

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Petr Polách

**Kvalita života a deprese u Parkinsonovy nemoci**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Olomouc 2017

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

Olomouc 15. května 2017

-----

podpis

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při zpracování této diplomové práce. Dále děkuji Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dotazníků.

Mé poděkování patří rovněž zaměstnancům neurologických ambulancí a také respondentům, kteří si našli ochotu a čas pro vyplnění dotazníku.

Dále děkuji své rodině za podporu během studia a psaní této práce.

## **Anotace**

**Typ závěrečné práce:** Diplomová práce

**Téma práce:** Kvalita života pacientů s chronickým onemocněním

**Název práce:** Kvalita života a deprese u Parkinsonovy nemoci

**Název práce v AJ:** Quality of life and depression in Parkinson's disease

**Datum zadání:** 2016-01-27

**Datum odevzdání:** 2017-05-15

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

**Autor práce:** Polách Petr

**Vedoucí práce:** Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:** Cílem výzkumného šetření pro účely diplomové práce bylo zjistit míru kvality života a deprese a jejich vzájemný vztah u pacientů s Parkinsonovou nemocí a srovnat sledované proměnné s kontrolní skupinou. Teoretická část práce obsahuje čtyři hlavní kapitoly. První kapitola obsahuje souhrn poznatků o Parkinsonově nemoci. Popisuje projevy onemocnění zahrnující motorické, non – motorické a autonomní komplikace a jejich vliv na kvalitu života. Druhá kapitola se zabývá termínem kvalita života. Pojednává o konceptech kvality života, zaměření, hodnocení a významu. Samostatná část kapitoly je věnována kvalitě

života u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Třetí kapitola pojednává o depresi, věnuje se problematice ve spojitosti s Parkinsonovou nemocí, vzájemnému vztahu s kvalitou života a sumarizuje poznatky doložené studiemi. Poslední kapitola obsahuje souhrn teoretických poznatků včetně přehledu hypotéz. Další součástí práce je část výzkumná. K výzkumnému šetření pro účely diplomové práce a následnému splnění cílů byly použity dva standardizované dotazníky: dotazník kvality života WHOQOL - BREF a dotazník deprese BDI-II. Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že neexistuje statisticky signifikantní rozdíl v míře kvality života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Z výsledků lze také konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl v míře deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Lze také říci, že existuje signifikantní negativní vztah mezi celkovou kvalitou života a depresí u pacientů s Parkinsonovou nemocí.

**Abstrakt v AJ:** The aim of the research for this thesis was to determine the level of quality of life and depression and their relationship in patients with Parkinson's disease and to compare the observed variables with the control group. The theoretical part contains four main chapters. The first chapter contains a summary of the findings on Parkinson's disease. It describes manifestations of diseases including motor, non - motor and autonomic complications and their impact on quality of life. The second chapter deals with the term quality of life. It deals with concepts of quality of life, focus, assessment and meaning. A separate section of the chapter is devoted to the quality of life in patients with Parkinson's disease. The third chapter deals with depression, addresses issues related to Parkinson's disease, relationship to quality of life, and summarises the findings documented by studies. The last chapter contains a summary of theoretical informations, including a list of hypotheses. Another part of the work is part of research. A research survey for the purpose of thesis and subsequent fulfillment of the objectives have been used two standardized questionnaires: quality of life questionnaire WHOQOL - BREF and questionnaire for depression BDI - II. The results of the survey it was found that there is not a statistically significant difference in quality of life between the examined population and the control group. The results can also be said that there is a statistically significant difference in the rate of depression among the examined population and the control group. It can also be said, that there is a significantly negative relationship between overall quality of life and depression in patients with Parkinson's disease.

**Klíčová slova v ČJ:** Parkinsonova nemoc, kvalita života, deprese, vztah, WHOQOL – BREF, BDI – II

**Klíčová slova v AJ:** Parkinson's disease, quality of life, depression, relationship, WHOQOL – BREF, BDI – II

**Rozsah:** 66 stran, 10 s. příloh

## Obsah

Úvod .....	9
1 Popis rešeršní činnosti .....	11
2 Parkinsonova nemoc .....	13
3 Kvalita života.....	19
3.1 Kvalita života u pacientů s Parkinsonovou nemocí .....	22
4 Deprese .....	27
4.1 Deprese u Parkinsonovy nemoci.....	27
4.2 Vztah deprese a kvality života .....	30
5. Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy .....	31
6. Metodika výzkumu .....	34
6.1 Výzkumné cíle a hypotézy diplomové práce .....	34
6.2 Charakteristika souborů .....	35
6.3 Metody výzkumného šetření.....	36
6.4 Organizace výzkumného šetření .....	37
6.5 Metody statistického zpracování dat.....	38
7. Interpretace výsledků výzkumného šetření .....	39
7.1 Interpretace výsledků k cíli 1 .....	39
7.2 Interpretace výsledků k cíli 2 .....	43
7.3 Interpretace výsledků k cíli 3 .....	49
Diskuze .....	52
Závěr .....	55
Bibliografické zdroje .....	57
Seznam zkratk .....	63
Seznam tabulek: .....	64
Seznam grafů: .....	65
Seznam příloh .....	66

Přílohy .....67



## Úvod

Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění, jež má prevalenci 1 % ve věku nad 65 let (Bareš 2010, s. 13 - 15). V Evropě je tato prevalence odhadována v rozmezí 65,6/100 000 obyvatel až 12,500/100 000 obyvatel. Na podkladě daných údajů je odhadován počet pacientů s tímto onemocněním v České republice okolo 16 000 (von Campenhausen et al., 2005). Parkinsonova nemoc je charakterizována chronickým progresivním průběhem s projevy jak motorickými, tak senzitivními, autonomními i neuropsychiatrickými (Baláž 2013, s. 229 - 231). Motorické projevy Parkinsonovy nemoci jsou charakterizovány bradykinezi, rigiditou, tremorem, posturální nestabilitou a v počátcích onemocnění mohou být úspěšně léčeny dopaminergní léčbou. Po dvou až pěti letech se až u 50% pacientů vyvíjí motorické komplikace spojené s terapií levodopou (Visser et al., 2009 s. 392 - 396). Nemotorické projevy onemocnění jako jsou potíže s depresí, úzkostí, únavou, poruchami spánku, změnou vzhledu, potížemi s komunikací a s postupnou progresí onemocnění i kognitivní změny sehrávají významnou roli ve vnímání tohoto onemocnění pacienty. Negativní důsledek symptomů Parkinsonovy nemoci může vést ke zhoršení kvality života nemocného ve srovnání s ostatní populací (Havlíková et al., 2008, s. 475 - 480).

Důvodem realizace výzkumného šetření na téma „Kvalita života a deprese u Parkinsonovy nemoci“ byla skutečnost, že cílem moderního ošetřovatelství je klást důraz na kvalitu života. U pacientů s Parkinsonovou nemocí je depresivní symptomatologie součástí klinického obrazu a je proto potřeba porozumět vzájemným vztahům.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká je kvalita života u pacientů s Parkinsonovou nemocí a provést srovnání zkoumaného souboru s kontrolní skupinou. U zkoumaného souboru bylo výzkumné šetření dále zaměřeno na vztah deprese a kvality života.

Před zahájením rešeršní strategie byla prostudována následující literatura:

KÁŠ, Svatopluk. Neurologie pro praktické lékaře. Praha: Scientia Medica, 1993. 214 s. ISBN 80-855-2620-4.

REKTOR, Ivan a REKTOROVÁ, Irena. Centrální poruchy hybnosti v praxi. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. 196 s. ISBN: 80-7254-418-7.

ROTH Jan, Marcela SEKYROVÁ, Evžen RŮŽIČKA a kol., Parkinsonova nemoc, Maxdorf, 2005. 192 s. ISBN 80-7345-044-5

SCHWARZ, Shelley Peterman. Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. 109 s. Doktor radí. ISBN 9788024723211.


GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 224. ISBN 8024773570

## 1 Popis rešeršní činnosti

### ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



#### VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

- **Klíčová slova v AJ:** Parkinson's disease, quality of life, depression, relationship, WHOQOL – BREF, BDI - II
  - **Klíčová slova v ČJ:** Parkinsonova nemoc, kvalita života, deprese, vztah, WHOQOL – BREF, BDI – II
  - **Jazyk:** Anglický jazyk, Český jazyk, Slovenský jazyk
  - **Období:** 2008 – 2016
  - **Recenzovaná periodika**
- 

#### DATABÁZE:

BMČ, PROQUEST, MEDLINE, EBSCO, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR




NALEZENO ČLÁNKŮ: 468



#### VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

Duplicitní - 74  
Kvalifikační práce - 28  
Nesouvisející s tématem - 170  
Nerecenzovaná periodika – 196



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

PROQUEST - 8

MEDLINE - 2

EBSCO - 13

PUBMED - 1

BMČ – 13

Google scholar - 1

### **SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:**

**7** – Neurologie pro praxi

**2** - Movement disorders, Value in Health

**1** - Acta Neurologica Belgica, British medical journal, Česká geriatrická revue, Česká a slovenská psychiatrie, European Journal of Neurology, Journal of Neuroscience Nursing, European Neuropsychopharmacology, Folia Medica, Journal of the Neurological Sciences, Medicína po promoci, Nature Reviews, Neurodegenerative Disease Management, Neurology, Neurology and Neurosurgery, Neurology India, Nursing times, Parkinson disease, Parkinsonism, Practicus, Profese online, Psychiatrie, Psychiatrie pro praxi, Psychologické dimenze kvality života, Quality of Life Research, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, The Journal for Nurse Practitioners, Wound Medicine,



Pro tvorbu teoretických východisek bylo využito **38** dohledaných článků a **2** monografie

## 2 Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc je chronické progresivní neurodegenerativní onemocnění, které vzniká na podkladě degenerativního zániku neuronů v pars compacta substantiae nigrae a vede k depleci dopaminu ve striatu. Deplece dopaminu a dalších neurotransmiterů má za následek dysregulaci činnosti přímé a nepřímé motorické dráhy, jejichž součástí jsou bazální ganglia a motorická kůra (Dostál, 2013, s. 28 – 32).

Klinicky se Parkinsonova nemoc projevuje hypokineticko - rigidním syndromem, který je provázen obvykle klidovým třesem a posturálními poruchami (poruchami držení těla, stoje a chůze). Autoři Roth a Havránková uvádějí: „Klasický pohled na Parkinsonovu nemoc interpretuje jako prvotní podmínku rozvoje nemoci deficit dopaminu, který vzniká na podkladě předčasného a výrazného odumírání dopaminergních buněk v pars compacta substantiae nigrae“ (Roth a Havránková, 2008, s. 33 – 36).

Úbytek dopaminu je pozvolný. Klinický obraz Parkinsonovy nemoci nastává až při poklesu dopaminu pod 60% původního množství (Dostál, 2013, s. 28 – 32; Roth, Sekyrová a Růžička, 2005, s. 16 – 17). Klinický projev motorickými příznaky u Parkinsonovy nemoci je v přímé souvislosti s deficitem dopaminu, tudíž tento projev výrazně ustupuje po podání dopaminu. Efektu ústupu motorických příznaků je využito v léčbě i diagnostice Parkinsonovy nemoci.

Diagnostika Parkinsonovy nemoci je založena na klinickém neurologickém vyšetření a cílené anamnéze. Ulmanová a Růžička uvádějí, že diagnóza je klinicky pravděpodobná, pokud onemocnění má plynulý progresivní průběh a jsou-li přítomny nejméně dva ze tří hlavních příznaků Parkinsonovy nemoci, což jsou hypokineze, rigidita a klidový třes (Ulmanová a Růžička, 2007, s. 60 – 62).

Rektorová popisuje pro stanovení diagnózy nutnost přítomnosti bradykineze, která je charakterizována progresivním snížením rychlosti všech pohybů a také je narušena iniciace volního pohybu. Navíc musí být přítomen nejméně jeden z příznaků, jako je klidový třes (4 – 6 Hz), posturální instabilita, přičemž tato není způsobena primárně senzorickými nebo proprioceptivními poruchami či mozečkovou poruchou (Rektorová, 2004, s. 24 – 33).

Pro podporu stanovení diagnózy svědčí doprovodné symptomy, které se ne vždy vyskytují. Mezi tyto symptomy patří jednostranný začátek, u kterého přetrvává asymetrický těžší klinický průběh, přítomnost klidového třesu a progresivní průběh. Definitivní potvrzení diagnózy Parkinsonovy nemoci přináší diagnostický test ověření odpovědi na dopaminergní

podnět, v průběhu kterého dochází k výraznému zlepšení motorických symptomů. Během testu je postupně nasazena účinná látka Levodopa nebo agonista dopaminu. Pro odlišení od sekundárního Parkinsonismu jsou v diferenciální diagnostice využita i jiná vyšetření jako je CT nebo MRI mozku, biochemická vyšetření např. mědi, elektromyografie a jiné (Rektorová, 2004, s. 24 – 33; Ulmanová a Růžička, 2007, s. 60 – 62).

K diagnostice Parkinsonovy nemoci Vernonová uvádí, že jsou popisovány dvě fáze vývoje Parkinsonovy nemoci. První fáze je označována jako premotorická, druhá fáze jako motorická. První fáze premotorická může začít okolo šesti let před prvními motorickými symptomy. Nemocný je v této fázi bez typických příznaků Parkinsonovy nemoci. Tuto fázi rozděluje do šesti stupňů. První stupeň – snížení čichových vjemů, porucha polykání, zácpa, dysfunkce močového měchýře, sexuální dysfunkce, ortostatická hypotenze. Druhý stupeň – bolest, nepozornost, deprese, poruchy spánku, dysfunkce exekutivních funkcí. Třetí stupeň – autonomní dysfunkce, dysfunkce exekutivních funkcí, porucha chování v REM spánku, nepozornost, ospalost, dysfunkce kognitivních funkcí, kolísavé vědomí. Čtvrtý stupeň - dysfunkce exekutivních funkcí, apatie, emocionální problémy. Pátý stupeň – agnózie, apraxie. Šestý stupeň – senzomotorické dysfunkce. (Vernon, 2009, s. 195-206).

Motorickou fázi Vernonová definuje počínajícími klinickými projevy motorických příznaků. Dodává také, že asi u 15 % pacientů se vůbec neprojeví klidový třes jako typická známka Parkinsonovy nemoci (Vernon, 2009, s. 195-206).

S progresí onemocnění se motorické příznaky zhoršují. Především akineze a posturální nestabilita mohou často vést k invalidizaci nemocného s následným snížením kvality života (Roth a Havránková, 2008, s. 33 – 36).

Fenoménem, který je spojen s motorickými komplikacemi jsou nesporně pády. Příkladem významnosti pádů u pacientů s Parkinsonovou nemocí je průřezová studie u 160 pacientů s Parkinsonovou nemocí, kterou provedli ve Španělsku Contreras a Grandas, jež hodnotila právě riziko pádů. Výstupem průřezové studie bylo mimo jiné potvrzení, že se pády u pacientů s Parkinsonovou nemocí často vyskytují a opakují. V této studii měla jedna třetina respondentů zlomeninu a až jedna čtvrtina se potýkala s jiným závažným poraněním jako přímým důsledkem pádu (Contreras a Grandas, 2012, s. 1 – 10).

