nezávislosti a doména spirituální byly začleněny do ostatních a jsou tedy mapovány čtyři oblasti, a to oblast fyzická, psychologická, sociální a prostředí. Tento test obsahuje celkem jen 26 otázek, 24 otázek mapuje jednotlivé oblasti (z každé podoblasti/facety byla vybrána položka s nejlepšími psychometrickými vlastnostmi) a dvě otázky jsou určeny k ohodnocení celkové kvality života a obecného zdraví. Výsledek pak přináší informaci hlavně o jednotlivých doménách. Tento test je ale příliš krátký k zodpovědnému hodnocení jednotlivých podoblastí. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 144-149) Nástroje WHOQOL jsou určeny populaci do věku 65 let, nezachycují změny spojené s vyšším věkem a dále neobsahují položky, které jsou významné pro pacienty s určitým konkrétním onemocněním. Byly ale vytvořeny specifické moduly – WHOQOL-HIV pro lidi s pozitivitou HIV, dále pak nástroje WHOQOL-SRPB s orientací na duchovní oblast a WHOQOL-OLD pro populaci starší 60 let. Výhodou dotazníků WHOQOL je, že existují v řadě jazyků včetně češtiny a že jsou orientovány na subjektivní pohled jedince na nemoc a její dopady na jeho život. Testy mají také dobrou validitu, reliabilitu a byla testována též jejich citlivost ke změně. (Rogalewicz et al., 2017, s. 88-92)

#### **Další možné nástroje pro sledování kvality života:**

- APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System)
- DALE (Disability-Adjusted Life Expectancy)
- DALYs (Disability-Adjusted Life Years)
- EQ-5D - EuroQoL
- HYE – Healthy year equivalent
- QALYs – Quality-Adjusted Life-years
- Quality of Life Index W.O. Spitzera
- Metoda QWB (Quality of Well-Being Scale)
- Myasthenia Gravis Quality of Life 15 (MG-QOL15)
- Nottingham Health Profile (NHP)
- SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)
- Sickness Impact Profile (SIP) (Coons et al., 2000, s. 16-18)

## 2.5 Shrnutí teoretických východisek

Z dohledaných zdrojů zpracovaných v teoretických východiscích této diplomové práce vyplývá, že kvalita života je u revmatologických pacientů ovlivňována řadou faktorů. Jen velmi obtížně dokážeme zhodnotit právě ten nejdůležitější nebo nejzávažnější faktor ovlivňující změny v hodnoceních kvality života. Těmi zásadními, které přispívají k jejímu snížení, jsou únava, pohyblivost, sociální situace a výskyt bolesti. (Čalfová, 2011, s. 166-167; Matcham et al., 2014, s. 123; Bae et al., 2018, s. 1007-1008; Gregová et al., 2020, s. 108-114; Lee et al., 2020 s. 1091-1092; Zhou et al., 2020, s. 2337) Mnoho autorů označilo výskyt chronické bolesti jako zásadní a její symptomy významně ovlivňovali výsledky jejich šetření. Závěry studií ale nedefinují **bolest** jako hlavní faktor, nicméně ověřili platnost, že se pojí s prokazatelně nižšími hodnoceními kvality života než u pacientů bez bolesti. (Colangelo et al., 2009, s. 2231–2237; Čalfová et al., 2011, str. 166-167; Bergsten et al., 2014, s. 194-197; Gezer et al., 2016, s. 847) Autoři Bae et al. (2018, s. 1007-1008), Matcham et al. (2014, s. 123), nebo Čalfová et al. (2011, s. 166-167) vysvětlili vztah onemocnění k pohybové aktivitě. Pacienti vykazovali nižší bodové hodnocení v rovinách mobility a **soběstačnosti**, oproti zdravé populaci. Navíc český a latinskoamerický výzkum prokázal snížení průceschopnosti pacientů a poměrně vysoký výskyt předčasné invalidity. Oproti české studii byl zaznamenán i význam finanční stránky zdravotní péče. (Kaas a Tóthová, 2017, s. 171-176; Xavier et al., 2019, s. 1-9) Rovněž byly zaznamenány zásahy do identity a **důstojnosti** pacientů. Autoři DiRenzo et al. (2020, str. 1-13), Berner et al. (2018, s. 1-10), nebo Gezer et al. (2016, str. 851) našli asociaci mezi kvalitou života a vnímání vlastního já, kterou způsobuje především vyvolaná úzkost a deprese. Zjistili, že někteří pacienti se již necítí být ve svém životě užiteční, nebo vážení, nebo nedokáží zastávat své sociální role.

Revmatologická onemocnění nejsou doménou jen dospělé a seniorské populace, ale zvýšený výskyt nalézáme i u mladých dospělých a adolescentů. V prezentovaných studiích byl nalezen vztah horšího vnímání kvality života u mladé populace pacientů než v případě střední generace a seniorů. Autoři předpokládají, že na mladou populaci více doléhají příznaky onemocnění a omezení, které z nich vychází a hůře dokáží připustit fakt, že s relativně plného zdraví přechází do role pacienta s chronickým onemocněním. S tím souvisí i změna životního stylu a přizpůsobení se onemocnění. Možná ztráta některých koníčků a zájmových aktivit, nebo nabourání vlastních představ a životních cílů.

(Berner et al., 2018, s. 1-10; Matcham et al., 2014, s. 123) Nakonec bychom měli věnovat pozornost výskytu únavy, nebo narušeného spánku. Lee et al. (2020, s. 1091-1092) a Zhou et al. (2020, s. 2337) našli významný vliv únavy a vyčerpání na hodnocení kvality života. Pacienti jsou nuceni vynaložit větší úsilí k provádění každodenních činností, nebo je nedokáží vykonat vůbec. Pacienti pocítují větší ztráty energie, snížený zájem o další aktivity a sníženou kvalitu spánku a odpočinku.

Kvalita života je velmi subjektivní hodnocení a odvíjí se od individuality každého z nás, a tak je zřejmé, že stejné situace budou dvě posuzované osoby prožívat rozdílně, budou mít vlastní náhled a vlastní očekávání. (Gregová et al., 2020, s. 108-114)

Celkově pozitivní postoj ke zdraví a k životu může přispět k lepšímu vnímání jeho kvality, nicméně kvalita života nemusí podávat odpovídající informace ohledně možných příležitostí. Proto musíme rozlišovat otázky, zda život byl dobrý, nebo jestli může být dobrý. Rozlišením negativních faktorů ovlivňujících kvalitu života můžeme pacientovi přispět k lepšímu zdraví v několika rovinách, které lze popsat jako fyzické, psychické a kognitivní zdraví, sociální a společenský život. (Gurková, 2011, s. 50-55) Odborná veřejnost se shoduje na faktu, že by se měla teorie převést do praxe a začít využívat standardizovaných škál a měření kvality života při běžných prohlídkách jako součást anamnézy pacienta. Jelikož se kvalita života nezaměřuje pouze na pár vybraných oblastí, ale šetření jsou složena z množství domén, umožňuje nám pohled na mnoho aspektů života pacientů. Existují důkazy o přínosu vnímání vyšší kvality života na kvalitu zdraví a chování. Lidé s vyšší kvalitou života se více zapojují do společenských aktivit, aktivně vyhledávají nové zájmy a jsou více přizpůsobiví k omezením vzniklým v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem. (Bergsten et al., 2014, s. 194-197)

Na základě sumarizace dohledaných informací souvisejících s problematikou lze formulovat teoretickou hypotézu vztahující se k cílům našeho výzkumu. Hypotéza se opírá o výsledky relevantních studií z oblasti kvality života u revmatologických pacientů a je formulována takto: Kvalita života je ovlivněna hodnocením úrovně soběstačnosti, důstojnosti, bolesti a vybraných sociodemografických charakteristik (věk, pohlaví a sociální situace).

### 3. METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní výzkumnou metodou pomocí souboru standardizovaných dotazníků v české verzi. Dotazníková baterie zahrnovala soubor hodnotících nástrojů zaměřených na kvalitu života (Dotazník kvality života 36 - Item Short Form Survey Instrument; SF-36), důstojnost (Patient Dignity Inventory; PDI-CZ), soběstačnost (Activities of Daily Living, ADL) a bolest (Numeric Rating Scale; NRS). Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (UPOL-47677/1070-2021) – viz příloha č 1.

#### 3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit pomocí české standardizované verze dotazníku SF-36 (Dotazník kvality života 36 - Item Short Form Survey Instrument) kvalitu života u revmatologických hospitalizovaných pacientů.

**Od vymezení hlavního cíle se odvíjí stanovení pěti dílčích cílů.**

**Cíl 1:** Zjistit souvislost mezi kvalitou života a osobní důstojnosti revmatologického hospitalizovaného pacienta

**Statistické hypotézy k cíli 1**

**H<sub>0</sub>1:** Neexistuje vztah mezi kvalitou života a hodnocením osobní důstojnosti pomocí PDI-CZ.

**H<sub>A</sub>1:** Existuje vztah mezi kvalitou života a hodnocením osobní důstojnosti pomocí PDI-CZ.

**Cíl 2:** Zjistit souvislost mezi kvalitou života a úrovní soběstačnosti revmatologického hospitalizovaného pacienta



### **Statistické hypotézy k cíli 2**

**H<sub>0</sub>2:** Neexistuje vztah mezi kvalitou života a úrovní soběstačnosti dle ADL.

**H<sub>A</sub>2:** Existuje vztah mezi kvalitou života a úrovní soběstačnosti dle ADL.

**Cíl 3:** Zjistit souvislost mezi kvalitou života a úrovní bolesti revmatologického hospitalizovaného pacienta

### **Statistické hypotézy k cíli 3**

**H<sub>0</sub>3:** Neexistuje vztah mezi kvalitou života a hodnocením bolesti pomocí NRS.

**H<sub>A</sub>3:** Existuje vztah mezi kvalitou života a hodnocením bolesti pomocí NRS.

**Cíl 4:** Zjistit souvislost mezi kvalitou života a věkem. (Porovnat pacienty rozdělené dle věku do 50 včetně versus nad 50 let v subškálách SF-36).

### **Statistické hypotézy k cíli**

**H<sub>0</sub>4:** Neexistuje vztah mezi kvalitou života a věkem pacientů.

**H<sub>A</sub>4:** Existuje vztah mezi kvalitou života a věkem pacientů.

**Cíl 5:** Mnohonásobnou lineární regresí ověřit vliv vybraných sociodemografických faktorů, důstojnosti, bolesti a úrovně soběstačnosti na hodnocení jednotlivých subškál SF-36.

## **3.2 Charakteristika souborů**

Zařazující kritéria pro soubor respondentů byl věk 18 let a více; pacient na standardním oddělení hospitalizovaný minimálně 48 hodin; revmatologické onemocnění. Vyřazujícím kritériem byl závažný kognitivní nebo senzorický deficit (diagnostikovaná středně těžká/těžká demence, vážné poškození sluchu a zraku). Pro získání respondentů byli osloveni

revmatologičtí pacienti na III. Interní klinice, nefrologické, diabetologické a endokrinologické – oddělení 39R ve fakultní nemocnici Olomouc. Velikost souboru je 231 respondentů. Oslovení respondentů předcházelo souhlas vedení kliniky a souhlasné stanovisko Odboru kvality FN Olomouc s realizací výzkumného šetření (Stanovisko FNOL, příloha č. 2).

### **Odhad velikosti vzorku**

Při odhadu velikosti vzorku jsme vycházeli z informací autora Vause. Záměrem výzkumu bylo sledování vzájemných vztahů pomocí mnohonásobné lineární regrese. Při mnohonásobné lineární regresi připadá na každou proměnou minimálně dvacet případů. U nás jsme pracovali s osmi nezávislými a jednou závislou proměnnou v případě dotazníkového šetření SF-36. Minimální velikost vzorku byla stanovena na 180 respondentů. (Vaus, 2009, s. 82-90)

## **3.3 Metodika sběru dat**

Pro získání dat byla využita kvantitativní metodika, průřezová studie s dotazníkovým šetřením. Empirická data byla získána pomocí standardizovaných dotazníků v české verzi: SF-36 (36 - Item Short Form Survey Instrument) k hodnocení kvality života, PDI-CZ (Patient Dignity Inventory) pro získání dat o vnímání osobní důstojnosti, ADL (Activities of Daily Living) k zjištění stupně soběstačnosti a NRS (Numeric Rating Scale) k posouzení stupně bolesti.