Porucha rovnováhy a s ní spojené deficity v posturálním řízení (zpožděný reakční čas, abnormální automatické posturální reakce a dyskineze) byly potvrzeny jako nejvýznamnější faktory vedoucí k pádu. Méně častým důvodem pádů se projevil „freezing“ a poruchy chůze. Porucha kognitivních funkcí byla rovněž prokázána jako významný determinant přispívající k pádům. Naopak ze studie vyplynulo, že třes nemá signifikantnější vliv na pády. Také nebyl

prokázán statisticky signifikantní rozdíl vlivu ortostatické hypotenze u pacientů s Parkinsonovou nemocí, kteří mají zkušenosti s pády, a těmi, kteří tyto zkušenosti nemají. Výstupy dokladovaly, že riziko pádů stoupá s věkem a progresí onemocnění (Contreras a Grandas, 2012, s. 1 – 10).

Do klinického obrazu Parkinsonovy nemoci patří také tzv. non – motorické příznaky, které jsou způsobeny postižením centrálních i periferních extranigrálních struktur (Menšíková, Nestrašil a Praško, 2013, s. 92 - 95). Na rozvoj těchto non – motorických symptomů má kromě deplece dopaminu vliv i narušená funkce jiných neuromediátorových systémů - noradrenergního, serotoninergního a cholinergního. Projevy non – motorických příznaků, které se výrazně podílí na vnímání kvality života nemocného, se objevují v různé intenzitě a v různých fázích onemocnění (Rektorová, 2004, s. 24 – 33; Roth a Havránková, 2008, s. 100 – 103). Část jich je spojena s časným stádiem Parkinsonovy nemoci, kdy non – motorické příznaky mohou předcházet i motorickým projevům onemocnění, v tomto případě jsou označovány jako premotorické (Vernon, 2009, s. 195-206). Některé zahraniční studie se těmito příznaky zabývají intenzivněji. Jejich cílem je snaha nalézt potenciaální prediktory počínající fáze onemocnění (Roth a Havránková, 2008, s. 100 – 103).

Geneze a progresse non – motorických symptomů nemusí být v přímé souvislosti s neurodegenerativními změnami na podkladě primárního onemocnění, tedy Parkinsonovy nemoci, ale často právě souvisí s léčbou, a to s dopaminergní terapií, stejně jako je tomu u motorických symptomů (Menšíková, Nestrašil a Praško, 2013, s. 92 - 95).

Jedním z fenoménů vznikající v souvislosti s léčbou je dopaminový dysregulační syndrom. Výskyt dopaminergního dysregulačního syndromu je popisován u 4% nemocných, častěji u mužů, kteří jsou charakterizováni počátkem onemocnění v nízkém věku a užívají dopaminergní terapii. Kamarádová et al. uvádějí vyšší incidenci a prevalenci syndromu u osob, které mají v anamnéze závislost na alkoholu a osobnostní rysy, jejichž hlavním charakterem je sklon vyhledávat něco nového nebo mají jinou psychiatrickou zátěž. Projevy tohoto syndromu jsou variabilní (Kamarádová et al., 2013, s. 136 – 140).

Asi nejkritičtější pro nemocného a jeho okolí se jeví výskyt patologického hráčství, které má devastující vliv zejména na sociální vztahy. Patologické hráčství je definováno jako „nepřiměřené, persistentní a maladaptivní hráčské chování, které má následky pro rodinný, osobní a profesionální život. Je klasifikováno jako porucha kontroly impulzů a je chápáno jako nefarmakologická závislost“ (Kamarádová et al., 2013, s. 136 – 140). Kamarádová et al. sumarizují, že zejména léčba dopaminergními agonisty stojí za vznikem patologického

hráčství. Uvádějí, že je incidence patologického hráčství vyšší u nemocných s Parkinsonovou nemocí léčených dopaminergními preparáty, než v běžné populaci, přičemž charakteristiky a rizikové faktory jsou shodné jako v obecné populaci (Kamarádová et al., 2013, s. 136 – 140).

Závěr studie Kamarádové et al. se shoduje s výsledky studie, kterou provedli Molina et al. v roce 2000 ve Španělsku. Studie se zúčastnilo 12 pacientů, kteří byli vybráni ze souboru 250 pacientů. U těchto respondentů došlo k progresi Parkinsonovy nemoci a byla zahájena léčba Levodopou. Pacienti před zahájením studie a léčby Levodopou podstoupili neurologické, psychiatrické a psychologické vyšetření. Vyšetření byla cílena zejména na výskyt či absenci psychopatologie ve spektru poruchy kontroly impulsivity a přístupu k hráčství. Po počátku léčby Levodopou se u 10 pacientů objevilo patologické chování ve formě hraní výherních automatů. Toto patologické chování bylo vždy přítomno, popřípadě se výrazně zvýšilo ve stavu „ON“. V průběhu studie měli motorickou fluktuaci všichni pacienti. Studie tak tedy prezentovala přímou souvislost vlivu Levodopy na chování nemocných a jejich sklonu k patologickému hráčství. Výherní automaty se staly zdrojem her pro nemocné ve stavu „ON“, navíc se s terapií Levodopou jejich postoj k výherním automatům zhoršoval (Molina et al. 2000, s. 869 - 872).

Menšíková et al. k dopaminergnímu dysregulačnímu syndromu mimo jiné uvádějí: „Toto označení bylo původně použito v roce 1997 k definici syndromu drogové závislosti, charakterizováno nekontrolovatelným užíváním drog a způsobného dysfunkcí systému odměny zahrnujícího dopaminergní mezokortikolimbické okruhy“ (Menšíková, Nestrašil a Praško, 2013, s. 92 - 95).

Nejzávažnějším problémem pacientů s Parkinsonovou nemocí je, že nejsou schopni kontrolovaného užívání dopaminergní léčby, která by nebyla vyšší, než je nezbytně nutná dávka k léčbě motorických symptomů. Negativní emocionální stavy jako je úzkost, porucha nálady a podrážděnost, typické pro abstinenční syndrom, provázejí rovněž nedostatek dopaminergních léčiv, pokud dochází k jejich náhlému vysazení. Tzv. Middlesex Group prof. Andrewa Leese zkoumala dopaminergní dysregulační syndrom a objasnila mnohé souvislosti s Parkinsonovou nemocí, a proto je podle této skupiny užíván termín Leesův syndrom (Menšíková, Nestrašil a Praško, 2013, s. 92 - 95).

Další oblastí symptomatologie Parkinsonovy nemoci je široké spektrum poruch v autonomním systému, jež nemocným často způsobují velké potíže. Tyto klinické komplikace jsou pestré, patří k nim gastrointestinální potíže, urologické a sexuální dysfunkce nebo ortostatická hypotenze. Problém u těchto poruch autonomního systému spočívá mimo jiné i v tom,



že málo reagují na dopaminergní léčbu. Často je u nich pozorován efekt fluktuace, krátké a dlouhé periody, analogické se stavy „ON/OFF“ (Lökk a Fereshtehnejad, 2013, s. 169 – 183).

Typickým příkladem gastrointestinálních poruch vnímaného jako obtěžující je obstipace. Rozvoj obstipace u Parkinsonovy nemoci lze chápat jako multifaktoriální, neboť se na něm podílí sama základní diagnóza, ale i projevy stáří či vlastní chování nemocného. Vlivem farmakologického efektu při léčbě základního onemocnění dochází k prolongovanému průchodu střevního obsahu tenkým střevem a snížené sekreci střevních šťáv. Chování pacienta má vliv na snížený příjem tekutin, důsledkem je zhušťování střevního obsahu a opět zpomalení pasáže, stejně tak snížená tvorba střevních šťáv z nedostatku tekutin na jejich tvorbu. Projevy stáří i progresu Parkinsonovy nemoci mají negativní vliv na snížení mobility a následně dochází také ke snížené motilitě střev (Lökk a Fereshtehnejad, 2013, s. 169 – 183).

K problematice obstipace u Parkinsonovy nemoci se vyjadřuje Dostál a uvádí, že u této skupiny nemocných je její prevalence až 50% u pacientů v časném stádiu. Poukazuje na zajímavost vyplývající z velké prospektivní studie, kdy u necelých šesti tisíc pacientů bylo objeveno relativně vyšší riziko vývoje Parkinsonovy nemoci u subjektů s méně než jednou stolicí denně, ve srovnání s těmi, u nichž byla defekace frekventovanější. Toto riziko bylo 2,7x vyšší (Dostál, 2013, s. 28 – 32). Tato zmíněná prospektivní studie probíhala mezi léty 1971 – 1974 u 6790 mužů a skupina byla sledována po dobu 24 let, následně vyhodnocena (Abott et al., 2001, s. 456 – 462).

Nemocní s Parkinsonovou nemocí velmi často trpí také potížemi, jež jsou spojené s dysfunkcí močového měchýře, a to až v 70 %. Tyto potíže jsou charakterizovány hyperaktivitou detruzoru a následnému častému nucení na močení se zvyšující se frekvencí, ke kterému se přidává i nykturie (Lökk a Fereshtehnejad, 2013, s. 169 – 183). Urgentní močení nezřídka přechází do stavu inkontinence. U mužů se přidávají obtíže s erekcí (Dostál, 2013, s. 28 – 32).

U nemocných s Parkinsonovou nemocí je možno pozorovat výskyt ortostatické hypotenze až u 30 % pacientů, z toho asi u jedné pětiny pacientů je symptomatická. To znamená, že je v příčinné souvislosti s progresí Parkinsonovy nemoci. Pravděpodobnou příčinou je šíření neurodegenerativních změn (alfa-synukleinu) do neokortexu a limbického systému a části periferního autonomního systému (Lökk a Fereshtehnejad, 2013, s. 169 – 183; Dostál, 2013, s. 28 – 32).

Lökk a Fereshtehnejad uvádějí, že ortostatická hypotenze má příčinnou souvislost s pády, neboť způsobuje nestabilní chůzi, generalizovanou slabost a únavu. Naproti tomu Contreras a Grandas však ve své průřezové studii potvrdili, že ortostatická hypotenze nepatří k statisticky významnému faktoru vedoucím k pádům u pacientů s Parkinsonovou nemocí (Contreras a Grandas, 2012, s. 1 – 10; Lökk a Fereshtehnejad, 2013, s. 169 – 183).

Do klinického obrazu progresivní fáze Parkinsonovy nemoci patří i dysfagie, která se vyskytuje až u 90 % nemocných. Dostál uvádí, že dysfagie může být po relativně dlouhou dobu asymptomatická a vede pouze k tzv. „tichým aspiracím“. Ovšem výskyt manifestní dysfagie u pokročilé fáze onemocnění může být fatální. Aspirace mohou způsobit např. pneumonii a zhoršení celkového zdravotního stavu pacienta s infaustními následky. Důsledky dysfagie jsou častou příčinou úmrtí (Lökk a Fereshtehnejad, 2013, s. 169 – 183; Dostál, 2013, s. 28 – 32).

Parkinsonova nemoc může ovlivnit i některé sensorické funkce. Roth a Havránková popisují jako projev časného stádia zvýšení prahu pro čich. Tento zvýšený práh se v průběhu trvání onemocnění zvyšuje a může vést až ke ztrátě čichu. Podobně dochází k poruše barevné diskriminace a kontrastní senzitivity v oblasti zrakového vnímání. Nejedná se však o poruchy, které by měly významný vliv na vnímání kvality života, neboť si je nemocní většinou ani neuvědomují (Roth a Havránková, 2008a, s. 33 – 36).

Závažnou komplikací Parkinsonovy nemoci pro pacienty a často i pro jejich pečovatele představuje demence. Drobné kognitivní poruchy, zejména exekutivní dysfunkce, se vyskytují již v časném stádiu Parkinsonovy nemoci a po letech u asi 20 – 30 % přechází v globální kognitivní deficit, jež může vyústit v demenci. Jedná se o subkortikální typ demence, kdy je porucha exekutivních funkcí a jsou relativně zachovány paměťové a fatické funkce (Ulmanová a Růžička, 2007, s. 60 – 62; Calne a Kumar, 2003, s. 242 – 251).

Cotton a Heisters udávají, že jistou formu demence má jedna třetina nemocných a u 80 % se některá forma demence s vývojem onemocnění projeví (Cotton a Heisters, 2012, s. 12 – 14). Také Dostál uvádí, že u pacientů s Parkinsonovou nemocí dochází k rozvoji kognitivních změn již od počátku onemocnění. Syndrom demence se vyznačuje dysfunkcí kognitivních funkcí minimálně ve dvou sférách jako jsou pozornost, orientace, počítání, verbální schopnosti, exekutivní funkce, abstrakce, praxe nebo úsudek. Jejich vzájemnou kombinací dochází k rozvoji syndromu demence, který má často výrazný vliv na kvalitu života pacienta i pečovatele a blízkého okolí. Také zmiňuje australskou kohortovou studii, v níž se kognitivní deficit objevil po patnácti letech trvání nemoci u 84 %, a z toho u 48 % se plně rozvinul syndrom demence (Dostál, 2013, s. 28 – 32).

### 3 Kvalita života

Pojem kvalita života je chápán velmi odlišně v každodenním životě a v oblasti výzkumu. Naproti tomu přesná definice má svůj zásadní význam pro vědecké účely. Podle všeobecných názorů je kvalita života multidimenzionální konstrukt, jež není přímo měřen, ale lze jej zobrazit jen v jeho dílčích komponentech. Existují rozličné názory, které komponenty mají být zahrnuty. Zdraví tvoří základ definice kvality života dle Světové zdravotnické organizace, která zahrnuje fyzické, psychologické a sociální podmínky člověka. Někteří autoři poukazují na to, že kvalita života zahrnuje mnohem méně objektivní dostupnost hmotných a nehmotných věcí jako stupeň, kterého je dosaženo fyzickými, psychologickými a sociálními podmínkami (Augustin, 2014, s. 29 – 38).

Dle Gurkové je důležitá konceptualizace pojmu kvality života. Uvádí, že jsou dva základní přístupy. Kvalita života jako konstrukt na úrovni celé populace a konstrukt zaměřený na individuum. První konstrukt je zaměřen na vytvoření generických definic, jež by byly aplikovatelné na lidskou populaci jako celek. Jsou sledovány objektivní ukazatele kvality života mezi různými společnostmi, které odrážejí rozvoj. Druhý postoj odráží specifické konstrukty individuální kvality života. Takovým příkladem je kvalita související se zdravím (Health Related Quality of Life) a subjektivní pocit pohody (Gurková, 2011, s. 24).

Augustin uvádí, že obecné měření kvality života je nutné odlišit od měření kvality života související se zdravím, neboť to zahrnuje všechny oblasti kvality života, jež se týkají příslušných domén zdraví jednotlivců. To však musí být také odlišeno od specifického měření kvality života souvisejícím se zdravím, neboť to se zaměřuje na zvláštnosti určitého onemocnění (Augustin, 2014, s. 29 – 38).