### **Dotazník kvality života Short Form - 36 (36 - Item Short Form Survey Instrument; SF-36)**

Dotazník kvality života 36 - Item Short Form Survey Instrument obsahuje 36 položek rozdělených do osmi domén. Těmi jsou fyzické fungování, omezení v rolích způsobené fyzickým (zdravotním) stavem, pocit energie/únavy (vitalita), míra bolesti, emocionální well-being a pocit spokojenosti, duševní zdraví, omezení v rolích způsobené emocionálními problémy, sociální fungování a pocitování změny zdravotního stavu. Multivariabilní lineární regresi jsme schopni interpretace individuálního skóre ve vztahu k distribuci skóre v obecné

populaci, lze je interpretovat i pro věk, pohlaví a sociální třídu. SF-36 umožňuje zhodnotit model zdraví složený z fyzického a mentálního zdraví. Fyzické zdraví odráží primárně fyzické fungování, bolest a omezení v rolích způsobené fyzickými problémy a obdobně mentální zdraví zahrnuje primárně emocionální well-being a omezení v rolích způsobené emocionálními problémy. Celkové vnímání zdraví, škála energie a únavy a sociální fungování jsou zahrnuty v obou těchto faktorech. Korelace mezi fyzickým a mentálním zdravím se pohybuje kolem 0,3-0,4. Tento nástroj byl zvolen především pro svoji délku, tudíž i menší časovou náročnost, možnost vyplnění samostatně, nebo s proškolenou osobou. Taktéž je velkou výhodou jeho prověřená validita a reliabilita a je součástí protokolu sledování v rámci registru ATTRA. (Závada et al., 2013, s. 123)

SF-36 se ukázal jako vhodný nástroj pro hodnocení kvality života u pacientů. Reliabilita pro všechny domény se pohybuje v rozmezí 0,65 do 0,94. (Coons et al., 2000, s. 16-18) SF-36 dobře zachycuje střední polohy – nezachycuje a nerozlišuje extrémy. Původní americká verze byla ověřena pro Velkou Británii. Autoři mohou dotazník volně využívat bez písemného souhlasu RAND Corporation. V našem výzkumu byla reliabilita ověřena pomocí Cronbachova alfa a McDonaldova omega. Mezi hodnotami alfa a omega nebyl velký rozdíl. Cronbachovo alfa pro osm domén bylo v rozmezí 0,775 do 0,956, subškála změna zdraví nelze hodnotit pro jedinou položku. (rand.org, 2022; Busija et al., 2011, s. 384-389) První české verze nástroje SF-36 přeložili MUDr. Zdeněk Sobotík, CSc. v roce 1998 a docent MUDr. Petr Petr, Ph.D. v roce 2003, avšak validizace pro český jazyk se objevila až v roce 2016, jak popisuje studie Bártlové et al. (2020, s. 16-26)

### **Dotazník důstojnosti pacienta (Patient Dignity Inventory; PDI)**

PDI je psychometrický nástroj, který je určený pro identifikaci zdrojů problémů, které mohou ovlivňovat pocit důstojnosti. Byl vybrán na základě položení hypotézy ve vztahu k souvislosti mezi kvalitou života a důstojností. Tento dotazník se skládá z 25 položek hodnocených na pětibodové Likertově stupnici (1 = problém neexistuje, 5 = nepřekonatelný problém). Při označení čísla tři a více se jedná o problém v dané položce. Celkové skóre dotazníku je v rozmezí 25 až 125 bodů. Vyšší skóre ukazuje na vyšší ohrožení důstojnosti. Cronbachovo alfa při validizaci PDI do češtiny bylo 0,92. Česká standardizovaná verze dotazníku (PDI-CZ) rozděluje na základě realizované faktorové analýzy položky do čtyř faktorů, které jsou nazvány: Ztráta smyslu života, Ztráta autonomie, Ztráta jistoty a Ztráta sociální podpory. (Kisvetrová et al., 2018, s. 444)

## **Aktivity denního života (ADL - Activities of Daily Living)**

ADL je mezinárodně rozšířený standardizovaný nástroj pro hodnocení stupně závislosti používaný k hodnocení funkční zdatnosti ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. (ÚZIS, 2022). Českou verzi přepracovali a standardizovali Topinková a Neuwirth. Rozptyl reliability se pohybuje od 0,87 do 0,93. Dále byla také prokázána prediktivní hodnota (Boriková, 2010, s. 24-30). Test posuzuje deset aktivit běžného života: schopnost se najíst, napít, obléci, vykonávat osobní hygienu, vykonat celkovou koupel, oblasti kontinence moči a stolice, použití WC, chůze po rovině a chůze do schodů. Jednotlivé oblasti jsou hodnoceny pomocí škály, zda činnosti provede bez pomoci, s pomocí nebo neprovede. Hodnocení součtu bodů: 0 bodů značí úplnou závislost a 100 bodů odpovídá plné soběstačnosti v každodenních aktivitách života (Kuckir et al., 2016, s. 27-32).

## **Numerická škála bolesti (NRS – Numeric Rating Scale)**

Pro zhodnocení stupně bolesti byla vybrána numerická analogová škála se stupnicí od 0 do 10 bodů, kdy 0 je stav bez bolesti a 10 nesnesitelná, trýznivá bolest. Tento nástroj je mezinárodně rozšířen a výsledky jsou snadno porovnatelné s jinými studii. Existuje velké množství používaných škál, které jsou kromě vizuální stránky totožné (VAS – vizuální analogová škála, PS – škála bolesti, UPAT – mezinárodní nástroj pro měření bolesti). (Gezer et al., 2016, s. 850; Larice et al., 2019, s. 271-280)

V závěru dotazníkové baterie použité v tomto výzkumném šetření byly vybrány sociodemografické charakteristiky: věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a aktuální sociální situace.

### 3.4 Realizace výzkumu

Souhlasné stanovisko s realizací výzkumného šetření bylo uděleno Etickou komisí FZV UP v Olomouci a rovněž bylo získáno od Odboru kvality Fakultní nemocnice Olomouc. Vrchní sestra III. interní kliniky – nefrologická, revmatologická a endokrinologická byla seznámena s dotazníkovou baterií a způsobem realizace sběru dat. Jednotlivé respondenty splňující zařazující kritéria oslovil autor diplomové práce, seznámil je s cílem výzkumu, vysvětlil způsob vyplnění dotazníkové baterie a ubezpečil o anonymizaci dat. Dotazníkové šetření probíhalo formou samostatného vyplnění dotazníkového souboru zúčastněnými respondenty nebo prostřednictvím strukturovaného rozhovoru přesně kopírujícího jednotlivé položky dotazníků u těch respondentů, kteří o to požádali. Kompletně vyplněných dotazníků bylo 231.

### 3.5 Metoda zpracování dat

Data byla analyzována pomocí statistického software IBM SPSS Statistics 23. Kvantitativní proměnné byly prezentovány pomocí průměrů, směrodatných odchylek (SD), mediánů, minimálních a maximálních hodnot. Kvalitativní data byla reprezentována pomocí absolutních a relativních četností. Pro ověření normality distribuce kvantitativních dat byl použit Shapiro-Wilkův test. Vzhledem k velkému rozsahu výběru ( $n = 231$ ) byly pro ověření hypotéz použity parametrické metody. Vzájemná korelace kvantitativních znaků byla zjišťována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Rozdíly mezi dvěma nezávislými výběry v kvantitativních veličinách byly ověřovány dvouvýběrovým  $t$ -testem. Multivariabilní lineární regrese provedená krokovou metodou (stepwise) byla použita ke zhodnocení efektu vybraných sociodemografických faktorů, důstojnosti, stupně bolesti a úrovně soběstačnosti na hodnocení jednotlivých subškál dotazníku SF-36.

Předpoklady multivariabilní lineární regrese byly ověřeny pomocí Durbin-Watsonova testu a VIF (variance inflation factor). Kvalita modelu byla zhodnocena koeficientem determinace  $R^2$ . Ke grafickému znázornění nejsilnějších závislostí byl použit bodový a krabicový graf. Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti  $\alpha = 0,05$ .

## 4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Obsahem kapitoly je popis demografických charakteristik výzkumného souboru a prezentace výsledků k jednotlivým stanoveným dílčím cílům diplomové práce.

### 4.1 Demografické charakteristiky souboru respondentů

Šetření tvořilo soubor 231 pacientů, 76 (32,9 %) mužů a 155 (67,1 %) žen. Průměrný věk se směrodatnou odchylkou pacientů byl  $53,9 \pm 15,2$  roků. Věkové rozmezí bylo 19 až 88 let, hodnota mediánu věku byla 55 let. Největší skupinou pro daný věk bylo rozmezí 51-60 let v zastoupení 55 (23,8 %) respondentů a 61-70 let také s 55 (23,8 %) respondenty. Soubor tak tvoří do 50 let včetně 90 (39,1 %) respondentů, nejpočetnější je skupina pacientů s věkovým rozmezím mezi 51-70 lety, tvoří ji 110 (47,6 %) respondentů a nad 70 let je v souboru 31 (13,4 %) respondentů. Grafové znázornění nalezneme v obrázku 1.

V rámci vzdělání nejvíce respondentů uvádí jako nejvyšší dosažené vzdělání odborné vyučení, a to ve 106 (45,9 %) případech. Dále středoškolské 94 (40,7 %) případů, vysokoškolské 21 (9,1 %) případů a základní 10 (4,3 %) případů. V rámci sociální situace převažuje společné bydlení s partnerem/ příbuznými v 165 případech (71,4 %). 59 (25,5 %) respondentů žijí doma sami a v 7 (3,0 %) přídechem jsme zaznamenali bydlení v rámci domova pro seniory. Měření stupně nezávislosti dle testu ADL prokázalo ve 127 (55,0 %) případech nezávislost pacienta, u 99 (42,9 %) respondentů byla zjištěna lehká závislost a v pouhých 5 (2,2 %) případech závislost středního stupně, vysoce závislý nebyl zjištěn. Průměrné ADL bylo  $94 \pm 10,5$  bodů. Hodnocení důstojnosti pomocí PDI-CZ prokázalo průměrné skóre  $61,7 \pm 21,9$  bodu a mediánem 62 bodu. Byla zjištěna průměrná délka hospitalizace  $4,6 \pm 1,9$  dnů, mediánem jsou 4 dny. Další popisné charakteristiky souboru jsou uvedeny v tabulkách 1 a 2.

Tabulka 1 Popisná statistika kvalitativních dat

Proměnná		Počet	%
věk	do 20 let včetně	2	0,9 %
	21 - 30 let	14	6,1 %
	31 - 40 let	32	13,9 %
	41 - 50 let	42	18,2 %
	51 - 60 let	55	23,8 %
	61 - 70 let	55	23,8 %
	71 - 80 let	24	10,4 %
	81 - 90 let	7	3,0 %
pohlaví	muži	76	32,9 %
	ženy	155	67,1 %
vzdělání	základní	10	4,3 %
	vyučen	106	45,9 %
	SŠ	94	40,7 %
	VŠ	21	9,1 %
soc. situace	žiji sám/a	59	25,5 %
	žiji s partnerem, příbuznými	165	71,4 %
	DpS	7	3,0 %
ADL	závislost středního stupně	5	2,2 %
	lehká závislost	99	42,9 %
	nezávislý	127	55,0 %

Tabulka 2 Popisná statistika kvantitativních dat

Proměnná	Průměr	SD	Minimum	Medián	Maximum
věk	53,9	15,2	19,0	55,0	88,0
ADL	94,0	10,5	45,0	100,0	100,0
PDI skóre	61,7	21,9	26,0	62,0	117,0
délka hospitalizace (dny)	4,6	1,9	3,0	4,0	19,0



*Obrázek 1 Věkové zastoupení v souboru*

## **4.2 Popisná statistika (míra polohy a variabilita) a reliabilita domén dotazníku SF 36**

Dle instrukcí ke zpracování dat dotazníku SF 36 bylo vytvořeno 9 škál. Hodnoty škál byly v rozmezí 0 (nejhorší kvalita) až 100 (nejlepší kvalita života) - viz tabulka 3. Jednotlivé škály byly popsány pomocí popisné statistiky. Nejvyšší průměrná hodnota (nejvyšší kvalita života) byla v oblasti Funkce emocionálních rolí (průměr = 59,9), další vysoké hodnoty byly zjištěny v případě domény Sociální funkce (průměr = 58,9) a Fyzické funkce (průměr = 58,1). Nejhorší výsledky v oblasti kvality života byly zjištěny u domény Funkce fyzických rolí (průměr = 38,3) a v doméně Energie/únava (průměr = 40,6).

Reliabilita byla ověřena pomocí Cronbachova alfa a McDonaldova omega. Mezi hodnotami alfa a omega nebyl velký rozdíl (viz tabulka 3). Nejvyšší reliabilita byla naměřena v doméně Fyzické funkce (alfa = 0,956, omega = 0,958). Tato doména obsahuje deset položek. Nejnižší reliabilita byla v doméně Funkce emocionálních rolí (alfa = 0,663, omega = 0,688). Tato doména obsahuje jen tři položky. V doménách Sociální funkce, Bolest, Změna zdraví nelze ověřit realibilitu pomocí McDonaldovy omegy pro nízký počet položek v dotazníkovém šetření.



Tabulka 3 Popisná statistika (míra polohy a variabilita) a reliabilita domén dotazníku SF 36

Škála	Počet položek	Cronbachovo alfa	McDonaldovo omega	Průměr	SD
Fyzické funkce	10	0,956	0,958	58,1	31,5
Funkce fyzických rolí	4	0,727	0,735	38,3	35,9
Funkce emocionálních rolí	3	0,663	0,688	59,9	37,8
Energie/únava	4	0,863	0,862	40,6	19,8
Emoční pohoda	5	0,866	0,869	56,6	18,3
Sociální funkce	2	0,841	-	58,9	27,7
Bolest	2	0,875	-	47,1	24,9
Obecné zdraví	5	0,775	0,788	45,2	18,6
Změna zdraví	1	-	-	46,0	24,2

SD = směrodatná odchylka

### 4.3 Výsledky k jednotlivým cílům, ověření platnosti hypotéz

**Cíl 1:** Zjistit souvislost mezi kvalitou života a osobní důstojností revmatologického hospitalizovaného pacienta.

#### Statistické hypotézy k cíli 1

**H<sub>01</sub>:** Neexistuje vztah mezi kvalitou života a hodnocením osobní důstojnosti pomocí PDI-CZ.

**H<sub>A1</sub>:** Existuje vztah mezi kvalitou života a hodnocením osobní důstojnosti pomocí PDI-CZ.

Hypotéza byla ověřena výpočtem Pearsonova korelačního koeficientu mezi jednotlivými doménami dotazníku kvality života SF36 a škálou hodnocení důstojnosti PDI-CZ. V tabulce 4 jsou uvedeny hodnoty koeficientu ( $r$ ) a  $p$ -hodnota statistické významnosti. Všechny korelační koeficienty jsou statisticky významné,  $p < 0,0001$ . Dle hodnot korelačních koeficientů je patrné, že se jedná o negativní korelaci. Čím je hodnocení důstojnosti na škále PDI-CZ nižší (to znamená lepší vnímání osobní důstojnosti), tím je kvalita života lepší. Silná korelace byla zjištěna u domény Emoční pohoda ( $r = -0,708$ ). Obrázek 2 ukazuje závislost hodnot domény Emoční pohoda na hodnotách skóre PDI-CZ.

Středně silná korelace byla prokázána s doménami Fyzické funkce, Funkce fyzických rolí, Energie/únava, Sociální funkce, Bolest, Obecné zdraví. Slabá korelace pak byla zjištěna mezi skálou PDI-CZ a doménami Funkce emocionálních rolí a Změna zdraví (korelace s touto doménou je nejslabší  $r = -0,294$ ).

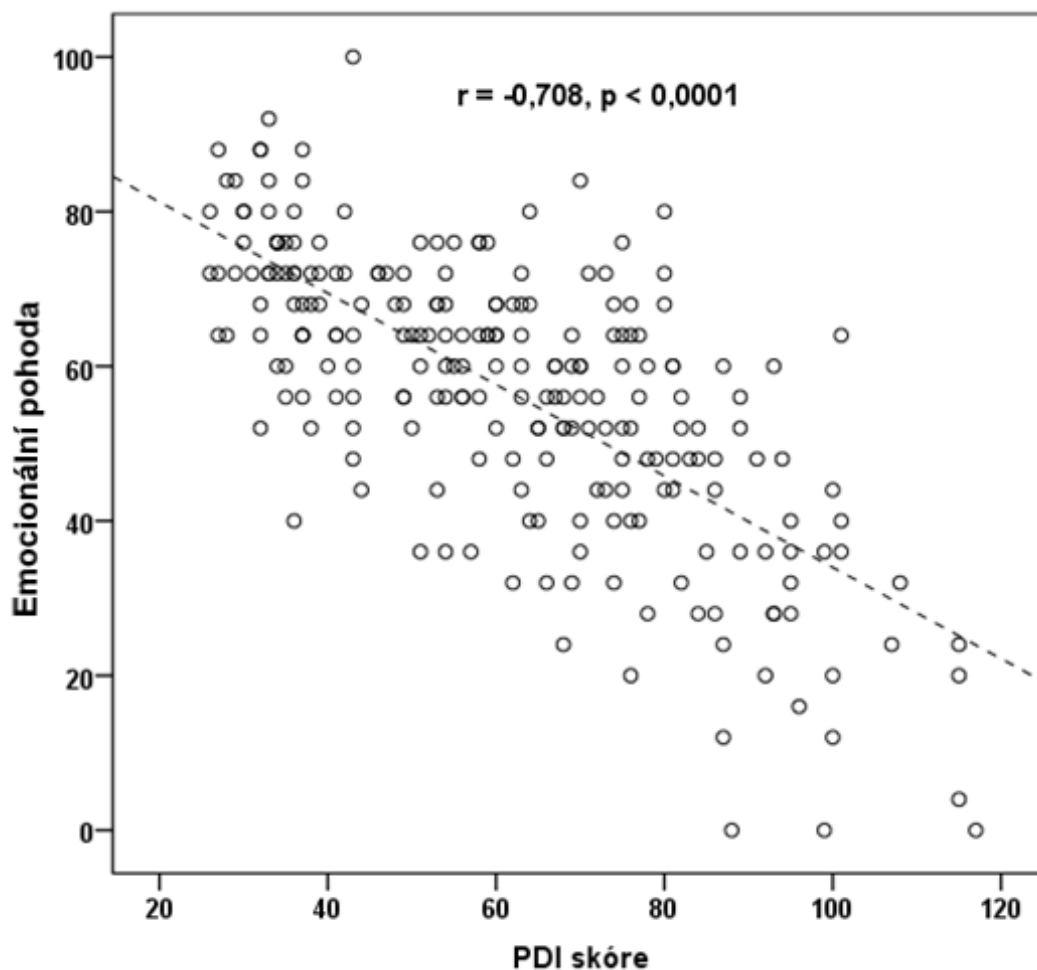
Nulovou hypotézu H01 tedy zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy HA1. Můžeme tak prokázat vztah mezi kvalitou života a hodnocením osobní důstojnosti.

Tabulka 4 Hodnoty korelačních koeficientů ( $r$ ) a  $p$ -hodnoty

n = 231		PDI-CZ skóre
Fyzické funkce	r	-0,590
	p	<0,0001***
Funkce fyzických rolí	r	-0,437
	p	<0,0001***
Funkce emocionálních rolí	r	-0,347
	p	<0,0001***
Energie/únava	r	-0,632
	p	<0,0001***
Emoční pohoda	r	-0,708
	p	<0,0001***
Sociální funkce	r	-0,584
	p	<0,0001***
Bolest	r	-0,565
	p	<0,0001***
Obecné zdraví	r	-0,570
	p	<0,0001***
Změna zdraví	r	-0,294
	p	<0,0001***

\*\*\*  $p < 0,001$

Obrázek 2 Bodový graf s proloženou regresní přímkou ukazuje závislost hodnot domény Emoční pohoda na hodnotách skóre PDI-CZ



**Cíl 2:** Zjistit souvislost mezi kvalitou života a úrovní soběstačnosti revmatologického hospitalizovaného pacienta.

### Statistické hypotézy k cíli 2

**H<sub>0</sub>2:** Neexistuje vztah mezi kvalitou života a úrovní soběstačnosti dle ADL.

**H<sub>A</sub>2:** Existuje vztah mezi kvalitou života a úrovní soběstačnosti dle ADL.

Hypotéza byla ověřena obdobně jako hypotéza H<sub>0</sub>1. Všechny korelační koeficienty jsou statisticky významné,  $p < 0,0001$ . Dle hodnot korelačních koeficientů je patrné, že se jedná o pozitivní korelaci, která ukazuje středně silnou korelaci ADL s doménami Fyzické funkce (korelace s touto doménou je nejsilnější,  $r = 0,668$ ; obrázek 3 ukazuje závislost hodnot domény

Fyzické funkce na hodnotách skóre ADL), Funkce fyzických rolí, Funkce emocionálních rolí, Energie/únava, Sociální funkce, Emoční pohoda, Bolest a Obecné zdraví. Slabá korelace byla zjištěna mezi skálou ADL a doménou Změna zdraví ( $r = 0,283$ ). Čím je hodnocení úrovně soběstačnosti na škále ADL vyšší (to znamená lepší soběstačnost), tím je kvalita života lepší – viz tabulka 5.

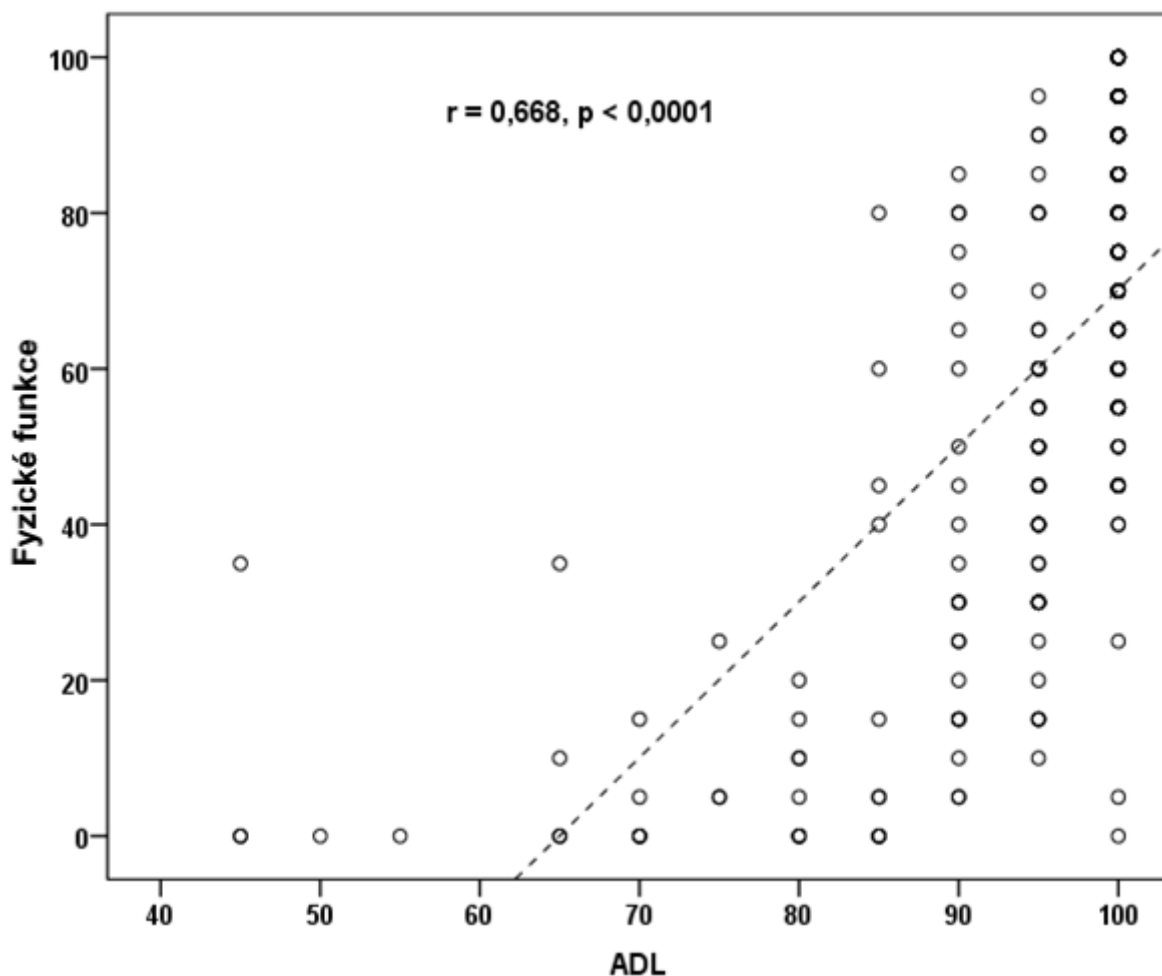
Byl zjištěn vztah mezi kvalitou života a stupněm soběstačnosti dle ADL. Nulovou hypotézu  $H_0$  proto zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy  $H_A$ .