Počátky výzkumu kvality života sahají do konce 60. a počátku 70. let minulého století. V této době byl výzkum zaměřen na indikátory blahobytu a kvalita života vyjadřovala míru shody v objektivních životních podmínkách a jejich subjektivního hodnocení velkými skupinami lidí. Jednalo se o výzkum zaměřený na stav společnosti. Džuka uvádí, že objektem zájmu byly ekonomické a sociální indikátory kvality života jako jsou finanční příjem a materiální zabezpečení, nezávislost a politická svoboda, sociální spravedlnost, právní jistoty a úroveň zdravotní péče. Posléze se i subjektivní indikátory kvality života jako jsou subjektivní pohoda a spokojenost se životem dostaly do centra pozornosti (Džuka, 2004, s. 42 – 63).

V posledních letech se do popředí zájmu dostává individuální kvalita života díky významnému podílu psychologických věd ve vztahu k osobnostním faktorům. Na tomto

podkladě vznikly tři konceptualizační a metodologické přístupy zabývající se individuální kvalitou života – psychologický, sociologický a medicínský (zdravotnický). V sociologickém pojetí je kvalita života chápána v souvislosti s životní úrovní. V psychologickém přístupu je kladen důraz například na spokojenost jedince, pohodu, štěstí a sebeaktualizaci. Základem medicínského přístupu je zdraví a funkční stav jedince (Gurková, 2011, s. 29 - 30).

Gurková také uvádí, že došlo ke vzniku tří rozdílných konceptualizací individuální kvality života a odlišných forem jejího měření. Jedná se o Kvalitu upravených let života (Quality - Adjusted Life Years), jež představuje výsledek spolupráce ekonomických disciplín s medicínskými. Dále Subjektivní pohoda (Subjective Well - Being), která je produktem sociálních věd. Medicínské vědy jsou spojeny s pojmem Kvality života související se zdravím (Health Related Quality of Life) (Gurková, 2011, s. 29 - 30).

Speciálně na významu nabytí právě pojem kvalita života při hodnocení výsledků medicínských postupů. V souvislosti s tímto kritériem není hodnotná pouze změna v klinické symptomatologii nebo prodloužení života, ale dává důraz zejména na to, jak nemocný svůj zdravotní stav přežívá a zvládá aktivity denního života a celkově funguje v sociálních vztazích (Džuka, 2004, s. 42 – 63).

Reprezentantem, který vnímá kvalitu života za mnohorozměrný konstrukt, jenž integruje i subjektivní pohodu, je Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO). Tato organizace definuje kvalitu života jako „individuálně vnímanou životní situaci v kontextu určité kultury a určitého hodnotového systému, ve vztahu k vlastním cílům, očekáváním, hodnotícím kritériím a zájmům“ (Agustin et al., 2014, s. 30). Z této definice vyplývá, že individuální kvalita života je ovlivňována tělesným zdravím, psychickým stavem, stupněm nezávislosti, sociálními vztahy a ekologickými vlastnostmi životního prostředí (Agustin et al., 2014, s. 29 – 38).

Gurková a Žiaková také uvádějí, že kvalita života je definována tím, jak ji subjektivně vnímá daný jednatel. Z tohoto vyplývá, že chápání kvality života závisí na vlastním systému hodnot jednotlivce, který je třeba při měření identifikovat a respektovat. V kontextu ošetřovatelství popisují jako základní charakteristiky kvality života její subjektivitu a individualitu, dynamický charakter, hodnotovou orientovanost, vyjadřující rozpor mezi očekáváním a realitou, možnostmi a skutečností. Jako další charakteristickou známku definují reflektování hodnocení vlivu všech oblastí života na všeobecnou pohodu a spokojenost jednotlivce, a to i těch, které se nevztahují ke zdraví. V konečné podobě chápou kvalitu života jako komplexní pojem, který sám o sobě má širší význam než jen samostatně používaný pojem bez vztahu ke konkrétnímu onemocnění, neboť vyjadřuje kombinaci

osobního prožívání pohody, spokojenosti a určitého sociálního postavení. Nastiňují také, že teoreticko - metodologickým východiskem pro kvalitu života v ošetrovatelství představuje celostní přístup k člověku a v tomto přístupu sehrávají centrální úlohu otázky potřeb a hodnot člověka ve stavu onemocnění a jejich vzájemnými vazbami (Gurková a Žiaková, 2009, str. 89 – 103).

Přestože je snaha o objektivní zhodnocení kvality života, z její definice je zřejmé, že nejlépe může být měřena sebehodnocením z pohledu samotného pacienta. S ohledem na měření kvality života, základní metodické problémy vyplývají ze skutečnosti, že kvalita života není přímo pozorovatelná, ale může být kvantifikována pouze prostřednictvím modelu. I přes metodologické obtíže s měřením kvality života jako samostatného fenoménu bylo zhotoveno několik nástrojů k jejímu hodnocení. HRQoL(Health Related Quality of Life), tedy kvalitu života související se zdravím lze měřit generickými i specifickými nástroji. Nespornou výhodnou generických nástrojů je jejich schopnost komparace různých skupin onemocnění. Specifické nástroje pro dané onemocnění mají lepší schopnost diferenciací a větší senzitivitu ke změnám (Skevington, Sartorius a Amir, 2004, s. 1 – 8; Palta, 2013, s. 211 – 214).

Světová zdravotnická organizace (WHO) si dala za cíl vytvořit hodnotící nástroj kvality života, jehož hlavním cílem bylo, aby byl použitelný pro srovnání kvality života i v různých kulturách. Ve spolupráci mnoha výzkumných center vznikla skupina The WHOQOL Group. Výsledkem spolupráce této skupiny vznikl nástroj pro hodnocení subjektivně vnímané kvality života WHOQOL – 100. Tento nástroj hodnotí vnímání jednotlivců v rámci jejich kultury a hodnotových systémů, jejich osobních cílů, standardů a obav. Nástroj byl vyvinut a testován ve spolupráci mnoha center (WHO online).

WHOQOL – 100 obsahuje 100 položek reprezentujících 24 faset (aspektů), které jsou organizovány v šesti doménách. Jedná se o fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualitu a celkovou kvalitu života. WHOQOL – 100 byl vyvíjen v 15 centrech po celém světě. Každé centrum vyvinulo test ve svém národním jazyce. Centra úzce spolupracovala, simultánně používala stejné protokoly, které byly založeny na mezinárodním konsenzu, a to v každé fázi vývojového procesu. Tato spolupráce WHOQOL centra při sdílení informací během projektu umožnila vysokou rovnost koncepce mezi jazykovými verzemi a umožnila vytvoření multilingválního nástroje. WHOQOL – BREF byl vyvinut jako zkrácená verze WHOQOL – 100 pro využití v situacích s časovým omezením, kde zátěž respondentů je nutno minimalizovat a kde detaily jednotlivých faset jsou nezbytné, jako například velké epidemiologické studie nebo klinické studie. S využitím dat získaných za účelem vzniku WHOQOL – 100 byly vybrány položky

pro vznik WHOQOL – BREF tak, aby byla zachována schopnost explanace jednotlivých domén. Obsahuje 26 otázek, které jsou rozděleny do čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života (kvalita života a spokojenost se zdravím) (Skevington, Lotfy a O’Connell, 2004, s. 299 – 310).

V kontextu hodnocení kvality života u pacientů s Parkinsonovou nemocí patří WHOQOL – BREF mezi nesespecifické, generické nástroje, jež lze použít ke srovnání kvality života mezi těmito pacienty, ale i ke srovnání kvality života s kontrolní skupinou, např. zdravých jedinců nebo provést srovnání s jiným onemocněním (Vaňásková a Bednář, 2013, s. 133 – 135). Jak uvádí Dragomerická a Bartoňová (2006, s. 144 – 149), které vytvořily českou verzi, tento dotazník koresponduje s požadavky kladenými na měření kvality života a kopíruje subjektivní aspekt respondenta.

Příkladem využitelnosti nástroje WHOQOL – BREF u pacientů s Parkinsonovou nemocí je výzkumná studie provedená Arunem et al. v Indii, kteří zkoumali vztah deprese, disability a kvality života u pacientů s Parkinsonovou nemocí u hospitalizovaných pacientů. Cílem této studie bylo zhodnotit prevalenci deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí, její vliv na vnímanou kvalitu života a provést srovnání s jinými chronickými onemocněními. Studie popisuje srovnání 46 pacientů s diagnózou Parkinsonova nemoc a kontrolní skupiny 30 pacientů s jinými chronickými onemocněními. Výsledkem studie v souvislosti s vnímáním kvality života bylo zjištění, že kvalita života ve srovnání s kontrolní skupinou byla špatná téměř ve všech doménách. Pacienti s Parkinsonovou nemocí měli špatné skóre v doménách fyzické zdraví, prožívání a prostředí. Pouze v doméně sociální vztahy skóre lepší, avšak stále nižší ve srovnání s kontrolní skupinou (Arun et al., 2011, s. 185 – 189).

### **3.1 Kvalita života u pacientů s Parkinsonovou nemocí**

U Parkinsonovy nemoci, jež je chronické, progresivní neurodegenerativní onemocnění, jsou jádrem klinických manifestací hybné poruchy. K těmto poruchám se navíc přidružují neuro – psychologické potíže, autonomní dysfunkce a terapeutické komplikace, které dále zhoršují disabilitu pacientů a snižují kvalitu jejich života (Dostál, 2013, s. 28 – 32).

Cílem studie, kterou provedli Hristova et al. v Bulharsku v letech 2005 - 2007 bylo posoudit kvalitu života pacientů s Parkinsonovou nemocí a určit míru negativního vlivu onemocnění na různé aspekty životního stylu. Hristova et al. potvrzují, že Parkinsonova nemoc svou základní symptomatologií negativně ovlivňuje kvalitu života. Ve své studii také

došli k závěru, že kvalita života souvisí s pohlavím. Dle jejich závěru je nižší vnímání kvality života u žen. Rozdíly jsou dominantně v oblastech mobility, emocionálního well-beingu, tělesném diskomfortu a sociální opoře. Také zjistili, že pacienti žijící na venkově mají nižší kvalitu života ve srovnání s těmi, kteří žijí v městských oblastech, především v oblasti mobility, běžné denní aktivity a stigmatu (Hristova et al., 2009, s. 58 – 64).

Významným klinickým důsledkem Parkinsonovy nemoci, která má vliv na vnímání snížení kvality života, je únava. Únava je definována jako subjektivní prožitek charakterizovaný extrémní fyzickou vyčerpaností, nedostatkem energie, slabostí a celkovou fyzickou a mentální vyčerpaností. Nedávné studie dokladují, že fyzické a mentální komponenty únavy jsou často na sobě nezávislé. Fyzická únava je častou stížností pacientů s Parkinsonovou nemocí. Objevuje se po neadekvátním spánku nebo odpočinku, rovněž po fyzickém vyčerpání, kdy je spojována s úbytkem hybné síly a hypomotorikou jako následek parkinsonismu. Mentální komponentu únavy označují jako nepříjemný stav po vysilujícím duševním úsilí nebo nedostatek motivace k iniciaci pohybu (Havlíková et al. 2008, s. 475 – 480).

Vliv heterogenních rozměrů únavy, které mají vliv na vnímání kvality života, prezentovali Havlíková et al. ve své průřezové studii. Průřezové studie se zúčastnili hospitalizovaní a ambulantně léčení pacienti pro Parkinsonovu nemoc na východním Slovensku v období od února 2004 do listopadu 2005. Nemocní vyplnili dotazníky MFI (Multidimensional Fatigue Inventory) a PDQ - 39 (Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire). Výzkum identifikoval spojení únavy s nižší kvalitou života, neboť výskyt únavy je prediktorem snížení kvality života ve všech doménách. Domény tělesného diskomfortu, mobility a emocionálního citění byly ovlivněny nejvíce. Se zaměřením na různorodé komponenty únavy, mentální domény (zejména mentální únava) byly prediktorem snížení psychosociální kvality života. I když je únava často označována jako jedna z hlavních stížností pacientů s Parkinsonovou nemocí, jejímu vlivu na kvalitu života však ještě není plně porozuměno. Závěr studie hodnotí únavu jako častý a významný faktor v životě nemocných s Parkinsonovou nemocí, která svým multidimenzionálním, fyzickým a mentálním aspektem negativně ovlivňuje kvalitu života ve všech doménách (Havlíková et al. 2008, s. 475 – 480).

Vernonová proto zdůrazňuje důležitost všech článků multidisciplinárního týmu včetně všeobecných sester, které se o nemocné pacienty s Parkinsonovou nemocí starají, aby pečlivě sledovaly a aktivně vyhledávaly známky únavy u nemocných. Klade důraz na nutnost pacienty podpořit, schopnost je vhodným způsobem motivovat ke cvičení a překonávat

nedostatek motivace, protože je to cesta, jak bojovat s únavou. Praktickou a empiricky ověřenou metodou je zapojení rodinných příslušníků do aktivizování nemocného (Vernon, 2009, s. 195 – 206).

Zkušenost s motorickými komplikacemi, jež mají značný podíl na sníženém vnímání kvality života, mají pacienti, u kterých je Parkinsonova nemoc v pokročilém stádiu. Toto změněné vnímání je způsobeno především sníženou mobilitou způsobující potíže v nezávislosti při zvládání denních aktivit. Ke snížené schopnosti zvládat denní aktivity vede přílišná hypokineze až akineze, rigidita, choreiformní a nedobrovolné pohyby (Lökk a Fereshtehjad, 2013, s. 169 – 183).

Rahman et al. se ve své studii zaměřili na specifické symptomy Parkinsonovy nemoci, které přispívají k ovlivnění kvality života pacientů s touto diagnózou. Svůj výzkum provedli v Anglii v Národní nemocnici pro neurologii a neurochirurgii. Výzkumu se zúčastnilo 130 pacientů, kteří byli hodnoceni paletou dotazníků zahrnujících PDQ – 39 jako specifického nástroje hodnocení kvality života u pacientů s Parkinsonovou nemocí a dotazníky zaměřenými na symptomy onemocnění a mobility. Autoři ve výsledcích studie poukazují, že nejvíce zarážejícím zjištěním bylo vysvětlení značného podílu rozptylu kvality života prostřednictvím fyzické a autonomní symptomatologie, komplikacemi souvisejícími s léky a stejně tak kognitivními a psychiatrickými problémy. Autoři také zdůrazňují, že s progresí onemocnění bylo vnímání kvality života sníženo ve všech doménách s výjimkou tělesného diskomfortu (Rahman et al., 2008, s. 1428 – 1434).

Negativní vliv na kvalitu života u pacientů s Parkinsonovou nemocí mohou mít také behaviorální příznaky, jako jsou např. poruchy kontroly impulsů a dopaminový dysregulační syndrom, které mohou komplikovat život nemocnému a jeho sociální interakci s nejbližším okolím. Jedná se o poruchy spojené s neschopností nemocného odolávat impulsům či pokušením. Složitě životní situace, do kterých se pacienti mohou dostat vlivem dopaminového dysregulačního syndromu, mohou mít vliv na kvalitu života nejen jich samotných, ale často se bezprostředně dotýkají jejich nejbližšího okolí. Spektrum těchto poruch zahrnuje např. patologické hráčství, hypersexualitu a nutkavé přejídání. Jsou také popisovány méně nápadné formy jako impulsivní nakupování surfování po internetu v nepřiměřeně dlouhých intervalech. V literatuře bývá popisován tzv. „punding“, jedná se o repetitivní chování (Bočková 2011, s. 28 – 31; Menšíková, Nestražil a Praško, 2013, s. 92-95).