Tabulka 5 Hodnoty korelačních koeficientů ( $r$ ) a  $p$ -hodnoty

n = 231		ADL
Fyzické funkce	r	0,668
	p	<0,0001***
Funkce fyzických rolí	r	0,475
	p	<0,0001***
Funkce emocionálních rolí	r	0,318
	p	<0,0001***
Energie/únava	r	0,516
	p	<0,0001***
Emoční pohoda	r	0,589
	p	<0,0001***
Sociální funkce	r	0,597
	p	<0,0001***
Bolest	r	0,508
	p	<0,0001***
Obecné zdraví	r	0,485
	p	<0,0001***
Změna zdraví	r	0,283
	p	<0,0001***

\*\*\*  $p < 0,001$

Obrázek 3 Bodový graf s proloženou regresní přímkou ukazuje závislost hodnot domény Fyzické funkce na hodnotách skóre ADL



**Cíl 3:** Zjistit souvislost mezi kvalitou života a úrovní bolesti revmatologického hospitalizovaného pacienta.

### Statistické hypotézy k cíli 3

**H<sub>0</sub>3:** Neexistuje vztah mezi kvalitou života a hodnocením bolesti pomocí NRS.

**H<sub>A</sub>3:** Existuje vztah mezi kvalitou života a hodnocením bolesti pomocí NRS.

Hypotéza byla ověřena obdobně jako hypotéza H<sub>0</sub>1. Všechny korelační koeficienty jsou statisticky významné,  $p < 0,0001$ . Dle hodnot korelačních koeficientů je patrné, že se jedná o negativní korelaci, která ukazuje středně silnou korelaci NRS s doménami Bolest (korelace s touto doménou je nejsilnější,  $r = 0,609$ ; obrázek 4 ukazuje závislost hodnot domény Bolest na

hodnotách škály NRS), Fyzické funkce, Funkce fyzických rolí, Funkce emocionálních rolí, Energie/únava, Sociální funkce, Emoční pohoda, Obecné zdraví. Slabá korelace byla zjištěna mezi škálou NRS a doménou Změna zdraví ( $r = -0,363$ ). Čím je hodnocení stupně bolesti na škále NRS vyšší, tím je kvalita života horší (viz tabulka 6).

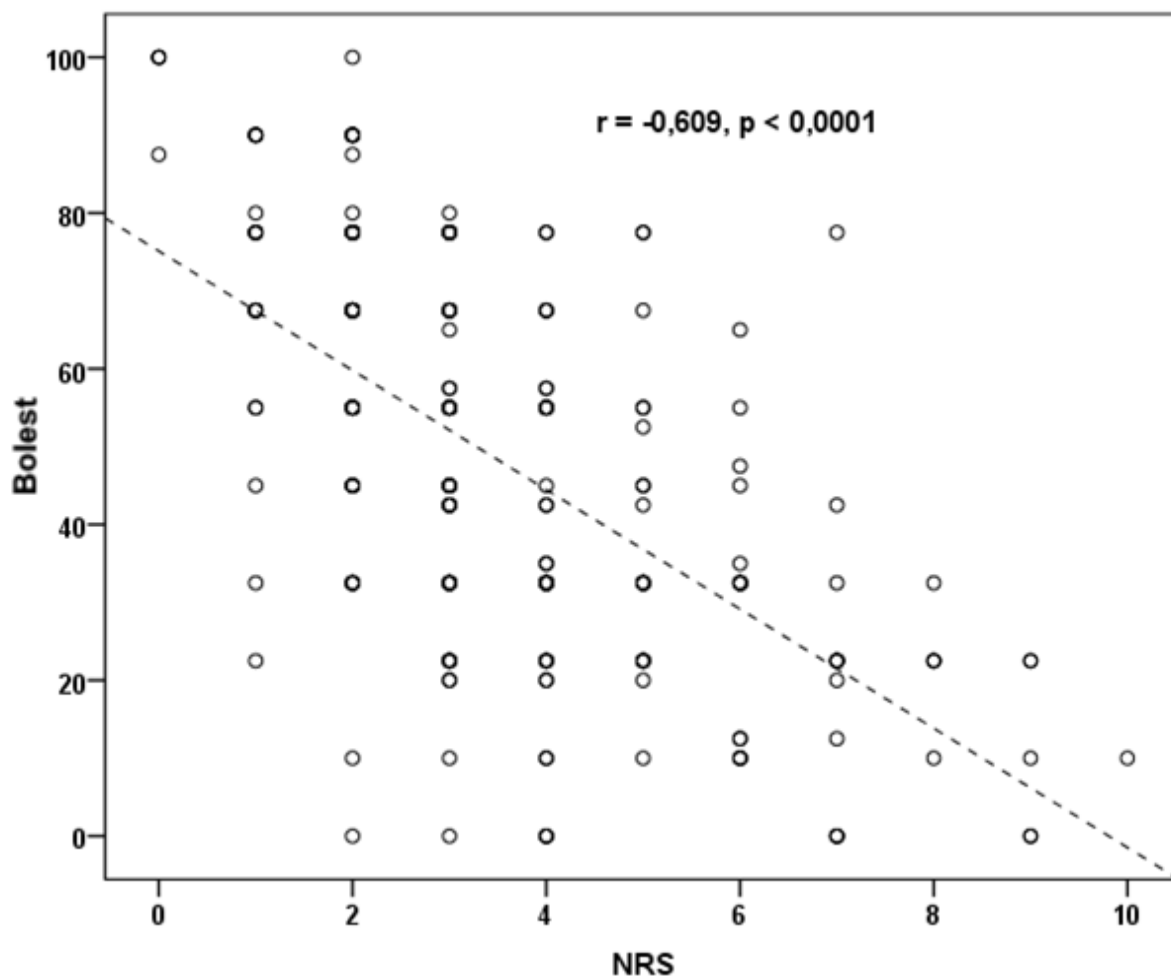
Nulovou hypotézu  $H_03$  zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy  $H_{A3}$ .

Tabulka 6 Hodnoty korelačních koeficientů ( $r$ ) a  $p$ -hodnoty

n = 231		NRS
Fyzické funkce	r	-0,482
	p	<0,0001***
Funkce fyzických rolí	r	-0,448
	p	<0,0001***
Funkce emocionálních rolí	r	-0,312
	p	<0,0001***
Energie/únava	r	-0,512
	p	<0,0001***
Emoční pohoda	r	-0,483
	p	<0,0001***
Sociální funkce	r	-0,522
	p	<0,0001***
Bolest	r	-0,609
	p	<0,0001***
Obecné zdraví	r	-0,488
	p	<0,0001***
Změna zdraví	r	-0,363
	p	<0,0001***

\*\*\*  $p < 0,001$

Obrázek 4 Bodový graf s proloženou regresní přímkou ukazuje závislost hodnot domény Bolest na hodnotách škály NRS



**Cíl 4:** Zjistit souvislost mezi kvalitou života a věkem. (Porovnat pacienty rozdělené dle věku do 50 včetně versus nad 50 let v subškálách SF-36).

**H<sub>0</sub>4:** Neexistuje vztah mezi kvalitou života a věkem pacientů.

**H<sub>A</sub>4:** Existuje vztah mezi kvalitou života a věkem pacientů.

Pacienti byli rozděleni dle věku do dvou skupin – mladší pacienti do 50ti let a starší pacienti ve věku nad 50 let. Domény SF 36 byly charakterizovány pomocí průměru a směrodatné odchylky v obou skupinách. Následně byly skupiny porovnány pomocí dvou-výběrového t-testu.

U mladších pacientů byly zjištěny statisticky významně vyšší průměrné hodnoty (lepší kvalita života) v těchto doménách: Fyzická funkce, Funkce fyzických rolí, Funkce

emocionálních rolí, Energie/únava a Bolest (viz tabulka 7). Pro tyto domény můžeme tedy zamítnout nulovou hypotézu  $H_0$  ve prospěch alternativní  $H_A$ .

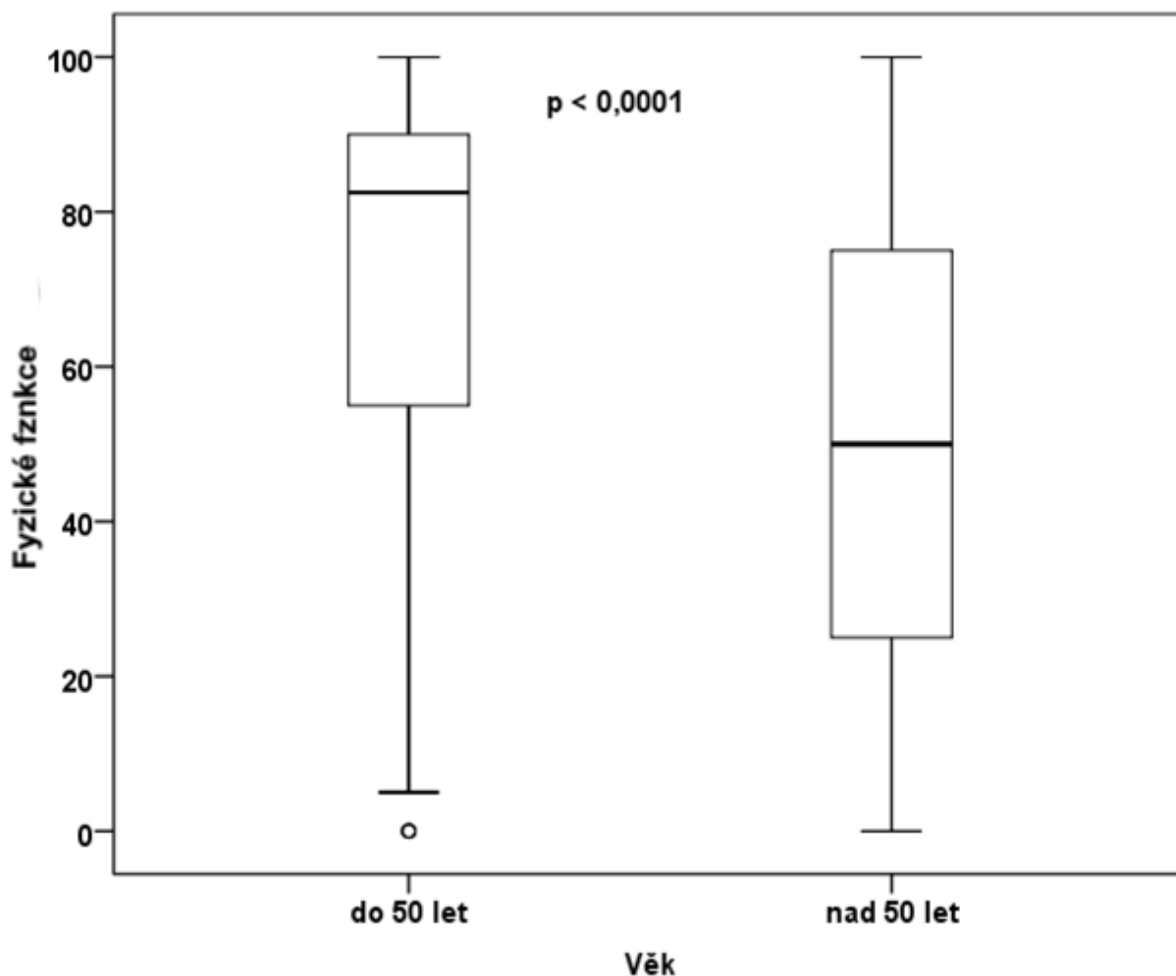
Tabulka 7 Popisná statistika a p-hodnota dvouvýběrového t-testu

	Věk				p
	do 50 let včetně (n = 90)		nad 50 let (n = 141)		
	Průměr	SD	Průměr	SD	
Fyzické funkce	70,9	28,2	49,9	30,8	<0,0001***
Funkce fyzických rolí	46,4	36,8	33,2	34,5	0,006**
Funkce emocionálních rolí	70,0	34,6	53,4	38,4	0,0008***
Energie/únava	44,2	21,3	38,3	18,4	0,027*
Emoční pohoda	57,9	19,1	55,8	17,8	0,410
Sociální funkce	62,9	28,0	56,3	27,2	0,076
Bolest	51,6	26,3	44,2	23,6	0,028*
Obecné zdraví	44,2	21,2	45,9	16,8	0,525
Změna zdraví	44,2	27,6	47,2	21,8	0,384

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001



Obrázek 5 Krabicový graf ukazuje rozdíl v rozložení hodnot domény Fyzická funkce v závislosti na věku pacientů



V obrázku 5 znázorňuje vodorovná čára v krabici hodnotu mediánu, dolní hrana krabice hodnotu 1. kvartilu (25. percentilu), horní hrana hodnotu 3. kvartilu (75. percentilu). Svorky ukazují maximální a minimální naměřené hodnoty odlehlá hodnota je zakreslena kroužkem.

**Cíl 5:** Mnohonásobnou lineární regresí ověřit vliv vybraných sociodemografických faktorů, důstojnosti, bolesti a úrovně soběstačnosti (věk, pohlaví, vzdělání, sociální situace, délka hospitalizace, ADL, PDI-CZ, NRS) na hodnocení jednotlivých domén SF-36.

### Mnohonásobná lineární regrese

Před analýzou byla provedena regresní diagnostika linearity, multikolinearity, homogenity a nezávislosti reziduí. Linearita byla ověřena vizuální inspekcí bodových grafů,

multikolinearitu jsme prověřili pomocí hodnot VIF (variable inflation factor). Všechny hodnoty VIF byly nižší než 2, tzn., že z hlediska multikolinearity byl model v pořádku.

Nezávislost reziduí byla prověřena Durbin-Watsonovým testem. Hodnoty tohoto testu (1,8 – 2,2) neukazují na vážnější porušení předpokladů modelu. Homogenita byla sledována bodovým grafem standardizovaných reziduí a predikovaných hodnot Y. Kvalita modelu byla vyjádřena pomocí koeficientu determinace  $R^2$ , který interpretujeme jako procento rozptylu závisle proměnné, které je vysvětleno nezávisle proměnnými. Hodnota koeficientu determinace  $R^2$  může být zkreslena počtem proměnných, které vstoupily do analýzy, proto je vhodnější kvalitu modelu posuzovat pomocí adjustovaného  $R^2$ .

Model byl budován metodou stepwise (krokově). Do modelu byly vybrány jen ty prediktory, které mají statisticky významný vliv na predikovanou nezávislou proměnnou. Jejich vliv je vyjádřen pomocí regresních koeficientů. Kladné regresní koeficienty ( $\beta$ ) znamenají čím vyšší hodnoty prediktoru, tím vyšší hodnoty závisle predikované proměnné. Záporné regresní koeficienty znamenají čím vyšší hodnoty prediktoru, tím nižší hodnoty závisle predikované proměnné. Regresní koeficienty v lineární regresi udávají, o kolik se změní hodnota závisle proměnné, když nezávisle proměnná se zvýší o jednotku. 95% interval spolehlivosti (95 % CI) indikuje jaký rozsah bude mít s 95 % pravděpodobností hodnota beta v základním souboru (populaci). P-hodnota udává statistickou významnost koeficientu. Standardizované regresní koeficienty umožňují srovnávat míru vlivu jednotlivých nezávisle proměnných. Všechny tyto hodnoty jsou uvedeny v tabulkách mnohorozměrných lineárních regresí.

V tabulce č. 8 modely vysvětlovaly 48 % až 58 % variability závisle proměnných. Z hlediska vysvětlené variability závisle proměnné byl nejlepší model pro proměnnou Emoční pohodu (adj.  $R^2 = 0,578$ ). Na doménu Emoční pohodu měly signifikantní vliv také tyto tři proměnné (soběstačnost [ $\beta = 0,38$ ], důstojnost [ $\beta = -0,42$ ]) a bolest [ $\beta = -1,76$ ]) a k tomu i vzdělání ( $\beta = -4,26$ ). U pacientů s nižším stupněm vzdělání byla detekována vyšší kvalita života než u pacientů, kteří dosáhli středoškolského, nebo vysokoškolského vzdělání.

Na doménu Energie/únava měly signifikantní vliv tři proměnné, a to soběstačnost ( $\beta = 0,32$ ), důstojnost ( $\beta = -0,38$ ) a bolest ( $\beta = -2,66$ ). Vyšší hodnoty škály ADL zvyšovali hodnoty skóre domény Energie/únavy. Vyšší hodnoty škál bolesti a důstojnosti naopak snižují hodnoty skóre domény Energie/únava.

Na doménu Sociální funkce mělo významný vliv pohlaví ( $\beta = -6,79$ ), vzdělání ( $\beta = -6,63$ ), délka hospitalizace ( $\beta = -2,06$ ), soběstačnost ( $\beta = 0,87$ ), důstojnost ( $\beta = -0,39$ ) a bolest ( $b = -3,32$ ). Ženy a pacienti s vyšším vzděláním a s delší hospitalizací měli nižší kvalitu

života v doméně Funkce sociálních rolí. Soběstační pacienti s vyšší mírou důstojnosti a bolesti měli vyšší kvalitu života.

V tabulce č. 9 modely vysvětlovaly 18 % až 52 % variability závisle proměnných. Z hlediska vysvětlené variability závislé proměnné byl nejlepší model pro proměnnou Bolest (adj.  $R^2 = 0,516$ ). Na doménu Bolest měly signifikantní vliv čtyři proměnné, a to vzdělání ( $\beta = -7,23$ ), soběstačnost ( $\beta = 0,42$ ), důstojnost ( $\beta = -0,32$ ) a bolest ( $\beta = -5,43$ ). Vyšší hodnoty škály ADL zvyšují hodnoty skóre domény Bolest. Vyšší hodnoty škál bolesti a důstojnosti a vyšší vzdělání naopak snižují hodnoty skóre této domény.

Na doménu Obecné zdraví měly signifikantní vliv tyto čtyři proměnné, a to věk ( $\beta = 0,26$ ), soběstačnost ( $\beta = 0,42$ ), důstojnost ( $\beta = -0,29$ ) a bolest ( $\beta = -2,51$ ). Vyšší věk a vyšší soběstačnost zlepšují celkové skóre kvality života. Nižší hodnocení důstojnost a výskyt bolesti negativně ovlivňují kvalitu života.

Na doménu Změnu zdraví má významný vliv věk ( $\beta = 0,30$ ), soběstačnost ( $\beta = 0,51$ ) a bolest ( $\beta = -3,59$ ). Vyšší věk a vyšší soběstačnost zlepšují hodnocení kvality života. Vyšší míra bolesti snižuje kvalitu života v doméně Změna zdraví.

Tabulka 8 Mnohonásobné lineární regrese 1

Nezávislé proměnné	Závislé proměnné														
	Energie/únava					Emoční pohoda					Sociální funkce				
	$\beta$	st. $\beta$	p	95 % CI pro $\beta$		$\beta$	st. $\beta$	p	95 % CI pro $\beta$		$\beta$	st. $\beta$	p	95 % CI pro $\beta$	
Věk (po 1 roce)	-					-					-				
Pohlaví (muž/žena)	-					-					-6,79	-0,12	0,017*	-12,34	-1,24
Vzdělání (ZŠ, vyučen, SŠ, VŠ)	-					-4,26	-0,12	0,007**	-7,37	-1,16	-6,63	-0,12	0,009**	-11,62	-1,64
Sociální situace	-					-					-				
Délka hospitalizace (po 1 dni)	-					-					-2,06	-0,14	0,003**	-3,41	-0,72
ADL	0,32	0,17	0,006**	0,09	0,54	0,38	0,22	<0,001***	0,19	0,56	0,87	0,33	<0,001***	0,57	1,17
PDI	-0,38	-0,42	<0,001***	-0,49	-0,27	-0,42	-0,51	<0,001***	-0,51	-0,33	-0,39	-0,31	<0,001***	-0,53	-0,24
NRS	-2,66	-0,27	<0,001***	-3,71	-1,60	-1,76	-0,19	<0,001***	-2,64	-0,87	-3,32	-0,24	<0,001***	-4,79	-1,86
VIF (kolinearita)	1,509					1,391					1,329				
Durbin-Watson	1,757					2,088					1,919				
R <sup>2</sup> /Adjustované R <sup>2</sup>	0,486/0,479					0,585/0,578					0,539/0,526				

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; ZŠ = základní škola; SŠ = střední škola; VŠ = vysoká škola

Tabulka 9 Mnohonásobné lineární regrese 2

Nezávislé proměnné	Závislé proměnné														
	Bolest					Obecné zdraví					Změna zdraví				
	β	st. β	p	95 % CI pro β		β	st. β	p	95 % CI pro β		β	st. β	p	95 % CI pro β	
Věk (po 1 roce)	-					0,26	0,21	<0,001***	0,14	0,38	0,30	0,19	0,002**	0,11	0,50
Pohlaví (muž /žena)	-					-					-				
Vzdělání (ZŠ, vyučen, SŠ, VŠ)	-7,23	-0,15	0,002**	-11,76	-2,71	-					-				
Sociální situace	-					-					-				
Délka hospitalizace (po 1 dni)	-					-					-				
ADL	0,42	0,18	0,003**	0,15	0,69	0,42	0,24	<0,001***	0,20	0,64	0,51	0,22	0,001**	0,20	0,81
PDI	-0,32	-0,28	<0,001***	-0,46	-0,19	-0,29	-0,34	<0,001***	-0,39	-0,18					
NRS	-5,43	-0,43	<0,001***	-6,71	-4,14	-2,51	-0,27	<0,001***	-3,53	-1,49	-3,59	-0,29	<0,001***	-5,15	-2,04
VIF (kolinearita)	1,391					1,425					1,165				
Durbin-Watson	2,078					2,154					1,785				
R <sup>2</sup> /Adjustované R <sup>2</sup>	0,524/0,516					0,458/0,449					0,190/0,179				

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001; ZŠ = základní škola; SŠ = střední škola; VŠ = vysoká škola

## 5. DISKUZE

Diplomová práce zaměřena na kvalitu života hospitalizovaných pacientů s revmatologickým onemocněním a vliv vybraných faktorů. Kvalita života byla pro výzkum definovaná jako míra aktuální spokojenosti ve vztahu k důstojnosti, soběstačnosti a úrovni bolesti pro daného jedince. Výzkum byl vytvořen pro posouzení kvality života a dalších specifických podoblastí zdraví napříč spektrem revmatologických onemocnění. Výsledky z proběhlého šetření byly porovnávány s českými a zahraničními výzkumy. Cílem bylo nalézt vztah mezi vnímáním osobní důstojnosti, bolesti a vybranými socio-demografickými charakteristikami a jejich významem v hodnocení kvality života. Výzkum byl proveden pomocí anonymního dotazníkového šetření u hospitalizovaných pacientů s revmatologickou chorobou. První část dotazníkového souboru se zaměřila na hodnocení kvality života, druhá část byla zaměřena na hodnocení důstojnosti, soběstačnosti a bolesti. Závěr dotazníku tvořily položky socio-demografických charakteristik.

Námi ověřená reliabilita české verze SF-36 byla pro Cronbachova alfa a McDonaldova omega v rozmezí 0,775 do 0,956. Mezi hodnotami alfa a omega nebyl velký rozdíl. Coonse (2000, s. 16-18) uvádí reliabilita SF-36 pro všechny domény v rozmezí 0,65 do 0,94. Průměrná zjištěná reliabilita byla 0,78. Naše výsledky jsou téměř totožné s tímto výzkumem.

Výzkumná studie realizovaná v rámci této diplomové práce se zaměřila na zjištění, jak hospitalizovaní pacienti s revmatologickým onemocněním hodnotí svoji kvalitu života, a zda úroveň soběstačnosti, vnímání osobní důstojnosti, bolest a vybrané socio-demografické charakteristiky ovlivňují hodnocení kvality života u této skupiny pacientů.

Výsledky našeho výzkumu ukázaly, že hospitalizovaní pacienti s revmatologickým onemocněním v rámci kvality života nejlépe hodnotili domény Funkce emocionálních rolí, Sociální funkce a Fyzické funkce. Naopak nejhůře vnímali svoji kvalitu života v doménách Funkce fyzických rolí a Energie/únava. Naše výsledky se ztotožňují s výzkumy autorů Čalfová et al. (2011, s. 166-167), Kaase a Tóthové (2017, s. 171-176) a Lee et al. (2020, s. 1088-1093).

Prvním dílčím cílem bylo ověření vlivu důstojnosti na hodnocení kvality života. Silná korelace byla nalezena mezi škálou PDI-CZ a doménami kvality života Emocionální pohoda, Fyzické funkce, Energie/únava a Bolest. Švédská studie autorky Bergstenové et al. (2014, s. 194-196) dochází k závěrům, že ve vztahu k důstojnosti pacienty nejvíce tíží obava,

jak si mohou udržet, nebo i zlepšit kvalitu života i přes chronické onemocnění. Německá studie autora Offenbachera et al. (2021, s. 1995-2006) zkoumala jednotlivé faktory ovlivňující kvalitu života. Výsledky této studie ukazují, že bolest, spolu s disabilitou nejsou jediným faktorem ovlivňujícím kvalitu života u pacientů trpících fibromyalgií. Byl nalezen úzký vztah mezi hodnocením problémů, které jsou zařazeny i do položek dotazníku PDI-CZ (jako například úzkost, deprese a fyzický diskomfort) na psychickou a emoční složku kvality života. Můžeme tak říci, že hodnocení důstojnosti má své postavení v celkovém obraze kvality života a pro posílení důstojnosti je třeba se zaměřit na oblasti emoční pohody, podporovat pacienty v aktivitě a pomoci hledat pro ně ty vhodné a snažit se mírnit projevy bolesti.