Mezi klinické projevy Parkinsonovy nemoci, které mohou negativně ovlivnit vnímání kvality života, patří také autonomní dysfunkce. Jak uvádí Dostál: „Spektrum autonomních



příznaků je velmi bohaté. Mohou se vyskytovat již v počátečních stádiích choroby, ale většinou se výrazně akcentují v pozdních stádiích onemocnění a mohou být pak hlavními stížnostmi nemocných zcela zakrývající hybné příznaky choroby“ (Dostál, 2013, s. 28 – 32).

Naproti tomu Rahman et al. uvádějí, že žádný z autonomních symptomů Parkinsonovy nemoci nemá vysoce signifikantní vliv na vnímání kvality života. Ale připouštějí, že vliv těchto symptomů na vnímání kvality života v jejich studii nemusel být zachycen. Zdůrazňují, že pokud je inkontinence moče či stolice, zácpa, závratě nebo slabost brána jako méně striktní kritérium, pak signifikantně ovlivňují kvalitu života (Rahman et al., 2008, s. 1428 – 1434).

Araki a Kuno zkoumali incidenci mikčních dysfunkcí u pacientů s Parkinsonovou nemocí spolu se vztahem mikčních dysfunkcí a různými ukazateli onemocnění (závažnost onemocnění, doba trvání onemocnění, věk, pohlaví a terapie antiparkinsoniky). Jejich výzkumná studie byla provedena během jednoho měsíce u pacientů s Parkinsonovou nemocí, kteří navštívili neurologickou kliniku v období měsíce července roku 1997. Do studie bylo zařazeno 203 pacientů, kteří vyplnili dotazník IPSS (International prostate symptom score) sloužící ke zhodnocení symptomů dolních cest močových. Přestože je tento dotazník původně určen pro symptomy souvisejícími s benigní hyperplazií prostaty, tak tato studie prokázala jeho využitelnost pro hodnocení symptomů dolních cest močových u pacientů s neurodegenerativním onemocněním, zde s Parkinsonovou nemocí. V uváděné studii trpělo mikčními dysfunkcemi 27 % pacientů. V závěru studie autoři poukazují, že s mikčními dysfunkcemi koreluje závažnost a progresse onemocnění. Autoři došli mimo jiné také k závěru, že mikční dysfunkce mají vliv na vnímání kvality života (Araki a Kuno, 2000, s. 429 – 433).

Problematikou vlivu kognitivního deficitu a jeho vlivu na vnímání kvality života u pacientů s Parkinsonovou nemocí se zabývali Lawson, Yarnall a Duncan. Zkoumali vztah mezi mírnou kognitivní poruchou a kvalitou života. Cílem jejich studie bylo zjistit, zda u pacientů již s mírnou poruchou kognitivních funkcí dochází k ovlivnění vnímání kvality života. Své šetření provedli v Anglii u 219 pacientů s nově diagnostikovanou idiopatickou Parkinsonovou nemocí. Provedli srovnání s kontrolní skupinou čítající 99 respondentů. Ke zhodnocení kvality života využili PDQ - 39 (Parkinson's Disease Questionnaire). Pro zhodnocení kognitivních funkcí využili MMSE (Mini Mental State Exam) a MoCA (Montreal Cognitive Assessment). Výsledkem studie bylo potvrzení, že respondenti s mírnou kognitivní poruchou byli signifikantně starší než respondenti s normální kognicí. Trpěli závažnější motorickou symptomatologií, vykazovali vyšší skóre deprese a horší kvalitu

života. Autoři došli k závěru, že již mírná kognitivní porucha u pacientů s Parkinsonovou nemocí přispívá ke zhoršení kvality života (Lawson, Yarnall a Duncan, 2014, 1071 – 1075).

Wu et al., kteří zkoumali determinanty ovlivňující kvalitu života u pacientů s Parkinsonovou nemocí v jihozápadní Číně, došli k závěru, že jak demografické, tak specifické faktory onemocnění ovlivňují kvalitu života. Non – motorické symptomy autoři označili jako nejsilnější negativní determinant celkového vnímání kvality života. Jejich průřezový průzkum byl proveden u 649 pacientů v období červen 2009 až prosinec 2012 na neurologickém oddělení West China Hospital. Podobně jako Hristova et al. došli k závěru, že pacienti žijící na venkově vykazují sníženou kvalitu života. Rovněž se u nich potvrdila souvislost s pohlavím, kdy ženy vykazovaly sníženou kvalitu života v doménách emocionálního well-beingu a tělesného diskomfortu (Wu et al., 2014, s. 144 – 149).

Arun et al. využili ke zhodnocení kvality života WHOQOL - BREF, když zkoumali vztah deprese, disability a kvality života u pacientů s Parkinsonovou nemocí u hospitalizovaných pacientů. Výstupem jejich výzkumu bylo mimo jiné, že ve srovnání s kontrolní skupinou pacientů s chronickým onemocněním, pacienti s Parkinsonovou nemocí vykazovali celkové skóre kvality života horší. Pacienti s Parkinsonovou nemocí měli v doménách fyzické zdraví, prožívání a prostředí horší skóre než kontrolní skupina s jiným chronickým onemocněním (Arun et al., 2011, s. 185 – 189).

## 4 Deprese

Večerová – Procházková uvádí diagnostická kritéria pro depresivní epizodu podle MKN – 10. Všeobecná kritéria jsou charakterizována jako „depresivní nálada takového stupně, že je pro jedince naprosto nenormální, musí být přítomna po většinu dne a téměř každý den po dobu alespoň dvou týdnů, přičemž není ovlivněna okolnostmi“ (Večerová – Procházková, 2007, s. 79). Dalšími kritérii jsou ztráta zájmu a potěšení z aktivit, které jedince dříve těšily, pocit snížené výkonnosti a nedostatku energie či zvýšená únavnost. U deprese jsou přítomny také symptomy jako ztráta sebevědomí a sebeúcty. Pacient dále trpí neoprávněnými sebevýchýtkami nebo nepřiměřeným a bezdůvodným pocitem viny. Často se u takového klinického stavu vracejí myšlenky na smrt spojené se sebepoškozováním až sebevražedným jednáním. V popředí je snižená schopnost myslet a soustředit se, což má za následek nerozhodnost a váhavost. Změny psychomotorické aktivity s výskytem agitovanosti nebo spíše spojené s inhibicí. Mezi diagnostická kritéria deprese patří rovněž změny chuti k jídlu, a to jak zvýšená, tak snížená s odpovídající změnou hmotnosti. Diagnostickým vodítkem dle Večerové – Procházkové jsou i poruchy spánku, které rovněž vedou k nedostatku energie (Večerová – Procházková, 2007, s. 79 – 80).

Zeman udává, že výskyt deprese v populaci vyspělých států stabilně stoupá. Ve Spojených státech amerických je udávána prevalence deprese 16 %. Průměrná prevalence deprese v Evropských zemích je udávána 13 %. Nízký výskyt deprese je například ve Finsku, 5 % nebo v Holandsku 7,5 %. (Zeman, 2010, s. 71 – 75).

### 4.1 Deprese u Parkinsonovy nemoci

Grover konstatuje (2015, s. 65-76), že vztah mezi depresí a Parkinsonovou nemocí tvoří kruh, kdy při výskytu jednoho onemocnění se potencuje riziko vzniku toho druhého. Vernonová uvádí k výskytu deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí, že deprese se vyskytuje až u 50 % nemocných s touto diagnózou. Také dodává, že je vysoká pravděpodobnost podhodnocení tohoto čísla, protože symptomy únavy a nespavosti mohou být přičítány stáří či Parkinsonově nemoci (Vernon, 2009, s. 195 – 206).

S tímto se také ztotožňují Aarsland et al., kteří uvádějí, že deprese je jedna z nejčastějších non - motorických symptomů provázející pacienty s Parkinsonovou nemocí a uvádějí prevalenci 35 %. Přestože je deprese častým symptomem jiných onemocnění

a obecně i u starších lidí, důkazy naznačují, že u pacientů s Parkinsonovou nemocí je deprese častějším fenoménem ve srovnání s běžnou populací, ale i ve srovnání s jinými chronickými onemocněními (Aarsland et al., 2011, s. 35 – 47).

V souvislosti s depresí je vhodné zmínit riziko pádů, jakožto přímý důsledek motorických komplikací u Parkinsonovy nemoci, neboť jsou největším zdrojem morbidity a disability. Pády v kombinaci s involučními změnami souvisejícími se stárnutím vedou často ke zlomeninám, zejména zraněním kyčlí, poraněním hlavy, pohmožděninám a dalším poraněním, které mohou vést i k úmrtí. A právě samotná zkušenost s pádem často vede ke změně chování nemocného v oblasti mobility, neboť pacient má obavy z dalšího pádu, což má za následek změnu ve vzorci chování. Přímým důsledkem je vznik závislosti na jiné osobě, sociální izolace a následně i rozvoji stavů úzkosti až depresivních atak (Contreras a Grandas, 2012, s. 1 – 10; Valkovič, 2007, s. 367 – 370).

Grover uvádí, že na velkém vzorku retrospektivní studie bylo prokázáno, že u nemocných s rozvinutou Parkinsonovou nemocí byl 3,24 krát vyšší výskyt deprese než v kontrolní skupině. V další studii byla shromážděna data od 105 416 respondentů a hodnocena deprese u pacientů s diagnostikovanou Parkinsonovou nemocí. V této zprávě byl konstatován výskyt deprese 9,2 % u pacientů s Parkinsonovou nemocí a srovnán s kontrolní skupinou, kde byl výskyt pouhá 4 %. Rozdíl těchto dvou skupin byl statisticky signifikantní a vyplynulo z něj, že pravděpodobnost výskytu deprese u nemocných s Parkinsonovou nemocí činí 2,5. Z uvedeného vyplývá, že deprese se u těchto nemocných vyskytuje velmi často a je proto nutné ji věnovat zvýšenou pozornost (Grover et al., 2003, s. 311-312).

Udávaná prevalence deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí se v rozličných publikacích liší. Je to částečně dáno užívanými definicemi depresivních symptomů nebo samotné deprese. Stanovení diagnózy deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí může být značně ztíženo díky velkému překrývání symptomů deprese a motorické manifestace Parkinsonovy nemoci jako jsou například maskovitý obličej, zpomalenost pohybů, sexuální poruchy a poruchy spánku. Únava, malátnost a snížená iniciace pohybů jsou často způsobené nerozpoznanou depresí, jež může být odhalena strukturovaným interview. Vanderheyden et al. uvádějí, že prevalence deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí může být ovlivněna diagnostickým nástrojem. Mezi dostupné škály validované pro skrínig deprese u Parkinsonovy nemoci patří Beck Depression inventory (BDI), Geriatric depression scale (GDS) dle Yessavageho, Hamiltonova stupnice deprese (HAMD) a Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Také uvádějí, že vysoká, ale podhodnocená prevalence deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí spojená s negativním ovlivněním kvality života

vyžaduje detekovat symptomy deprese a potřebu hledat související faktory, které by dopomohly k diagnostice deprese v kontextu s Parkinsonovou nemocí (Vanderheyden et al., 2010, s. 148 – 156).

Vanderheyden et al. provedli průzkum v Belgii, kde zkoumali výskyt deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Zkoumaný soubor činil 1084 pacientů. Výsledkem výzkumu bylo zjištění, že 15,6 % pacientů trpí symptomatologií deprese (Vanderheyden et al., 2010, s. 148 – 156). Naproti tomu studie, kterou provedli Rodríguez – Violante v Mexiku, prokázala na podkladě vyplnění dotazníku BDI (Beck depression inventory) výskyt deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí u 33,3 %. Studie také prokázala, že depresivní symptomatologie je hlavní determinant kvality života související se zdravím. Autoři uvádí, že deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí je spojována se závažností postižení kognitivních a funkčních schopností, rychlejší progresse onemocnění zhoršuje kvalitu života a zvyšuje zátěž pro pečovatele (Rodríguez – Violante et al., 2012, 1293 – 1296).

Studie, kterou provedli Arun et al. potvrdila dokonce ještě vyšší prevalenci deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí, a to ve srovnání s jinými chronickými onemocněními. Pomocí hodnotícího nástroje BDI (Beck depression inventory) byla zjištěna prevalence u této skupiny pacientů 49,9 %. Pomocí hodnotícího nástroje MADRS (Montgomery - Asberg Depression Rating Scale) byla zjištěna podobná hodnota 54,3 % (Arun et al., 2011, s. 185 – 189).

Grover popisuje studii, ve které byl hodnocen vztah deprese a Parkinsonovy nemoci, v níž byla shromážděna data z kartoték 105 416 respondentů s diagnostikovanou Parkinsonovou nemocí a srovnán s kontrolní skupinou. Ve výsledné zprávě byl srovnán výsledek u kontrolní skupiny, kde činil výskyt deprese pouhá 4 %, zatímco u pacientů s Parkinsonovou nemocí byl 9,2 %. Statisticky signifikantní rozdíl těchto dvou skupin vedl k závěru, že pravděpodobnost výskytu deprese u nemocných s Parkinsonovou nemocí činí 2,5. Grover také dodává, že v několika studiích byl hodnocen výskyt deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí, v nichž míra výskytu deprese se pohybovala od 1,86 % až 5,1 % ročně (Grover, 2015, s. 65 - 76).

## 4. 2 Vztah deprese a kvality života

Snížení motorických funkcí, tělesný diskomfort a bolest jsou běžnými následky Parkinsonovy nemoci, které mohou vést k sociální izolaci a negativnímu vlivu na vnímání kvality života. Depresivní stavy jsou rovněž silným prediktorem snížení kvality života. Samotná deprese může být signifikantnějším prediktorem snížení kvality života než typické motorické symptomy (Grover, 2015, s. 65 - 76).

Deprese u Parkinsonovy nemoci je vnímána kombinací reakce na zvýšenou disabilitu a také jako součást onemocnění. Studie provedená Arunem et al. dokládá vztah deprese a vnímání kvality života. Autoři poukazují na signifikantní negativní korelaci mezi depresí a kvalitou života. Negativní korelace se v této studii projevila ve všech doménách. Na podkladě výsledků studie autoři dochází k závěru, že včasná detekce symptomů deprese sehrává důležitou roli k včasné léčbě či alespoň konzultaci a psychologické intervenci. Neodkladné řešení depresivní symptomatologie je determinantem k udržení stávající kvality života nebo vede k pozitivnímu zlepšení vnímání kvality života (Arun et al., 2011, s. 185 – 189). Také Lawson, Yarnall a Duncan (2014, 1071 – 1075), kteří zkoumali vliv mírné kognitivní poruchy u pacientů s Parkinsonovou nemocí potvrzují, že vyšší skóre deprese vede ke snížení kvality života.

Wu et al., kteří zkoumali determinanty ovlivňující kvalitu života u pacientů s Parkinsonovou nemocí v jihozápadní Číně, označili jako nejsilnější negativní determinant celkového vnímání kvality života non – motorické symptomy, přičemž depresivní symptomatologie patří mezi non – motorické symptomy u Parkinsonovy nemoci (Wu et al., 2014, s. 144 – 149).