Dále jsme se zaměřili na vztah mezi hodnotami ADL, tedy stupněm soběstačnosti, a vyjádřením kvality života pomocí dotazníku SF-36. Výsledky našeho výzkumu ukázaly středně silnou korelaci hodnot ADL s doménami Fyzické funkce, Funkce fyzických rolí, Funkce emocionálních rolí, Energie/únava, Sociální funkce, Emocionální pohoda a Bolest. Toto zjištění se shoduje s výsledky dalších autorů, kteří také ve svých studiích nacházeli silný vztah domén Fyzické funkce, Funkce fyzických rolí, Energie/únava a Bolest s mírou soběstačnosti. Různý stupeň disability byl nalezen ve více studiích až u dvou třetin respondentů. (Bae et al., 2018, s. 1007-1008; Ivorra et al., 2019, s. 1857-1864; Bai et al., 2020, s. 1-10; Zhou et al., 2020, s. 2337; van Leeuwen et al., 2021, s. 1-9) Česká studie autorů Kaase a Tóthové (2017, s. 171-176) prokázala až v 92 % případech výskyt různého stupně pohybového omezení. Z toho až 20 % dotazovaných mělo problém při výkonu svého povolání a u 40 % se vyskytovaly problémy ve vykonávání každodenních činností. V našem výzkumu byly průměrné i střední hodnoty ADL vysoké. Průměrná ADL činila 94 bodů a medián 100 bodů, což se v rámci hodnocení pohybuje v hladinách plné soběstačnosti. Hodnocení ADL se zde neosvědčilo jako komplexní nástroj pro sledování soběstačnosti ve vztahu ke kvalitě života. Velmi obecně se zaměřuje na pohybovou stránku a nereflektuje stav jemné motoriky. Častým problémem pacientů s revmatologickým onemocněním může být úchop (například pera nebo příboru) nebo činnosti jako poklek, ohýbání, skrčení se nebo přenesení nějakého předmětu. Toto potvrzují i autoři Xavier et al. (2019, s. 1-9) Z našich výsledků přesto vyplývá, že čím je větší soběstačnost (vyšší hodnoty ADL), tím je vyšší hodnocení kvality života pacienta.

Ve třetím dílčím cíli jsme se zaměřili na vliv bolesti na kvalitu života pacienta s revmatologickým onemocněním. Korelační koeficienty v našem výzkumu vykazují při hodnocení bolesti ve vztahu ke kvalitě života středně silnou korelaci. Nejvíce ovlivňuje oblast kvality života v doménách Fyzické fungování a Funkce fyzických rolí. Vnímání bolesti má vliv

i na domény Sociální funkce a Emoční pohodu. Čím bylo hodnocení bolesti vyšší (intenzivnější bolest), tím byla horší kvalita života. Toto potvrzuje i publikovaná meta-analýza z roku 2014, kde autoři uvádí vysokou závislost mezi bolestí a fyzickou aktivitou, vyčerpáním a sociální funkcí. (Matcham et al., 2014, s. 123–130).

Ve čtvrtém dílčím cíli jsme se zaměřili na zjištění vztahu mezi věkem a hodnocením kvality života. Naše výsledky naznačují, že mladší pacienti s revmatologickým onemocněním (věková kategorie do padesáti let) lépe hodnotili svoji kvalitu života v doménách Fyzická funkce, Funkce fyzických rolí, Funkce emocionálních rolí, Energie/únava a Bolest. Podobně jako v případě autorů Gezera et al. (2016, s. 850), kteří našli vztah vyššího hodnocení bolesti u pacientů s věkem nad 65 let, spolu s nižším hodnocením soběstačnosti, než v případě vzorku respondentů pod 65 let. Opačného zjištění dosáhl výzkum Bernerové et al. (2018, s. 1-10), kdy s klesající hodnotou věku, klesá i celkové hodnocení kvality života.

Poslední částí našeho výzkumu bylo zjistit pomocí mnohonásobné lineární regrese vliv vybraných faktorů na jednotlivé domény kvality života hodnocené pomocí SR-36. Výsledky ukázaly, že na *doménu Bolest* měly signifikantní vliv čtyři proměnné, a to *vzdělání, soběstačnost, důstojnost a bolest*. Horší vnímání osobní důstojnosti (vyšší skóre PDI-CZ), větší intenzita bolesti (vyšší hodnota NRS), větší stupeň nesoběstačnosti (nižší hodnota ADL) a nižší úroveň vzdělání snižovaly skóre hodnocení v této doméně. Jako zásadní faktory ovlivňující kvalitu života uvádí autoři Kaas a Tóthová (2017, s. 171-176) ve své studii vnímání bolesti a fyzické zdraví. Neméně zanedbatelná je složka psychické pohody pacienta.

V *doménách Energie/únava a Emoční spokojenost* bylo lepší hodnocení kvality života spojeno s *nižší intenzitou bolesti, vyšší soběstačností a lepším vnímáním osobní důstojnosti*. Respondenti kohortové studie systémového lupusu erythematodes z roku 2009 udávali až v 89 % případech výskyt bolesti a až 91 % případů únavy spojené s výskytem onemocnění, jejich výsledky byly prezentovány podobně jako v naší práci za pomoci dotazníkového šetření SF-36 a NRS (Colangelo et al., 2009, s. 2231–2237) Při porovnání s českými výsledky autorů Kaase a Tóthové (2017, s. 171-176) u pacientů s revmatoidní artritidou, můžeme dohledat podobné výsledky. U svých respondentů našli až v 98,5 % případů symptomy bolesti. Bolest zde byla zásadní i pro další domény dotazníkového šetření kvality života. Podobných závěrů dosáhla i studie Larice et al. (2019, s. 271-280)

*Doména Sociální funkce* byla v našem výzkumu ovlivňována více faktory. Horší hodnocení kvality života v této doméně měly *ženy, pacienti s vyšším stupněm dosaženého vzdělání a déle hospitalizovaní pacienti*. Také *nižší stupeň soběstačnosti, horší vnímání osobní*



*důstojnosti a vyšší intenzita bolesti* zhoršovaly hodnocení v této doméně. Rovněž Čalfová et al. (str. 166-167, 2011) poukazují na význam sociálního aspektu ve vnímání zdraví. Pohlíží na ženy, jako na ohroženou skupinu z hlediska zdravého sociálního fungování. Ženy ve svých životech zastávají mnoho životních rolí. Jejich nenaplňování činí zásah do kvality života.

V doméně *Změna zdraví* hrál významnou roli tři faktory, a to *věk, soběstačnost a bolest*. Pacienti s vyšším průměrným věkem, lepší soběstačností a nižší intenzitou bolesti vykazovali vyšší kvalitu života v této doméně. Španělská studie autorů Ivorry et al. (2019, s. 1857-1860) také zaznamenala změny ve vnímání zdraví ovlivněné věkem. V jejich výsledcích byl však vyšší věk spojen s nižším hodnocením kvality života. Výsledky ale mohly být ovlivněny středním až pokročilým stavem chronického onemocnění, zhoršeným vnímáním mobility a výskytem symptomů bolesti. Naše výsledky jsou podobné, jako u studie autorského kolektivu Gezera et al. (2016, s. 850), který jasně neprokázal vlivy věku na vnímání změn ve zdraví, jako v případě studie Irfan et al. (2020, s. 7-10), nicméně potvrzuje, že bolest významněji ovlivňuje hodnocení kvality života u lidí ve věku nad 65 let. Dále popisuje významné faktory únavy, deprese a horší kvalitu spánku u starší populace, které významně ovlivňují vnímání změn zdraví.

Mnohonásobná lineární regrese realizovaná v rámci výzkumu této diplomové práce ukázala, že pouze dva faktory - *úroveň soběstačnosti a bolest* - měly vliv na hodnocení kvality života ve všech doménách dotazníku SF-36. Třetím faktorem s vlivem na nejvíce domén (všechny domény mimo doménu *Změna zdraví*) byla *důstojnost*. Naše výsledky tak poukazují na důležitost zaměření ošetrovatelských intervencí u pacientů s revmatologickým onemocněním nejen na fyzickou oblast, tedy podporu soběstačnosti a tlumení bolesti, ale rovněž i na oblast psychologickou, tedy prevenci rizik ohrožení osobní důstojnosti pacienta, která má velký dopad na vnímání jeho kvality života.

### **Limity realizovaného výzkumného šetření**

Naše dosažené výsledky mají některé limity, díky kterým se dá obtížně zobecnit získaná data na celou populaci revmatologických pacientů. Hlavním limitem je místo sběru dat, které bylo vyhrazeno na III. interní klinice – nefrologické, diabetologické a endokrinologické ve Fakultní nemocnici Olomouc. Dalším limitem je možnost ovlivnění výsledků epidemiologickou situací spojenou s nákazou SARS-CoV-2 v roce 2021 a tím i omezováním

provozu některých oddělení. Data byla sbírána pro účely měření kvality života ve vztahu ke zdraví, a proto se nedají výsledky zobecnit na celkový obraz spokojenosti s životem respondentů. U pacientů nebyla zkoumána pokročilost onemocnění, nebo prognóza, mimo definovaná vyřazující kritéria. Posledním z vnímaných limitů práce je skutečnost, že se jedná o průřezovou studii, proto nebylo možné sledovat dynamiku a změny ve vnímání kvality života, která by mohla lépe a přesněji objasnit vliv některých faktorů na kvalitu života.

### **Doporučení pro další výzkum a klinickou praxi**

Na základě získaných dat jsme schopni zhodnotit, že kvalita života je u našeho vzorku revmatologických pacientů především spojena s úrovní energie, popřípadě výskytem únavy. Prokázali jsme, že hodnocení osobní důstojnosti se promítá do vnímání kvality života. Vystává tak význam dalších průřezových a longitudinálních šetření u reprezentativních vzorků respondentů k identifikaci specifických potřeb, nebo problémů. Pro další výzkum doporučujeme především zkoumání dynamiky kvality života a její proměnlivost z pohledu změny zdravotního stavu a dále zařazení položek jako BMI, měření svalové síly pomocí hand-grip testu a doplnění o test instrumentálních všedních činností (IADL).

Díky našemu výzkumu můžeme doporučit ošetrovatelskému personálu soustředit se nejen na fyzické aspekty kvality života, jakou jsou oblasti zdravého spánku a odpočinku, ale věnovat pozornost i psychologickým aspektům, zejména podpoře pozitivního vnímání osobní důstojnosti u svých pacientů. Takový přístup může pomoci pacientovi překonat akutní exacerbace onemocnění bez toho, aby to významně ovlivňovalo kvalitu jeho života.

## 6. ZÁVĚR

V naší výzkumné studii jsme věnovali pozornost hospitalizovaným pacientům s revmatologickým onemocněním. Naším hlavním cílem zjistit úroveň kvality života a rozpoznat faktory, které ji ovlivňují. Diplomová práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Hlavní část teoretické části práce pojednává o vlivech přispívajících ke změnám ve vnímané kvalitě života. Výzkumná část práce je zaměřena na hodnocení kvality života pomocí kvantitativní výzkumné metody za využití tištěných standardizovaných dotazníků v české verzi. Dotazníkové šetření se skládalo ze škál pro hodnocení kvality života SF-36 (36 - Item Short Form Survey Instrument), hodnocení důstojnosti PDI-CZ (Patient Dignity Inventory), úrovně soběstačnosti ADL (Activities of Daily Living) a úrovně bolesti NRS (Numeric Rating Scale). Výsledky výzkumu ukázaly, že vyšší hodnoty ve škále ADL zvyšují i skóre v doméně Energie v dotazníku SF-36. Bylo prokázáno, že vyšší hodnocení bolesti snižuje hodnocení důstojnosti a snižuje hodnocení v doméně Energie/únava. Další signifikantní výsledky byly zpozorovány u domény Emocionální pohoda, na kterou měly největší vliv tři proměnné a to soběstačnost, důstojnost a bolest. Zajímavou roli hraje i položka vzdělání, u respondentů se středoškolským a vysokoškolským vzděláním je hodnocení emocionální pohody nižší. Soběstační pacienti s vyšší mírou důstojnosti a nižší bolestí mají vyšší kvalitu života. Dále bylo zjištěno, že vyšší věk a vyšší soběstačnost zlepšují hodnocení kvality života.

Významným zjištěním této diplomové práce je skutečnost, že byly identifikovány tři faktory, které ovlivňovaly nejvíce domén kvality života. Jednalo se o soběstačnost, bolest a důstojnost. Toto zjištění vytváří platformu pro zahájení navazujícího výzkumu, který by se mohl zaměřit na hlubší zkoumání specifických problémů a potřeb v daných oblastech u pacientů s revmatologickým onemocněním.

Všechny cíle stanovené pro výzkumnou část této diplomové práce byly splněny.