## 5. Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy

Parkinsonova nemoc je progresivní neurodegenerativní onemocnění charakterizované zejména motorickými symptomy zahrnujícími tremor, rigiditu, bradykinezi a posturální instabilitu. Prevalence onemocnění je asi 1 % osob starších 60 let (Rektorová, 2004, s. 24 – 33). Součástí klinického obrazu tohoto onemocnění je senzitivní, autonomní i neuropsychiatrická symptomatologie. Spolu s terapeutickými komplikacemi léčby Parkinsonovy nemoci, které dále zhoršují disabilitu pacientů, dochází ke snížení vnímání kvality jejich života (Baláž, 2013, s. 229 - 231).

Kvalita života se stala v posledních desetiletích středem zájmů mnoha disciplín. Kvalita života upravených let (Quality-Adjusted Life Years) je výsledkem spolupráce ekonomických disciplín s medicínskými. Subjektivní pohoda (Subjective Well - Being) je produktem sociálních věd. Medicínské vědy jsou spojeny s pojmem Kvality života související se zdravím (Health Related Quality of Life) (Gurková, 2011, s. 29 - 30).

V souvislosti s hodnocením výsledků medicínských postupů pojem kvalita života postupně nabyl na významu. Kromě změn klinické symptomatologie nebo prodloužení života je kladen důraz především na to, jak nemocný svůj zdravotní stav přežívá a zvládá aktivity denního života, včetně fungování v sociálních vztazích (Džuka, 2004, s. 42 – 63).

Podle všeobecných názorů je kvalita života multidimenzionální konstrukt, který není přímo měřen, ale zobrazován pouze dílčími komponentami. Zdraví tvoří základ definice kvality života dle Světové zdravotnické organizace, která zahrnuje fyzické, psychologické a sociální podmínky člověka, včetně subjektivní pohody (Agustin et al., 2014, s. 29 – 38).

HRQoL (Health Related Quality of Life), tedy kvalitu života související se zdravím lze měřit generickými i specifickými nástroji. Nespornou výhodnou generických nástrojů je jejich schopnost komparace různých skupin onemocnění. Specifické nástroje pro dané onemocnění mají lepší schopnost diferenciací a větší senzitivitu ke změnám (Skevington, Sartorius a Amir, 2004, s. 1 – 8).

Světová zdravotnická organizace (WHO) si dala za cíl vytvořit hodnotící nástroj kvality života, jehož hlavním cílem bylo, aby byl použitelný pro srovnání kvality života i v různých kulturách. Ve spolupráci mnoha výzkumných center vznikla skupina The WHOQOL Group, jež vytvořila generický nástroj pro hodnocení kvality života WHOQOL - 100 a jeho zkrácenou verzi WHOQOL BREF (Skevington, Lotfy a O'Connell, 2004, s. 299 – 310).

Vliv Parkinsonovy nemoci na vnímání kvality života je doložen studii. Hristova et al. dokladují ve své studii, že Parkinsonova nemoc negativně ovlivňuje kvalitu života v různých aspektech života. Došli k závěru, že toto negativní vnímání souvisí s pohlavím, kdy ženy vykazovaly nižší vnímání kvality života s dominantními rozdíly v oblastech mobility, emocionálního well-beingu, tělesném diskomfortu a sociální opoře. V oblasti mobility, běžných denních aktivit a stigmatu je významně nižší vnímání kvality života pacientů žijících na venkově v komparaci s žijícími v urbanistickém prostředí (Hristova et al., 2009, s. 58 – 64).

Havlíková et al. svou průřezovou studií identifikovali negativní vliv únavy na vnímání kvality života ve všech doménách. Tato studie rovněž dokladuje vliv Parkinsonovy nemoci na domény tělesného diskomfortu, mobility a emocionálního citění (Havlíková et al. 2008, s. 475 – 480). Ovlivnění domény diskomfortu naopak neprokázala studie, kterou provedli Rahman et al. Potvrdili však, že Parkinsonova nemoc ovlivňuje všechny domény a poukázali na úměrnost změny kvality života prostřednictvím vlivu fyzické a autonomní symptomatologie, komplikacemi souvisejícími s terapií i kognitivními a psychiatrickými problémy (Rahman et al., 2008, s. 1428 – 1434).

Přestože studie Rahmana et al. nepotvrdila vliv autonomních dysfunkcí na percepci kvality života, studie, kterou provedli Araki a Kuno potvrdila vliv mikčních dysfunkcí na percepci kvality života spolu s prevalencí 27 % u pacientů s Parkinsonovou nemocí (Araki a Kuno, 2000, s. 429 – 433). Lawson, Yarnall a Duncan prokázali negativní vztah mírného kognitivního deficitu u pacientů s Parkinsonovou nemocí a kvalitou života. Navíc prokázali, že již mírný kognitivní deficit koreluje s rozvojem depresivní symptomatologie a zhoršení motorické symptomatologie (Lawson, Yarnall a Duncan, 2014, 1071 – 1075).

Wu et al. označili jako nejsilnější negativní determinant celkového vnímání kvality života non – motorické symptomy. Rovněž potvrdili souvislost vlivu demografických faktorů a faktoru pohlaví s kvalitou života podobně jako Hristova et al. (Wu et al., 2014, s. 144 – 149).

Udávaná prevalence deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí se v rozličných publikacích liší vlivem užívaných definicí depresivních symptomů nebo samotné deprese (Vanderheyden et al., 2010, s. 148 – 156). Grover udává výskyt deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí 9,2 %, zatímco v kontrolní skupině udává výskyt deprese 4 %. Zeman však udává, že výskyt deprese v populaci vyspělých států stabilně stoupá. Ve Spojených státech amerických je udávána prevalence deprese 16 %. Průměrná prevalence deprese v Evropských zemích je udávána 13 % (Grover, 2015, s. 65-76; Zeman, 2010,



s. 71 – 75). Vernonová uvádí k výskytu deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí, že deprese se vyskytuje až u 50 % nemocných s touto diagnózou. Také dodává, že je vysoká pravděpodobnost podhodnocení tohoto čísla, protože symptomy únavy a nespavosti mohou být přičítány stáří či Parkinsonově nemoci. (Vernon, 2009, s. 195 – 206).

Toto tvrzení koreluje s názorem Vanderheydena et al., kteří uvádějí, že prevalence deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí může být ovlivněna diagnostickým nástrojem. Mezi dostupné škály validované pro skrining deprese u Parkinsonovy nemoci patří Beck Depression inventory (BDI), Geriatric depression scale (GDS) dle Yessavageho, Hamiltonova stupnice deprese (HAMD) a Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Výsledkem jejich výzkumu bylo zjištění, že 15,6 % pacientů s Parkinsonovou nemocí trpí symptomatologií deprese (Vanderheyden et al., 2010, s. 148 – 156). Naproti tomu studie Rodríguez – Violante v Mexiku prokázala na podkladě vyplnění dotazníku BDI (Beck depression inventory) výskyt deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí 33,3 %. Studie rovněž potvrzuje, že depresivní symptomatologie patří mezi hlavní determinantu kvality života související se zdravím (Rodríguez – Violante et al., 2012, 1293 – 1296).

Studie provedená Arunem et al. demonstrovala ještě vyšší prevalenci deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí při srovnání s jinými chronickými onemocněními. Pomocí hodnotícího nástroje BDI (Beck depression inventory) byla zjištěna prevalence u této skupiny pacientů 49,9 %. Pomocí hodnotícího nástroje MADRS (Montgomery - Asberg Depression Rating Scale) byla zjištěna podobná hodnota 54,3 %. S využitím dotazníku WHOQOL - BREF také došli k závěru, že u pacienti s Parkinsonovou nemocí vykazovali horší celkové skóre kvality života. Jejich zkoumaný soubor měl v doménách fyzické zdraví, prožívání a prostředí horší skóre než kontrolní skupina s jiným chronickým onemocněním. Studie také dokládá vztah deprese a vnímání kvality života. Autoři poukazují na signifikantní negativní korelaci mezi depresí a kvalitou života (Arun et al., 2011, s. 185 – 189).

**Na základě rešeršní strategie a teoretických východisek byly formulovány teoretické hypotézy:**

1. Očekáváme, že je rozdíl v kvalitě života mezi pacienty s Parkinsonovou nemocí a kontrolní skupinou
2. Očekáváme, že je rozdíl v míře deprese mezi pacienty s Parkinsonovou nemocí a kontrolní skupinou
3. Očekáváme, že existuje vztah mezi kvalitou života a mírou deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí

## 6. Metodika výzkumu

Výzkumné šetření pro účely diplomové práce s názvem „Kvalita života a deprese u Parkinsonovy nemoci“ bylo provedeno formou kvantitativního výzkumu, kdy pro získání empirických dat byly použity české verze standardizovaných dotazníků WHOQOL – BREF a BDI – II. Design výzkumu byl schválen Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

### 6.1 Výzkumné cíle a hypotézy diplomové práce

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaká je kvalita života pacientů s Parkinsonovou nemocí a provést srovnání s kontrolním souborem. Od vymezení hlavního cíle se odvíjí stanovení dvou dílčích cílů.

**Cíl 1:** Zjistit míru kvality života a deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí naměřenou pomocí standardizovaných dotazníků WHOQOL – BREF a BDI – II

**Cíl 2:** Srovnat míru kvality života a deprese u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny

#### **Statistické hypotézy k cíli 2:**

**H01:** Neexistuje signifikantní rozdíl v míře celkové kvality života naměřené dotazníkem WHOQOL - BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

**HA1:** Existuje signifikantní rozdíl v míře celkové kvality života naměřené dotazníkem WHOQOL - BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

**H02:** Neexistuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI - II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

**HA2:** Existuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI - II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

**Cíl 3:** Zjistit vztah mezi mírou celkové kvality života a deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí

### **Statistické hypotézy k cíli 3:**

**H0<sub>3</sub>:** Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI - II a mírou celkové kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL - BREF u pacientů s Parkinsonovou nemocí

**HA<sub>3</sub>:** Existuje signifikantní vztah mezi mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI - II a mírou celkové kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL - BREF u pacientů s Parkinsonovou nemocí

## **6. 2 Charakteristika souborů**

Pro výzkumné šetření byli respondenti vybráni prostým záměrným výběrem založeným na dobrovolnosti a dostupnosti. Stanovena byla následující kritéria:

### **Zkoumaný soubor:**

- pacienti s diagnózou Parkinsonova nemoc dle diagnostických kritérií
- navštěvující vybrané 3 neurologické ambulance v Kroměříži a 1 neurologickou ambulanci v Holešově
- věk 18 a více let

**Kontrolní skupina byla vyrovnána co do věku, pohlaví a regionu. Zařazeni byli respondenti:**

- věková hranice 56 a více let
- stejný region
- pohlaví – muži i ženy
- nebyli diagnostikováni a léčeni s Parkinsonovou nemocí

Dotazníky byly distribuovány ve vybraných neurologických ambulancích v počtu 80 sad. Návratnost činila 54 sad dotazníků (67,5 %). Z toho byly tři sady dotazníků vyřazeny pro nekompletní vyplnění položek. Celkem bylo tedy do výzkumu zahrnuto 51 sad dotazníků. Z celkového počtu souboru 51 respondentů (100 %) se zúčastnilo celkem 27 (tj. 52,9 %) mužů a 24 (tj. 47,1 %) žen. Průměrný věk respondentů byl 73,9 let, medián věku byl 75 let.

Z celkového počtu respondentů zkoumaného souboru byl nejnižší věk 56 let a nejvyšší věk 90 let. Respondenti byli získáni v regionu okres Kroměříž.

Kontrolní skupinu činilo 52 respondentů (100 %) zařazených do výzkumného šetření. Z tohoto počtu se zúčastnilo celkem 27 (tj. 51,9 %) žen a 25 (tj. 48,1 %) mužů. Průměrný věk respondentů kontrolní skupiny byl 73,6 let, medián věku byl 71 let. Z celkového počtu respondentů kontrolní skupiny byl nejnižší věk 60 let a nejvyšší věk 91 let. Respondenti kontrolní skupiny byli získáni z regionu okres Kroměříž. Soubory byly vyrovnány co do věku, pohlaví a regionu.

Tab. 1 – Charakteristika zkoumaného souboru a kontrolní skupiny

	n (%)	Muži (%)	Ženy (%)	Věk průměr	Věk minimum	Věk maximum	Věk medián
ZS	51 (100)	27 (52,9)	24 (47,1)	73,9	56	90	75
KS	52 (100)	25 (48,1)	27 (51,9)	73,6	60	91	71

n = počet respondentů

ZS = zkoumaný soubor

KS = kontrolní skupina

### 6.3 Metody výzkumného šetření

V diplomové práci byla použita metoda kvantitativního výzkumu za využití standardizovaných dotazníků ke sběru dat. Sadu dotazníků tvořily dva standardizované dotazníky: WHOQOL – BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment) pro hodnocení kvality života a BDI – II (Beck Depression Inventory) pro hodnocení míry deprese. Součástí dotazníkové sady pro výzkumné šetření byl informovaný souhlas, který informoval účastníky o účelu výzkumného šetření k tvorbě diplomové práce spolu s ujištěním o anonymitě, vyplývajících rizicích a výhodách. Souhlas se zařazením do výzkumu respondenti vyjádřili vyplněním dotazníků.

Dotazník WHOQOL – BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment) je zkrácená verze dotazníku WHOQOL – 100, který byl vytvořen na podnět Oboru duševního zdraví Světové zdravotnické organizace. Na vytvoření dotazníku se podílelo 15 výzkumných center z celého světa. WHOQOL – BREF je tvořen 26 položkami rozdělenými do čtyř domén: fyzická, psychologická, sociální, prostředí a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a celkové hodnocení zdravotního stavu. Pro získání výsledku tohoto standardizovaného dotazníku je nutné vypočítat průměrné hrubé skóre jednotlivých domén, které jsou standardizovány tak, aby je bylo možné srovnávat s WHOQOL – 100. Pro doménu „Fyzické zdraví“ se průměrný hrubý skór počítá ze sedmi položek q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18. Doména „Prožívání“ sestává z průměrného hrubého skóre šesti položek q5, q6, q7, q11, q19, q26. Doménu „Sociální vztahy“ reprezentuje průměrná hodnota tří položek q20, q21, q22. Pro poslední doménu „Prostředí“ je průměrný hrubý skór vypočten z osmi položek q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25. Rozmezí hrubých skór se pohybuje od minima 4 do maxima 20 s tím, že vyšší hodnota značí lepší kvalitu života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 144 - 149).

Standardizovaný dotazník BDI – II vznikl v roce 1996 na podkladě revize BDI, kterou vytvořil Aaron T. Beck. Dotazník je složen z 21 položek a je screeningovou zkouškou používanou k hodnocení závažnosti deprese v psychologické, psychiatrické, lékařské praxi a výzkumu. Použití škály je u adolescentů nad 13 let a dospělých. Jednotlivé položky se dotazují na smutek, pesimismus, minulá selhání, ztrátu radosti, pocity viny, pocit potrestání, znechucení sám ze sebe, sebekritiku, sebevražedné myšlenky nebo přání, plačtivost, agitovanost, ztrátu zájmu, nerozhodnost, pocit bezcennosti, ztrátu energie, změnu spánku, podrážděnost, změny chutí k jídlu, koncentraci, únavu a ztrátu zájmu o sex. Každá položka je hodnocena body 0 – 3. Pokud respondent ohodnotil více jak jednu odpověď, započítává se ta s nejvyšším hodnocením. Maximum bodů je 63 bodů. Hodnocení výsledného skóre je následující: 0 - 13 bodů - minimální stupeň deprese, 14 - 19 bodů - lehký stupeň deprese, 20 - 28 bodů - středně těžký stupeň deprese, 29 - 63 bodů - těžký stupeň deprese.

#### **6.4 Organizace výzkumného šetření**

Výzkumné šetření probíhalo v neurologických ambulancích v Kroměříži a Holešově, region okres Kroměříž. Výběr ambulancí byl na podkladě prostého záměrného výběru.

Před realizací výzkumného šetření byli lékaři ordinace kontaktováni, byl jim sdělen důvod výzkumu v rámci tvorby diplomové práce a následně podepsali souhlas zdravotnického zařízení s realizací výzkumu.

Dotazníkové šetření zkoumaného souboru probíhalo v období od října roku 2016 do ledna 2017. Ke spolupráci byl získán zdravotnický personál vybraných neurologických ambulancí, který pacienty s diagnózou Parkinsonova nemoc dle diagnostických kritérií při pravidelných ambulantních kontrolách seznámil s podmínkami a účelem dotazníkového šetření. Pacienti se následně zapojili do dotazníkového šetření na podkladě dobrovolnosti. Do vybraných neurologických ambulancí bylo distribuovány dotazníky. Do výzkumu bylo zahrnuto 51 respondentů.

Dotazníkové šetření kontrolní skupiny bylo realizováno v období od listopadu roku 2016 do února 2017. Kontrolní skupina byla tvořena náhodně vybraným souborem respondentů z regionu okres Kroměříž. Omezujícím kritériem byla věková hranice 56 let a méně, tak, aby se kontrolní skupina shodovala se zkoumaným souborem a nedocházelo ke zkreslení výsledků. Dotazníky byly osobně rozdány a po vyplnění vloženy do neoznačené papírové obálky a vloženy do připraveného boxu pro zachování anonymity. Do výzkumu bylo zahrnuto 52 respondentů.

## **6.5 Metody statistického zpracování dat**

Pro statistické zpracování dat byl použit program MS Excel, jež je součástí kancelářského balíčku Microsoft Office a statistický program SPSS BASE 19. Pro zjištění normality dat byl použit Shapiro-Wilk test. Bylo zjištěno, že data se signifikantně liší od normálního rozložení dat, proto byl použit neparametrický test Mann – Witney test. Pro zjištění vztahu mezi sledovanými proměnnými byl použit neparametrický Spearmanův test. Testy byly prováděny na hladině významnosti 0,01.

## 7. Interpretace výsledků výzkumného šetření

### 7.1 Interpretace výsledků k cíli 1

Cíl 1: Zjistit míru kvality života a deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí naměřenou pomocí standardizovaných dotazníků WHOQOL – BREF a BDI – II

K dosažení cíle zjištění míry celkové kvality života byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF a pro zjištění míry deprese byl použit standardizovaný dotazník BDI – II.

Dotazník WHOQOL – BREF hodnotí celkovou kvalitu života samostatnou otázkou „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ Možné odpovědi jsou „velmi špatná, špatná, ani špatná ani dobrá, dobrá velmi dobrá“. Ve výzkumném šetření zahrnoval zkoumaný soubor 51 (100 %) pacientů s diagnózou Parkinsonova nemoc dle diagnostických kritérií. Z celkového počtu dotazovaných respondentů hodnotili celkovou kvalitu života 3 respondenti jako velmi špatnou (6 %), jako špatnou ji hodnotili také 3 respondenti (6 %). Hodnocení ani špatnou ani dobrou zvolilo 18 respondentů (35 %). Kvalitu svého života jako dobrou hodnotilo 21 respondentů (41 %) a jako velmi dobrou 6 respondentů (12 %). Přehled výsledků uvádí tabulka č. 2. a graf č. 1.

*Tabulka č.2 - Přehled naměřených hodnot celkové kvality života zkoumaného souboru respondentů*

CKŽ	n (%)	$\bar{x}$	Modus	Medián	$\sigma$	Velmi špatná n (%)	Špatná n (%)	Ani špatná, ani dobrá n (%)	Dobrá n (%)	Velmi dobrá n (%)
Celkem	51	3,47	4	4	0,98	3 (6%)	3 (6%)	18 (35%)	21 (41%)	6 (12%)

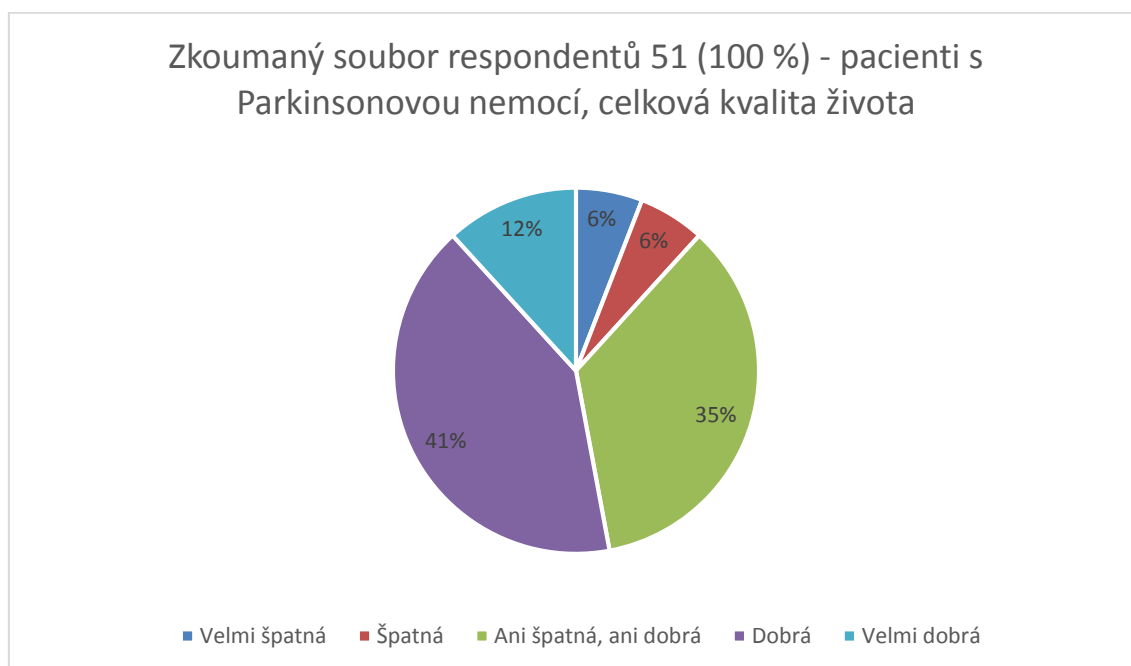
CKŽ – celková kvalita života

n – počet respondentů

$\bar{x}$  - průměr

$\sigma$  – směrodatná odchylka

Graf č.1. – Procentuální grafické rozložení celkové kvality života základního souboru



K vyhodnocení míry deprese u zkoumaného souboru pacientů s Parkinsonovou nemocí byl použit standardizovaný dotazník BDI – II. Na podkladě vyhodnocení tohoto dotazníku 51 (100 %) respondentů zkoumaného souboru se minimální projevy deprese (0 – 13 bodů) vyskytly u 24 respondentů (47 %). Lehký stupeň deprese (14 - 19 bodů) se projevil u 13 respondentů (25 %). Středně těžký stupeň deprese (20 - 28 bodů) vykazovalo 8 respondentů (16 %). U 6 respondentů zkoumaného souboru (12 %) byl zjištěn těžký stupeň deprese (29 – 63 bodů). Celkový přehled zjištěných výsledků míry deprese u zkoumaného souboru poskytují tabulka č. 3 a graf č. 2.

Tabulka č.3 - Přehled naměřených hodnot míry deprese u zkoumaného souboru

ZS	n (%)	$\bar{x}$	Mod.	Med.	Min.	$\sigma$	Max.	0 - 13 (%)	14 - 19 (%)	20 - 28 (%)	29 - 63 (%)
celkem	51 (100)	16,96	6	17	5	9,95	42	24 (47)	13 (25)	8 (16)	6 (12)



ZS – zkoumaný soubor

n – počet

$\bar{x}$  - průměr

Mod. – modus

Med. – medián

Min. – minimální počet bodů

Max. – maximální počet bodů

0 – 13 - Minimální stupeň deprese

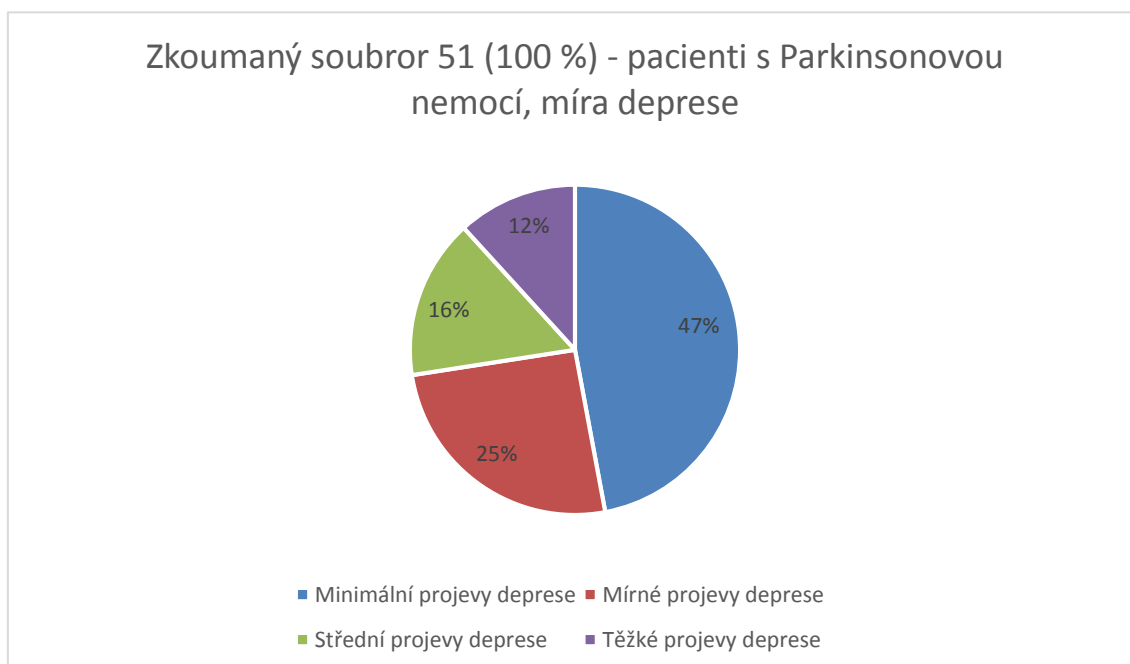
14 – 19 Mírný stupeň deprese

20 – 28 Středně těžký stupeň deprese

29 – 63 Těžký stupeň deprese

$\sigma$  – směrodatná odchylka

*Graf č.2 – Procentuální grafické rozložení míry deprese zkoumaného souboru*



Kontrolní soubor ve výzkumném šetření zahrnoval 52 respondentů. U tohoto souboru hodnotil celkovou kvalitu života jako velmi špatnou pouze 1 respondent a jako špatnou 4 respondenti. Hodnocení ani špatnou, ani dobrou zvolilo 15 respondentů. 28 respondentů kontrolní skupiny hodnotilo svou celkovou kvalitu života jako dobrou a velmi dobrou

4 respondenti. Celkový přehled naměřených hodnot celkové kvality života u zkoumaného souboru poskytují tabulka č. 4 a graf č. 3.

*Tabulka č. 4 - Přehled naměřených hodnot celkové kvality života kontrolního souboru*

CKŽ	n (%)	$\bar{x}$	Mod	Med	$\sigma$	Velmi špatná n (%)	Špatná n (%)	Ani špatná, ani dobrá n (%)	Dobrá n (%)	Velmi dobrá n (%)
Celkem	52 (100%)	3,58	4	4	0,82	1 (2%)	4 (7%)	15 (29%)	28 (54%)	4 (8%)

CKŽ – celková kvalita života

n – počet respondentů

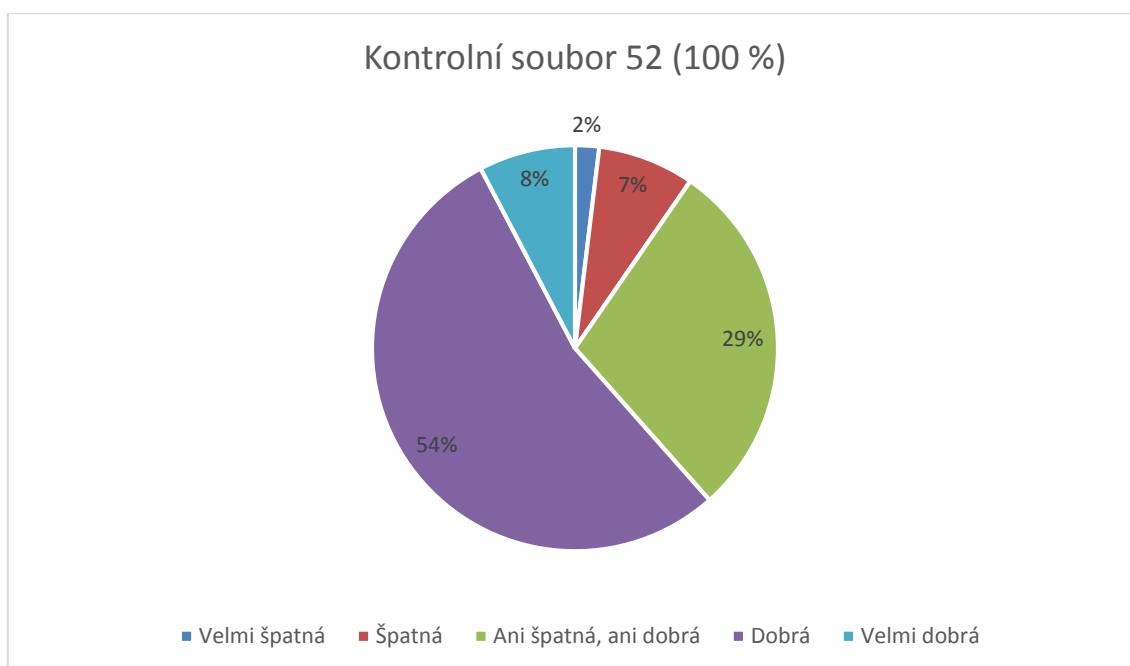
$\bar{x}$  - průměr

Mod – modus

Med - medián

$\sigma$  – směrodatná odchylka

*Graf č.3 – Procentuální grafické rozložení celkové kvality života kontrolního souboru*



Bylo zjištěno, že ani dobrou, ani špatnou až velmi špatnou celkovou kvalitu života dle WHOQOL – BREF hodnotilo 24 respondentů zkoumaného souboru, což činí 47 %. Dále bylo zjištěno, že mírný až těžký stupeň deprese dle BDI - II se vyskytl u 27 respondentů zkoumaného souboru, což činí 53 %.