## 7. REFERENČNÍ SEZNAM

BABINČÁK, Peter. Kritériá pre meranie kvality života v psychológii a ich aplikácia prostredníctvom rozdielového modelu kvality života. *Psychologie pro praxi* [online]. 2014, str. 77-87 [cit. 2022-02-10]. ISSN: 1803-8670 Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=e5h&AN=97212600&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>

BAE, Sang-Cheol et al. Factors associated with quality of life and functional disability among rheumatoid arthritis patients treated with disease-modifying anti-rheumatic drugs for at least 6 months. *International journal of rheumatic diseases* [online]. 2018, str. 1001-1009 [cit. 2022-04-27]. ISSN 1756-185X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1756-185X.12915>

BAI, Bingqing et al. Quality of Life and Influencing Factors of Patients with Rheumatoid Arthritis in Northeast China. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2020, str. 1-10 [cit. 2022-04-27]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1756-185X.12915>

BÁRTLOVÁ, Sylva et al. The quality of health of the Czech population at the age of 40+ using the Short Form – 36 (SF-36) questionnaire. *Kontakt* [online]. 2020, str. 16-26 [cit. 2022-04-27]. ISSN1212-4117. Dostupné z: DOI: 10.32725/kont.2020.003

BERGSTEN, Ulrika et al. Patient-Initiated Research in Rheumatic Diseases in Sweden – Dignity, Identity and Quality of Life in Focus When Patients Set the Research Agenda. *Musculoskeletal Care* [online]. 2014, č. 12, str. 194-197 [cit. 2022-04-27]. ISSN 15570681. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/msc.1073>

BERNER, Carolin et al. A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2018, č. 16 [cit. 2022-05-16]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1064-y>

BEŞIRLI, Aslı et al. The Relationship Between Anxiety, Depression, Suicidal Ideation and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Psychiatric Quarterly* [online]. 2020, č. 91, str. 53-64 [cit. 2022-05-16]. ISSN 0033-2720. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09680-x>

BODE, Christina et al. Body-self unity and self-esteem in patients with rheumatic diseases. *Psychology. Health* [online]. 2010, č. 15, str. 672-684 [cit. 2022-04-27]. ISSN 1354-8506. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.507774>

BORIKOVÁ, Ivana. Posudzovanie aktivít denného života. Ošetrovatelství a porodní asistence [online]. 2010, str. 24-30 [cit. 2022-04-27]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: <http://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2010/01/04.pdf>

BUSIJA, Lucy et al. Adult measures of general health and health-related quality of life: Medical Outcomes Study Short Form 36 – Item (SF-36) and Short Form 12 – Item (SF-12) Health Surveys, Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), Medical Outcomes Study Short Form 6D (SF-6D), Health Utilities Index Mark 3 (HUI3), Quality of Well-Being Scale (QWB), and Assessment of Quality of Life (AQoL). *Arthritis care & research* [online]. 2011, č. 63, str. 383–412 [cit. 2022-04-27]. DOI 10.1002/acr.20541. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/acr.20541>

COLANGELO, Kim J. et al. The Minimally Important Difference for Patient Reported Outcomes in Systemic Lupus Erythematosus Including the HAQ-DI, Pain, Fatigue, and SF-36. *Journal Of Rheumatology* [online]. 2009, č. 36, str. 2231-2237 [cit. 2022-04-27]. DOI 10.3899/jrheum.090193. Dostupné z: <https://doi.org/10.3899/jrheum.090193>

COONS, Stephen J. et al. A Comparative Review of Generic Quality-of-Life Instruments. *Pharmacoeconomics* [online]. 2000, č. 17, str. 13-35 [cit. 2021-11-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2165/00019053-200017010-00002>

ČALFOVÁ, Anna et al. Functional status and quality of life in patients with early and established rheumatoid arthritis. *Česká Revmatologie* [online]. 2011, č. 19, str. 164-168 [cit. 2022-04-28]. ISSN 1210-7905. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-84857579190&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>

DiRENZO, Dana D. et al. Anxiety impacts rheumatoid arthritis symptoms and health-related quality of life even at low levels. *Clinical and experimental rheumatology* [online]. 2020, č. 38, str. 1176-1181. [cit. 2022-04-28]. ISSN 0392-856X. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edswsc&AN=00600601200019&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. *Praha: Psychiatrické centrum*. 2006. ISBN 80-85121-82-4.

FAUSTO, Salaffi et al. The impact of different rheumatic diseases on health-related quality of life: a comparison with a selected sample of healthy individuals using SF-36 questionnaire, EQ-5D and SF-6D utility values. *Acta Biomed* [online]. 2019, č. 89, str. 541-557 [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: <https://www.mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/7298>

GEZER, Albayrak et al. Pain, depression levels, fatigue, sleep quality, and quality of life in elderly patients with rheumatoid arthritis. *Turkish Journal Of Medical Ssciences* [online]. 2017, č. 47, str. 847-853 [cit. 2022-05-16]. ISSN 1300-0144. Dostupné z: <https://aj.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag-17-47-3/sag-47-3-20-1603-147.pdf>

GREGOVÁ, Monika. Zánětlivá bolest zad a co dál? *Rehabilitation & Physical Medicine* [online]. 2020, č. 27, str. 108-114 [cit. 2022-02-20]. ISSN 1211-2658. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=asn&AN=146555355&lang=cs&site=eds-live&scope=site&authtype=shib&custid=s7108593>

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. *Praha: Grada*. 2011, str. 224. ISBN 978-80-247-3625-9.

HALL, Alicia. Quality of Life and Value Assessment in Health Care. *Health Care Anal* [online]. 2020, č. 28, str. 45-61 [cit. 2022-02-20]. DOI: 10.1007/s10728-019-00382-w. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31338667/>

HNILICOVÁ, Helena a Vladimír BENCKO. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař* [online]. 2005, č. 85, str. 656-660. [cit. 2022-03-20] ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc06002308>

CHOCHINOV, Harvey et al. The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity – related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2008, č. 36, str. 559–571 [cit. 2022-02-15]. ISSN 0885-3924. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018>

IRFAN, Rejja et al. Predictors of Quality of Life in Patients With Rheumatoid Arthritis in Pakistan: A Cross-Sectional Study. *Cureus* [online]. 2021, č. 13, str. 1-10 [cit. 2022-03-16]. ISSN 2168-8184. Dostupné z: <https://doi:10.7759/cureus.17381>

IVARSSON, Bo et al. The self-assessment Global Quality of Life scale: Reliability and construct validity. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* [online]. 2010, č. 14, str. 287-297 [cit. 2022-03-12]. ISSN 1471-1788. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/13651501.2010.48721>

- IVORRA, Román JA. et al. Health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus: a Spanish study based on patient reports. *Clinical rheumatology* [online]. 2019, č. 38, str. 1857-1864 [cit. 2022-03-02]. ISSN: 1536-7355. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10067-019-04485-6>
- JACOBSON, Nora. Dignity and health. Nashville, *Vanderbilt University Press*. 2012, v. 1, str. 232. ISBN: 9780826518613
- JORGE, Renata Trajano Borges et al. Body image in patients with rheumatoid arthritis. *Modern Rheumatology* [online]. 2010, č. 20, str. 491-495 [cit. 2022-04-27]. ISSN 1439-7595. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/s10165-010-0316-4>
- KAAS, Jiří a Valérie TÓTHOVÁ. Quality of life of patients who suffer from rheumatic arthritis. *Kontakt* [online]. 2017, č. 19, str. 159-164 [cit. 2022-05-17]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.07.001>
- KUCKIR, Martina et al. Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení. *Praha: Grada Publishing*. 2016, v. 1, str. 96. ISBN 978-80-271-9585-5.
- KWAN, Yu et al. Association between Helplessness, disability, and disease activity with health-related quality of life among rheumatoid arthritis patients in a multiethnic Asian population. *Rheumatology International* [online]. 2014, č. 34, str. 1085–1093 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00296-013-2938-2>.
- KISVETROVÁ, Helena et al. Czech Version of the Patient Dignity Inventory: Translation and Validation in Incurable Patients. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2018, č. 55, str. 444-450. [cit. 2022-02-15] ISSN 0885-3924. Dostupné z: <https://www.jpmsjournal.com/action/showPdf?pii=S0885-3924%2817%2930574-2>
- LARICE, Sara et al. Pain appraisal and quality of life in 108 outpatients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Psychology* [online]. 2019, č. 61, str. 271-280 [cit. 2022-05-16]. ISSN 0036-5564. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/sjop.12592>
- LEE, Hwai Jien et al. Fatigue and associated factors in a multi-ethnic cohort of rheumatoid arthritis patients. *International journal of rheumatic diseases* [online]. 2020, č. 23, str. 1088-1093 [cit. 2022-04-27]. ISSN 1756-185X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13897>
- MATCHAM, Faith et al. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the sf-36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* [online]. 2014. č. 44, str. 123–130 [cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2014.05.001>.

MAUSSEN, Jana. Shrnutí závěrečných zpráv expertních skupin pro identifikaci relevantních indikátorů kvality života v ČR. *Praha: Úřad vlády České republiky* [online]. 2018 [cit. 2021-11-20]. Dostupné z: [https://www.cr2030.cz/strategie/wp-content/uploads/sites/2/2018/05/kvalita\\_%C5%BEivota\\_celek.compressed.pdf](https://www.cr2030.cz/strategie/wp-content/uploads/sites/2/2018/05/kvalita_%C5%BEivota_celek.compressed.pdf)

NAGYOVÁ, Iveta et al. Vnímání bolesti u mužů a žen s reumatoidnou artritidou. *Česká Revmatologie* [online]. 2019, č. 27, str. 106–114 [cit. 2022-1-20]. ISSN 1210-7905 Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=asn&AN=141103225&authtype=shib&lang=cs&site=eds-live&scope=site>.

NORDENFELT, Lennart. The Four Notions of Dignity. Quality in Ageing and Older Adults [online]. 2005, č. 6, str. 17-21 [cit. 2021-06-25]. ISSN 1471-7794 Dostupné z: <https://doi.org/10.1108/14717794200500004>

OFFENBAECHER, Martin et al. Pain is not the major determinant of quality of life in fibromyalgia: results from a retrospective “real world” data analysis of fibromyalgia patients. *Rheumatology International: Clinical and Experimental Investigations* [online]. 2021, č. 41, str. 1995-2006 [cit. 2022-04-28]. ISSN 0172-8172. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00296-020-04702-5>

OLÍŠAROVÁ, Věra et al. Quality of life as a part of nursing. *Kontakt* [online]. 2013, č. 15, str. 14-21 [cit. 2022-02-02]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2013.003>

PYTEL, Aleksandra et al. Knowledge and selected variables as determinants of the quality of life and general health of patients with rheumatoid arthritis. *Advances in Clinical and Experimental Medicine* [online]. 2017, č. 26, str. 1411-1418 [cit. 2022-05-17]. ISSN 1899-5276. Dostupné z: <https://doi.org/10.17219/acem/68900>

ROGALEWICZ, Vladimír et al. Poznámka k použití dotazníku kvality života WHOQOL-BREF v českém prostředí. *Časopis lékařů českých* [online]. 2017, č. 156, str. 88-92 [cit. 2022-02-02]. ISSN 0008-7335. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/316981829\\_Poznamka\\_k\\_pouziti\\_dotazniku\\_kvality\\_zivota\\_WHOQOL-BREF\\_v\\_ceskem\\_prostredi\\_A\\_note\\_on\\_application\\_of\\_the\\_WHOQOL-BREF\\_questionnaire\\_on\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_the\\_Czech\\_environment](https://www.researchgate.net/publication/316981829_Poznamka_k_pouziti_dotazniku_kvality_zivota_WHOQOL-BREF_v_ceskem_prostredi_A_note_on_application_of_the_WHOQOL-BREF_questionnaire_on_quality_of_life_in_the_Czech_environment)

RAND CORPORATION. 36 – Item Short Form Survey from the RAND Medical Outcomes Study. (n.d.). *Rand.org* [cit. 2022-02-15]. 2022. Dostupné z: [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/mos/36-item-short-form.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html)

ÚZIS. Barthelové test. *UZIS.cz* [online]. 2022 [cit. 2022-03-18]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--barthelove-test>



VAN LEEUWEN, Nina M et al. Health-related quality of life in patients with systemic sclerosis: evolution over time and main determinants. *Rheumatology* [online]. 2021, č.60, str. 3646-3655 [cit. 2022-03-18]. ISSN 1462-0332. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa827>

VAUS, David. Analyzing social science data. *London: SAGE*. 2009, str. 80-92. ISBN 9780761959380

VEENHOVEN, Ruut. The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies* [online]. 2000, č.1, str 1-39 [cit. 2022-02-02]. ISSN 1389-4978. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/254803698>  
[The Four Qualities of Life\\_Ordering\\_Concepts\\_and\\_Measures\\_of\\_the\\_Good\\_Life](#)

XAVIER, Ricardo Machado et al. Burden of rheumatoid arthritis on patients' work productivity and quality of life. *Advances in Rheumatology* [online]. 2019, č. 59 [cit. 2022-05-15]. ISSN 2523-3106. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s42358-019-0090-8>

ZÁVADA, Jakub et al. Zdravím podmíněná kvalita života u pacientů s revmatoidní artritidou v průběhu prvního roku anti-TNF léčby. *Česká Revmatologie* [online]. 2013, č. 21, str. 123–130 [cit. 2022-03-18]. ISSN 1210-7905. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=asn&AN=93300089&lang=cs&site=eds-live&scope=site>

ZHOU, Wei et al. Fatigue and contributing factors in Chinese patients with ankylosing spondylitis. *Clinical rheumatology* [online]. 2020, č. 39, str. 2337-2344 [cit. 2022-04-27]. ISSN 1434-9949. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10067-020-04976-x>