**Cíl 1 byl splněn.**

## 7. 2 Interpretace výsledků k cíli 2

Cíl 2: Srovnat míru kvality života a deprese u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny

### Ověření hypotézy H1

**H01:** Neexistuje signifikantní rozdíl v míře celkové kvality života naměřené dotazníkem WHOQOL - BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

**HA1:** Existuje signifikantní rozdíl v míře celkové kvality života naměřené dotazníkem WHOQOL - BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

*Tab. č.5 - WHOQOL – BREF – srovnání položky „celková kvalita života“ mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou*

CKŽ	n	$\bar{x}$	Mod.	Med.	Min.	Max.	$\sigma$	p
ZS	51	3,47	4	4	1	5	0,987	0,05
KS	52	3,58	4	4	1	5	0,825	0,05

CKŽ – celková kvalita života

ZS – zkoumaný soubor

KS – kontrolní soubor

n – počet

$\bar{x}$  - průměr

Mod. – modus

Med. – medián

Min. – minimální hodnota

Max. – maximální hodnota

$\sigma$  – směrodatná odchylka

p – hladina významnosti

Pro zjištění normality rozložení dat byl použit Shapiro – Wilk test ( $p = 0,000$ ). Na podkladě tohoto testu bylo zjištěno, že data se signifikantně liší od normálního rozložení dat. Z důvodu tohoto zjištění byl použit neparametrický Mann – Whitney test. Nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v samostatné položce WHOQOL – BREF celkové kvality života ( $p = 0,586$ ).

Při srovnání výsledků průměrného hrubého skóre zkoumaného souboru s výsledky kontrolní skupiny lze konstatovat, že při hodnocení „celkové kvality života“ u pacientů s Parkinsonovou nemocí je tato snížena, nicméně výsledek není statisticky signifikantní. Přehled výsledků uvádí tabulka č. 5.

**Přijímáme nulovou hypotézu. Neexistuje signifikantní rozdíl v míře „celkové kvality života“ naměřenou dotazníkem WHOQOL - BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.**

Následující samostatně hodnotící samostatnou položkou standardizovaného dotazníku WHOQOL – BREF je „zdravotní stav“. Zde byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou ( $p = 0,000$ ). Srovnání zkoumaného souboru a kontrolní skupiny v této oblasti dokládá tabulka č. 6.

*Tab. č.6 - WHOQOL – BREF – srovnání položky „zdravotní stav“ mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou*

Zdravotní stav	n	$\bar{x}$	Mod.	Med.	Min.	Max.	$\sigma$	p
ZS	51	2,71	3	3	1	4	0,782	0,05
KS	52	3,38	4	4	1	5	0,844	0,05

ZS – zkoumaný soubor

KS – kontrolní soubor

n – počet

$\bar{x}$  - průměr

Mod. – modus

Med. – medián

Min. – minimální hodnota

Max. – maximální hodnota

$\sigma$  – směrodatná odchylka

p – hladina významnosti

Dále byly vyhodnoceny další domény standardizovaného dotazníku WHOQOL – BREF a provedeno jejich srovnání. Z výsledků je patrný signifikantní rozdíl mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou v oblasti „fyzického zdraví“ ( $p = 0,000$ ). V této doméně je patrná nižší kvalita života u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Srovnání zkoumaného souboru s kontrolní skupinou v doméně „fyzické zdraví“ vyjadřuje tab. č. 7.

*Tab. č.7 - WHOQOL – BREF – srovnání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou v doméně Fyzické zdraví*

Fyzické zdraví	n	$\bar{x}$	Mod.	Med.	Min.	Max.	$\sigma$	p
ZS	51	20,02	15	21	13	29	4,722	0,05
KS	52	24,02	23	24	15	31	4,212	0,05

ZS – zkoumaný soubor

KS – kontrolní soubor

n – počet

$\bar{x}$  - průměr

Mod. – modus

Med. – medián

Min. – minimální hodnota

Max. – maximální hodnota

$\sigma$  – směrodatná odchylka

p – hladina významnosti

Výsledky v doméně „prožívání“ vykazují signifikantní rozdíl mezi zkoumaným souborem a kontrolním souborem ( $p = 0,000$ ). Lze konstatovat, že u pacientů s Parkinsonovou nemocí je nižší kvalita života v této doméně. Srovnání zkoumaného souboru s kontrolní skupinou v doméně „prožívání“ vyjadřuje tab. č. 8.

Tab. č.8 - WHOQOL – BREF – srovnání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou v doméně „prožívání“

Prožívání	n	$\bar{x}$	Mod.	Med.	Min.	Max.	$\sigma$	p
ZS	51	19,06	21	19	9	29	4,814	0,05
KS	52	21,87	19	22	18	27	2,352	0,05

ZS – zkoumaný soubor

KS – kontrolní soubor

n – počet

$\bar{x}$  - průměr

Mod. – modus

Med. – medián

Min. – minimální hodnota

Max. – maximální hodnota

$\sigma$  – směrodatná odchylka

p – hladina významnosti

Výsledky v doméně „sociální vztahy“ nevykazují signifikantní rozdíl ( $p = 0,061$ ). Při srovnání zkoumaného souboru s kontrolním souborem lze konstatovat, že v této doméně není nižší kvalita života u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Srovnání zkoumaného souboru s kontrolní skupinou v doméně „sociální vztahy“ vyjadřuje tab. č. 9.

Tab. č.9 - WHOQOL – BREF – srovnání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou v doméně „sociální vztahy“

Prožívání	n	$\bar{x}$	Mod.	Med.	Min.	Max.	$\sigma$	p
ZS	51	10,45	11	11	7	13	1,826	0,05
KS	52	11,31	11	11	9	15	1,489	0,05

ZS – zkoumaný soubor

KS – kontrolní soubor

n – počet

$\bar{x}$  - průměr

Mod. – modus

Med. – medián

Min. – minimální hodnota

Max. – maximální hodnota

$\sigma$  – směrodatná odchylka

p – hladina významnosti

Také výsledky v doméně „prostředí“ nevykazují signifikantní rozdíl kvality života v oblasti této domény ( $p = 0,135$ ). Srovnání zkoumaného souboru s kontrolní skupinou v doméně „prostředí“ vyjadřuje tab. č. 10.

Tab. č.10 - WHOQOL – BREF – srovnání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou v doméně „prostředí“

Prožívání	n	$\bar{x}$	Mod.	Med.	Min.	Max.	$\sigma$	p
ZS	51	27,98	25	29	19	35	4,532	0,05
KS	52	29,52	24	29,5	21	37	4,037	0,05

ZS – zkoumaný soubor

KS – kontrolní soubor

n – počet

$\bar{x}$  - průměr

Mod. – modus

Med. – medián

Min. – minimální hodnota

Max. – maximální hodnota

$\sigma$  – směrodatná odchylka

p – hladina významnosti

Nebyl zjištěn statistický signifikantní rozdíl u „celkové kvality života“ a v doménách „sociální vztahy“ a „prostředí“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem.

Statisticky signifikantní rozdíl byl zjištěn v doménách „zdravotní stav“, „fyzické zdraví“ a „prožívání“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem.

## Ověření hypotézy H2

H02: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI - II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

HA2: Existuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI - II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou

Pro účely statistického srovnání dvou výběrových souborů byl pro zjištění normality rozložení dat použit Shapiro – Wilk test ( $p = 0,000$ ). Na podkladě tohoto testu bylo zjištěno, že data se signifikantně liší od normálního rozložení dat. Z důvodu tohoto zjištění byl použit neparametrický Mann – Whitney test. Na podkladě výsledků lze konstatovat signifikantní rozdíl v míře deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou hodnocenou standardizovaným dotazníkem BDI – II ( $p = 0,000$ ).

Následující tabulka č. 11 podává přehled získaných údajů pro srovnání míry deprese mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.

*Tab. č.11 - Srovnání míry deprese mezi zkoumaným a kontrolním souborem*

Deprese	n	$\bar{x}$	Mod.	Med.	Min.	Max.	$\sigma$	p
ZS	51	16,96	6	17	5	42	9,956	0,05
KS	52	9,75	5	9,5	0	19	5,629	0,05

ZS – zkoumaný soubor

KS – kontrolní soubor

n – počet

$\bar{x}$  - průměr

Mod. – modus

Med. – medián

Min. – minimální hodnota

Max. – maximální hodnota

$\sigma$  – směrodatná odchylka

p – hladina významnosti



Bylo zjištěno, že zkoumaný soubor vykazoval vyšší míru deprese dle BDI – II než kontrolní soubor. Na podkladě získaných výsledků lze konstatovat, že u pacientů s Parkinsonovou nemocí je signifikantně vyšší míra deprese, jak dokládá tabulka.

**Zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu. Existuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI - II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou**

**Cíl č. 2 byl splněn.**

### **7.3 Interpretace výsledků k cíli 3**

**Cíl 3:** Zjistit vztah mezi mírou kvality života a deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí

**Statistické hypotézy k cíli 3:**

**H03:** Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI – II a mírou celkové kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL - BREF

**HA3:** Existuje signifikantní vztah mezi mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI – II a mírou celkové kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL - BREF

K dosažení cíle a zjištění vztahu mezi sledovanými proměnnými byl použit neparametrický Spearmanův korelační test. Dle výsledku tohoto testu existuje signifikantní vztah mezi celkovou mírou kvality života a deprese  $r = -0,769$ .

**Zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu. Existuje signifikantní vztah mezi mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI - II a mírou celkové kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL - BREF**

Spearmanův korelační koeficient ve všech doménách dokazuje silnou statisticky negativní korelaci značící, že s nárůstem deprese klesá kvalita života. Síla mezi korelacemi deprese a jednotlivými položkami a doménami kvality života je velmi silná. Následující tabulka č. 12 vyjadřuje vztah mezi mírou deprese zjištěnou standardizovaným dotazníkem

BDI – II a jednotlivými položkami a doménami zjištěnými standardizovaným dotazníkem WHOQOL – BREF.

Tab. č.12 - Korelace mezi depresí a celkovou kvalitou života

	Q1	Q2	DOM 1	DOM 2	DOM 3	DOM 4
Deprese	-0,769	-0,698	-0,804	-0,888	-0,401	-0,640

Q1 – položka „celková kvalita života“

Q2 – položka „zdravotní stav“

DOM 1 – doména „fyzické zdraví“

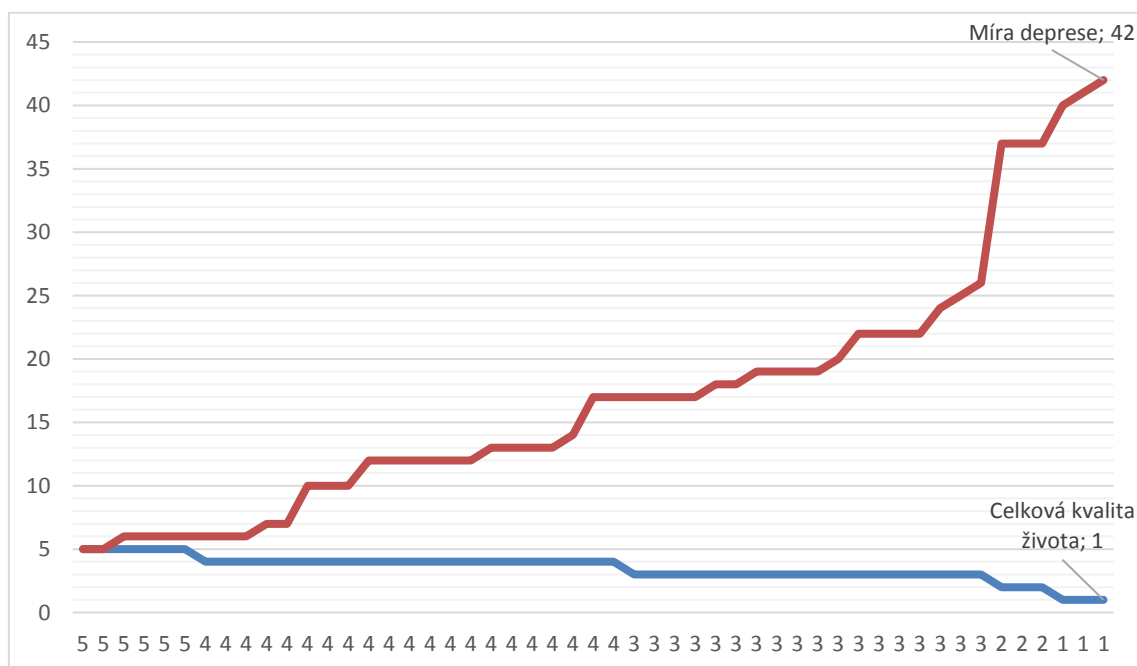
DOM 2 – doména „prožívání“

DOM 3 – doména „sociální vztahy“

DOM 4 – doména „prostředí“

Následující graf graf č.4 dokládá, že se stoupající mírou deprese klesá „celková kvalita života“.

Graf č.4 - Vztah celkové kvality života a míry deprese



Byla zjištěna statisticky signifikantní negativní korelace mezi celkovou kvalitou života dle WHOQOL – BREF a mírou deprese dle BDI – II.. Na podkladě těchto výsledků lze konstatovat, že s narůstající mírou deprese klesá „celková kvalita života“ u pacientů s Parkinsonovou nemocí.

**Cíl č. 3 byl splněn.**

## Diskuze

Diplomová práce byla orientována na velmi diskutované téma posledních let týkající se vnímání kvality života u pacientů s Parkinsonovou nemocí a vlivu depresivních symptomů na toto vnímání.

V kontextu s hodnocením výsledků medicínských postupů postupně pojem kvalita života nabyl na významu, neboť mimo klinické projevy onemocnění a prodloužení života je kladen důraz především na to, jak nemocný svůj zdravotní stav přežívá a zvládá aktivity denního života, včetně fungování v sociálních vztazích (Džuka, 2004, s. 42 – 63).

Řada autorů dokládá mnoho faktorů, které mají u Parkinsonovy nemoci vliv na vnímání kvality života s tendencemi k jejímu snížení. Ať již jde o samotné hybné poruchy (Roth a Havránková, 2008, s. 33 – 36; Rektorová, 2004, s. 24 – 33), snížení mobility (Contreras a Grandas, 2012, s. 1 – 10), vznik disability, autonomní dysfunkce (Dostál, 2013, s. 28 – 32) nebo psycho – sociální faktory či komplikacemi souvisejícími s léčbou (Menšíková, Nestražil a Praško, 2013, s. 92-95; Kamarádová et al., 2013, s. 136 – 140; Lökk a Fereshtehnejad, 2013, s. 169 – 183).