## SEZNAM SKRATEK

ADL	Activities of Daily Living
APACHE II	Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System
BMI	Body Mass Index
DALE	Disability Adjusted Life Expectancy
DALYs	Disability Adjusted Life Years
EBP	Evidence Base Practise
FZV	Fakulta zdravotnických věd
HUI	Health Utility Index
HYE	Healthy Year Equivalent
IADL	Instrumental Activity Daily Living
MANSA	Manchester Short Assesment of Quality of Life
MG-QOL15	Myasthenia Gravis Quality of Life 15
NHP	Nottingham Health Profile
NRS	Numeric Rating Scale
PDI	Patient Dignity Inventory
PDI-CZ	Dotazník důstojnosti pacienta
PS	Pain Scale
QALYs	Quality-Adjusted Life-years
QWB	Quality of Well-Being Scale
s.	Strana
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

SF-36 - 36	Item Short Form Survey Instrument
SIP	Sickness Impact Profile
UP	Univerzita Palackého
UPAT	Mezinárodní nástroj pro měření bolesti
VAS	Visual Analogue Scale
VIF	Variance Inflation Factor
WHO	World Health Organization
WHOQOL-100	Dotazník kvality života WHO
WHOQOL-BREF	24 Položkový dotazník kvality života WHO

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Věkové zastoupení v souboru .....	40
Obrázek 2 Bodový graf s proloženou regresní přímkou ukazuje závislost hodnot domény Emotional well-being na hodnotách skóre PDI-CZ .....	43
Obrázek 3 Bodový graf s proloženou regresní přímkou ukazuje závislost hodnot domény Physical functioning na hodnotách skóre ADL .....	45
Obrázek 4 Bodový graf s proloženou regresní přímkou ukazuje závislost hodnot domény Pain na hodnotách škály NRS .....	47
Obrázek 5 Krabicový graf ukazuje rozdíl v rozložení hodnot domény Physical functioning v závislosti na věku pacientů .....	49

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Popisná statistika kvalitativních dat .....	39
Tabulka 2 Popisná statistika kvantitativních dat .....	39
Tabulka 3 Popisná statistika (míra polohy a variabilita) a reliabilita domén dotazníku SF 36 41	
Tabulka 4 Hodnoty korelačních koeficientů (r) a p-hodnoty .....	42
Tabulka 5 Hodnoty korelačních koeficientů (r) a p-hodnoty .....	44
Tabulka 6 Hodnoty korelačních koeficientů (r) a p-hodnoty .....	46
Tabulka 7 Popisná statistika a p-hodnota dvouvýběrového t-testu .....	48
Tabulka 8 Mnohonásobné lineární regrese 1 .....	52
Tabulka 9 Mnohonásobné lineární regrese 2.....	53

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.....	71
Příloha 2 Stanovisko FNOL .....	71
Příloha 3 Vzor dotazníku vyplňovaného respondenty.....	74



Fakulta  
zdravotnických věd

Genius loci ...

UPOL- 47677/1070-2021

Vážený pan  
Bc. Dominik Škopík

2021-02-25

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem **„Kvalita života u revmatologických pacientů“**, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

**souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .**

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.  
předsedkyně  
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci  
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880  
[www.fzv.upol.cz](http://www.fzv.upol.cz)



### Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Dominik Škopik

Datum narození: 31.7.1995 Telefon: 735 590 024 E-mail: Dominik.Skopik@fnol.cz

Kontaktní adresa: Šmeralova 990/3, Olomouc 77900

Přesný název školy/fakulty: Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Obor studia: Ošetrovatelská péče v interních oborech

Forma studia:  prezenční  kombinovaná  distanční

#### Téma závěrečné práce:

Kvalita života u revmatologických pacientů

#### Žadatel ve FNOL koná odbornou praxi:

ANO na pracovišti: \_\_\_\_\_ v termínu od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_  
 NE

#### Žadatel je zaměstnancem FNOL:

ANO na pracovišti: III. interní klinika - nefrologická, revmatologická a endokrinologická, oddělení 39A,R  
 NE

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: III. interní klinika - nefrologická, revmatologická a endokrinologická, oddělení 39A,R

#### Účel žádosti:

- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce  
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce  
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

#### Požadavek na (zaškrtněte):

*V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.*

Dotazníková akce  pro pacienty FNOL  pro zaměstnance FNOL

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 300

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: 26.2.2021 do: 31.12.2021

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

#### Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: \_\_\_\_\_

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:



Při nahlížení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHLED-001 Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie.

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: \_\_\_\_\_

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: \_\_\_\_\_ povolání: \_\_\_\_\_

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována: 2021

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: 26.2.2021 do: 31.12.2021

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat: Cílem DP je zjistit pomocí české standardizované verze dotazníku SF-36 (Dotazník kvality života Short Form - 36) kvalitu života u revmatologických hospitalizovaných pacientů. Dílčí cíle se zaměří na zjištění stupně soběstačnosti, úrovně bolesti, hodnocení osobní důstojnosti a socio-demografické charakteristiky ovlivňující kvalitu života u revmatologických pacientů.

Způsob zveřejnění závěrečné/seminární práce: Obhajoba u SZZ, theses.cz

Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?  ANO  NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis): 9.1.2021 

Schválil (datum podpis): 10.2.2021 

Ing. Bc. Andrea Drobiličová  
Náměstkyně nelékařských oborů  
Fakultní nemocnice Olomouc\*

Poznámky:

ČÍSLO DOTAZNÍKU

--	--	--

**I. - Dotazník kvality života Short Form – 36 (SF-36)**

**NÁVOD KE ZPRACOVÁNÍ:**

V tomto dotazníku jsou otázky týkající se vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak se vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti, jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte. Zakroužkujte **jednu odpověď** u každé otázky.

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

1. Výtečné	2. Velmi dobré	3. Dobré	4. Docela špatné	5. Špatné
------------	----------------	----------	------------------	-----------

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

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

Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

**3. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů**

1. Ano, omezuje hodně	2. Ano, omezuje trochu	3. Ne, vůbec neomezuje
-----------------------	------------------------	------------------------

**4. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole**

1. Ano, omezuje hodně	2. Ano, omezuje trochu	3. Ne, vůbec neomezuje
-----------------------	------------------------	------------------------

**5. Zvedání nebo nošení běžného nákupu**

1. Ano, omezuje hodně	2. Ano, omezuje trochu	3. Ne, vůbec neomezuje
-----------------------	------------------------	------------------------

**6. Vyjít po schodech několik pater**

1. Ano, omezuje hodně	2. Ano, omezuje trochu	3. Ne, vůbec neomezuje
-----------------------	------------------------	------------------------

**7. Vyjít po schodech jedno patro**

1. Ano, omezuje hodně	2. Ano, omezuje trochu	3. Ne, vůbec neomezuje
-----------------------	------------------------	------------------------

**8. Předklon, shýbání, poklek**

1. Ano, omezuje hodně	2. Ano, omezuje trochu	3. Ne, vůbec neomezuje
-----------------------	------------------------	------------------------

**9. Chůze asi jeden kilometr**

1. Ano, omezuje hodně	2. Ano, omezuje trochu	3. Ne, vůbec neomezuje
-----------------------	------------------------	------------------------

**10. Chůze po ulici několik set metrů**

1. Ano, omezuje hodně	2. Ano, omezuje trochu	3. Ne, vůbec neomezuje
-----------------------	------------------------	------------------------

**11. Chůze po ulici sto metrů**

1. Ano, omezuje hodně	2. Ano, omezuje trochu	3. Ne, vůbec neomezuje
-----------------------	------------------------	------------------------

**12. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci**

1. Ano, omezuje hodně	2. Ano, omezuje trochu	3. Ne, vůbec neomezuje
-----------------------	------------------------	------------------------

Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

**13. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?**

1. Ano	2. Ne
--------	-------

**14. Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?**

1. Ano	2. Ne
--------	-------

**15. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?**

1. Ano	2. Ne
--------	-------

**16. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?**

1. Ano	2. Ne
--------	-------

Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

**17. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?**

1. Ano	2. Ne
--------	-------

**18. Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?**

1. Ano	2. Ne
--------	-------

**19. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?**

1. Ano	2. Ne
--------	-------

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

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

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

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

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

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

Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

**23. Jste se cítil(a) pln(a) elánu**

1. Pořád	2. Většinou	3. Dost často	4. Občas	5. Málokdy	6. Nikdy
----------	-------------	---------------	----------	------------	----------

**24. Jste byl(a) velmi nervózní**

1. Pořád	2. Většinou	3. Dost často	4. Občas	5. Málokdy	6. Nikdy
----------	-------------	---------------	----------	------------	----------

**25. Jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?**

1. Pořád	2. Většinou	3. Dost často	4. Občas	5. Málokdy	6. Nikdy
----------	-------------	---------------	----------	------------	----------

**26. Jste pociťoval(a) klid a pohodu?**

1. Pořád	2. Většinou	3. Dost často	4. Občas	5. Málokdy	6. Nikdy
----------	-------------	---------------	----------	------------	----------

**27. Jste byl(a) pln(a) energie?**

1. Pořád	2. Většinou	3. Dost často	4. Občas	5. Málokdy	6. Nikdy
----------	-------------	---------------	----------	------------	----------

**28. Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek**

1. Pořád	2. Většinou	3. Dost často	4. Občas	5. Málokdy	6. Nikdy
----------	-------------	---------------	----------	------------	----------

**29. Jste se cítil(a) vyčerpán(a)?**

1. Pořád	2. Většinou	3. Dost často	4. Občas	5. Málokdy	6. Nikdy
----------	-------------	---------------	----------	------------	----------

**30. Jste byl(a) šťastný(á)?**

1. Pořád	2. Většinou	3. Dost často	4. Občas	5. Málokdy	6. Nikdy
----------	-------------	---------------	----------	------------	----------

31. Jste se cítil(a) unaven(a)?

1. Pořád	2. Většinou	3. Dost často	4. Občas	5. Málokdy	6. Nikdy
----------	-------------	---------------	----------	------------	----------

32. Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

1. Pořád	2. Většinou	3. Občas	4. Málokdy	5. Nikdy
----------	-------------	----------	------------	----------

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

33. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé

1. Určitě ano	2. Většinou ano	3. Nejsem si jist	4. Většinou ne	5. Určitě ne
---------------	-----------------	-------------------	----------------	--------------

34. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný

1. Určitě ano	2. Většinou ano	3. Nejsem si jist	4. Většinou ne	5. Určitě ne
---------------	-----------------	-------------------	----------------	--------------

35. Očekávám, že se mé zdraví zhorší

1. Určitě ano	2. Většinou ano	3. Nejsem si jist	4. Většinou ne	5. Určitě ne
---------------	-----------------	-------------------	----------------	--------------

36. Mé zdraví je perfektní

1. Určitě ano	2. Většinou ano	3. Nejsem si jist	4. Většinou ne	5. Určitě ne
---------------	-----------------	-------------------	----------------	--------------

## II. – Dotazník důstojnosti pacientů (PDI)

U každé položky prosím označte, do jaké míry je pro vás v posledních několika dnech problémem nebo důvodem k obavám:

1. Neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

2. Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

3. Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků (např. bolest, dušnost, nevolnost)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážený problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	---------------------	-----------------------------

**4. Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**5. Pocit deprese**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**6. Pocit úzkosti**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**7. Pocit nejistoty ohledně *mé* nemoci a léčby**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**8. Obavy o mou budoucnost**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**9. Neschopnost jasně myslet**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**10. Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**11. Pocit, že nejsem, kým jsem býval(a)**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**12. Pocit, že nejsem užitečný ani vážený**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**13. Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič)**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**14. Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**15. Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**16. Pocit, že mám „nedokončenou práci“ (např. věci, které jsem chtěl/a říct nebo udělat nebo nejsou uzavřené)**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**17. Obavy, že můj duchovní život nemá smysl**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**18. Pocit, že jsem přítěží pro ostatní**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**19. Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**20. Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**21. Necítím podporu od přátel nebo rodiny**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**22. Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**23. Pocit, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**24. Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**25. Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých**

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

**III. – Numerická škála bolesti (NRS)**

**1. V následující číslované přímce označte hodnotu vaší bolesti, kdy „0“ znamená stav bez bolesti a „10“ bolest nesnesitelnou**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE**

Váš věk ..... let

**Pohlaví**

1. muž

2. žena

**Nejvyšší dosažené vzdělání**

1. základní

2. vyučen

3. středoškolské

4. vysokoškolské

**Sociální situace**

1. Žiji doma sám/sama

2. Žiji doma s příbuznými,  
partnerem/kou

3. Žiji v domově pro seniory

**Zdravotnické pracoviště**

1. III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická

**Délka hospitalizace - počet dní .....**

**Hodnoty testů:**

ADL.....bodů