Snížené vnímání kvality života u pacientů s Parkinsonovou nemocí dokládají mnohé výzkumy. Studie provedená v Bulharsku posuzovala míru negativního vlivu onemocnění na různé aspekty života. Hristova et al. došli k závěru, že dominantní rozdíly jsou v oblastech mobility, emocionálního well-beingu, tělesném diskomfortu a sociální opoře (Hristova et al., 2009, s. 58 – 64). Havlíková et al. také demonstrují negativní ovlivnění kvality života ve všech doménách (Havlíková et al. 2008, s. 475 – 480). Rahman et al. dokládají s výjimkou tělesného diskomfortu snížení kvality života ve všech doménách také (Rahman et al., 2008, s. 1428 – 1434).

Studie, kterou prezentují Arun et al., předkládá hodnocení kvality života pomocí WHOQOL – BREF. Při srovnání kontrolní skupiny se zkoumaným souborem pacientů s Parkinsonovou nemocí autoři prezentují statisticky signifikantní snížení celkové kvality života u zkoumaného souboru zejména v doménách fyzické zdraví, prožívání a prostředí (Arun et al., 2011, s. 185 – 189).

Se závěry studií se korespondují i výsledky šetření v rámci diplomové práce. Při celkovém hodnocení kvality života bylo zjištěno, že ani dobrou, ani špatnou až velmi špatnou celkovou kvalitu života dle WHOQOL – BREF hodnotilo 24 respondentů zkoumaného souboru, což činí 47 %.

Při srovnání zkoumaného souboru s kontrolní skupinou v položce „celkové kvality života“ bylo průměrné hrubé skóre nižší než v kontrolní skupině. Dle výsledků této práce lze konstatovat nižší kvalitu života u pacientů s Parkinsonovou nemocí, nicméně výsledek tohoto šetření není statisticky signifikantní ( $p = 0,586$ ). V položce „zdravotní stav“ se projeví nižší hodnoty u zkoumaného souboru a lze konstatovat, že u pacientů s Parkinsonovou nemocí je „zdravotní stav“ snížen a rozdíl je statisticky signifikantní. Stejně tak domény „fyzické zdraví“ a „prožívání“ prokázaly nižší kvalitu u pacientů s Parkinsonovou nemocí a výsledky srovnání souborů byly statisticky signifikantní. Hrubé skóre domén „sociální vztahy“ a „prostředí“ vykazovaly také nižší hodnoty, naznačující snížení kvality, ale v tomto průzkumu nebyl při srovnání souborů statisticky signifikantní rozdíl.

Z dohledaných výzkumných prací vyplývá, že prevalence deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí se liší podle metodiky a hodnotícího nástroje (Vanderheyden et al., 2010, s. 148 – 156). Vanderheyden et al. ve svém výzkumu došli k závěru, že 15,6 % pacientů s Parkinsonovou nemocí trpí symptomatologií deprese (Vanderheyden et al., 2010, s. 148 – 156). Naproti tomu studie Rodríguez – Violante et al. dochází k závěru 33,3 % (Rodríguez – Violante et al., 2012, 1293 – 1296). Arun et al. potvrdili dokonce ještě vyšší prevalenci deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí, při komparaci s kontrolní skupinou s jinými chronickými onemocněními. Pomocí hodnotícího nástroje BDI (Beck Depression Inventory) byla zjištěna prevalence u této skupiny pacientů 49,9 %. Pomocí hodnotícího nástroje MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) byla zjištěna podobná hodnota 54,3 % (Arun et al., 2011, s. 185 – 189).

Výsledky šetření v rámci diplomové práce potvrzují výskyt deprese u pacientů s Parkinsonovou nemocí a nejvíce se shodují se studií Arun et al. Bylo zjištěno, že mírný až těžký stupeň deprese dle BDI - II se vyskytl u 27 respondentů zkoumaného souboru, což činí 53 %. Při porovnání s kontrolním souborem výsledky naznačují, že u pacientů s Parkinsonovou nemocí je statisticky vyšší míra deprese než u kontrolního souboru reprezentujícího běžnou populaci ( $p = 0,000$ ).

Vztah deprese a kvality života u pacientů s Parkinsonovou nemocí je vnímán jako reakce na zvýšenou disabilitu a také jako součást onemocnění. Studie dokládají, že s vyšším výskytem depresivní symptomatologie klesá celková kvalita života (Arun et al., 2011, s. 185 – 189; Lawson, Yarnall a Duncan, 2014, 1071 – 1075; Wu et al., 2014, s. 144 – 149).

Arun et al. ve své studii verifikují signifikantní negativní korelaci mezi depresí a kvalitou života. Negativní korelace se v této studii projevila ve všech doménách (Arun et al., 2011, s. 185 – 189).

Výsledky v rámci diplomové práce korespondují s těmito závěry. Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byla prokázána statisticky silná negativní korelace ve všech doménách kvality života a mírou deprese. Tato negativní korelace prokazuje, že se vzrůstající mírou deprese významně klesá celková kvalita života u pacientů s Parkinsonovou nemocí.

### **Limity studie**

Mezi limity studie je nutné zařadit některé skutečnosti. Tento výzkum byl proveden pouze regionálně, důsledkem čehož nelze dosažené výsledky zobecňovat a generalizovat. Nebyly zjišťovány některé proměnné jako je aktuální životní situace, finanční zajištění, sociální zajištění a osobnostní rysy respondentů. U kontrolní skupiny nebyly zjišťovány další komorbidity. K tomuto bylo přistoupeno z důvodu věkové hranice 56 let a více, tak aby se kontrolní skupina shodovala se zkoumaným souborem a kontrolní soubor zároveň reprezentoval běžnou populaci, ve které v tomto věkovém rozpětí je již běžná komorbidita. Tato skutečnost mohla zásadně ovlivnit zejména statistickou signifikanci rozdílu v celkové kvalitě života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Mezi další limity studie lze zařadit absenci posouzení, zda respondenti jak zkoumaného souboru, tak kontrolní skupiny užívají antidepresiva nebo je u nich realizována nefarmakologická intervence. Významným limitem, zejména u zkoumaného souboru, je také ochota ke spolupráci, kdy méně motivovaní mohli být respondenti s nižší celkovou kvalitou života nebo vyšší mírou deprese a tudíž je možné, že se do výzkumného šetření nezapojili.

## Závěr

Předkládaná diplomová práce byla zaměřena na zjištění, jaká je kvalita života pacientů s Parkinsonovou nemocí. Měla za cíl zjistit míru kvality života a deprese a jejich vzájemný vztah u této skupiny nemocných a srovnat sledované proměnné s kontrolní skupinou.

Kritéria vymežující zkoumaný soubor byla věk - více jak 18 let, pacienti s diagnózou Parkinsonova nemoc dle diagnostických kritérií, navštěvující vybrané 3 neurologické ambulance v Kroměříži a 1 neurologickou ambulanci v Holešově. Kontrolní skupina zahrnovala respondenty ve věku 56 let a více, pobývali v regionu okres Kroměříž a subjektivně proklamovali pocit zdraví. Pro splnění jednotlivých cílů byly použity standardizované nástroje WHOQOL - BREF a BDI - II.

**Pro splnění cíle 1**, kterým bylo zjištění míry celkové kvality života byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL – BREF a pro zjištění míry deprese byl použit standardizovaný dotazník BDI – II. Bylo zjištěno, že ani dobrou, ani špatnou až velmi špatnou celkovou kvalitu života dle WHOQOL – BREF hodnotilo 24 respondentů zkoumaného souboru, což činí 47 %. Dále bylo zjištěno, že mírný až těžký stupeň deprese dle BDI – II se vyskytl u 27 respondentů zkoumaného souboru, což činí 53 %. **Cíl 1 byl splněn.**

**Pro splnění cíle 2**, kterým bylo srovnat míru kvality života a deprese u zkoumaného souboru a kontrolní skupiny byly využity standardizované nástroje WHOQOL -BREF a BDI - II. K tomuto cíli byly vymezeny 2 hypotézy. Hypotéza č. 1 předpokládala, že existuje signifikantní rozdíl v míře celkové kvality života naměřené dotazníkem WHOQOL - BREF mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Dle zjištěných výsledků byla hypotéza č. 1 ověřena a byla **přijata nulová hypotéza. Nebyl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl v míře celkové kvality života mezi zkoumaným a kontrolním souborem.** Hypotéza č. 2 předpokládala, že existuje signifikantní rozdíl v míře deprese naměřené dotazníkem BDI - II mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou. Dle zjištěných výsledků byla hypotéza č. 2 ověřena a byla **přijata alternativní hypotéza. Bylo zjištěno, že zkoumaný soubor vykazoval statisticky signifikantní vyšší míru deprese dle BDI – II než kontrolní soubor.**

**Cíl 2 byl splněn.**

**Pro splnění cíle 3**, který zjišťoval vztah mezi mírou celkové kvality života a deprese byly využity standardizované dotazníky WHOQOL - BREF pro kvalitu života a BDI – II pro zjištění výskytu deprese. K cíli byla vymezena jedna hypotéza. Hypotéza č. 3

předpokládala, že existuje signifikantní vztah mezi mírou deprese naměřenou dotazníkem BDI - II a mírou celkové kvality života naměřenou dotazníkem WHOQOL - BREF. Dle zjištěných výsledků byla hypotéza č. 3 ověřena a byla přijata alternativní hypotéza. **Byla zjištěna statisticky signifikantní negativní korelace mezi celkovou kvalitou života dle WHOQOL – BREF a mírou deprese dle BDI – II.**

### **Cíl 3 byl splněn.**

Závěrem je třeba dodat, že výsledky výzkumného šetření poukázaly na to, že u pacientů s Parkinsonovou nemocí je vyšší výskyt deprese než v běžné populaci. Zároveň výsledky prokazují, že s vyšší mírou deprese klesá celková kvalita života u těchto pacientů. Výsledky také naznačují, že pacienti s Parkinsonovou nemocí mají sníženou kvalitu života, přestože toto výzkumné šetření nepotvrdilo statisticky signifikantní rozdíl subjektivního hodnocení celkové kvality života ve srovnání s běžnou populací. Tyto výstupy prokazují potřebu věnovat zvýšenou pozornost psycho – sociálním faktorům u pacientů s Parkinsonovou nemocí, zejména projevům deprese. Přestože je známo, že depresivní symptomatologie patří do klinického obrazu Parkinsonovy nemoci, její význam bývá často podceňován. Deprese sehrává významnou roli ve vnímání celkové kvality života. Je-li v popředí zájmu udržet u pacientů s Parkinsonovou nemocí kvalitu života na patřičné úrovni, je nezbytné věnovat této problematice zvýšenou pozornost. Výsledky tohoto výzkumného šetření by mohly být podnětem k vytvoření spolupráce lékařů a psychologů, kteří by pacientům byli schopni erudovaně pomoci nefarmakologickými intervencemi. Rovněž publikace edukačních materiálů zaměřených na tuto problematiku určených pro pacienty by mohla posílit odbourání stigmatizace tématu deprese. Ošetřující personál pacientů s Parkinsonovou nemocí, včetně všeobecných sester, by měl brát zřetel na neopomíjení psychické stránky během poskytování péče s důrazem na uspokojování bio – psycho - sociálních a spirituálních potřeb, neboť to je cesta k zachování kvality života.



## Bibliografické zdroje

AARSLAND, Dag et al. 2011. Depression in Parkinson disease - epidemiology, mechanisms and management. *Nature Reviews Neurology* [online]. vol. 8, issue 1, s. 35 - 47 [cit. 2016-02-11]. ISSN: 1759-4758. DOI: 10.1038/nrneurol.2011.189. Dostupné také z: <http://www.nature.com/doi/10.1038/nrneurol.2011.189>

ABBOTT, Robert D. et al. 2001. Frequency of bowel movements and the future risk of Parkinson's disease. *Neurology* [online]. vol. 57, issue 3, s. 456 - 462 [cit. 2016-10-11]. ISSN: 0028-3878. DOI: 10.1212/WNL.57.3.456. Dostupné z: <http://www.neurology.org/cgi/doi/10.1212/WNL.57.3.456>

ARAKI, Isao a Sadako KUNO. 2000. Assessment of voiding dysfunction in Parkinson's disease by the international prostate symptom score. *Journal of neurology neurosurgery and psychiatry* [online]. vol. 68, issue 4, s. 429 – 433 [cit. 2016-10-15]. ISSN: 00223050. DOI: 10.1136/jnnp.68.4.429. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1736899/>

ARUN MP et al. 2011. Relationship of depression, disability, and quality of life in Parkinson's disease: A hospital-based case-control study. *Neurology India* [online]. vol. 59, issue 2, s. 185 – 189 [cit. 2016-10-15]. ISSN 0028-3886. DOI: 10.4103/0028-3886.79133. Dostupné také z: <http://www.neurologyindia.com/text.asp?2011/59/2/185/79133>

AUGUSTIN, Matthias et al. 2014. Quality of life measurement in chronic wounds and inflammatory skin diseases: Definitions, standards and instruments. *Wound Medicine* [online]. vol. 5, s. 29-38 [cit. 2016-10-16]. ISSN 22139095. DOI: 10.1016/j.wndm.2014.04.008. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213909514000251>

BALÁŽ, Marek. 2013. Hluboká mozková stimulace u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. roč. 14, č. 5, s. 229-231. ISSN: 1213 - 1814.

BAREŠ, Martin. 2010. Paliativní péče o pacienty s Parkinsonovou nemocí. *Neurologie pro praxi*. roč. 11, č. 1, s. 13-15. ISSN: 1213-1814.

BOČKOVÁ, Martina. 2011. Nemotorické škály u Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. roč. 12, Suppl. G, s. 28-31. ISSN: 1213-1814.

CALNE, Susan M a Ajit KUMAR. 2003. Nursing care of patients with late-stage Parkinson's disease. *Journal of Neuroscience Nursing* [online]. vol. 35, issue 5, s. 242 - 251 [cit. 2016-12-20]. ISSN: 0888-0395. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/219180184?accountid=16730>

CONTRERAS, Ana a Francisco GRANDAS. 2012. Risk of falls in Parkinson's disease: A cross-sectional study of 160 patients. *Parkinson disease* [online]. s. 1-10 [cit. 2016-12-11]. ISSN: 2042-0080. DOI: 10.1155/2012/362572. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=4d804de3-47d5-49b9-918f-2bef0ea35124%40sessionmgr111&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#db=a9h&AN=86870503>

COTTON, Patsy a Daiga HEISTERS. 2012. How to care for people with Parkinson's disease. *Nursing Times* [online]. vol. 108, issue 16, s. 12-14 [cit. 2016-12-12]. ISSN: 0954 - 7762. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1040713197?accountid=16730>

DOSTÁL, Václav. 2013. Pozdní komplikace Parkinsonovy choroby. *Neurologie pro praxi*. roč. 14, č. 1, s. 28 - 32. ISSN: 1213-1814.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka, BARTOŇOVÁ. 2006. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*. roč. 10, č. 3, s. 144 - 149. ISSN: 1211-7579.

DŽUKA, Josef. 2004 Kvalita života a subjektivna pohoda - teórie a modely, podobnosť a rozdiely. In.: *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, s. 42 - 63. ISBN 80-8068-282-8.

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

GURKOVÁ, Elena a Katarína ŽIAKOVÁ. 2009 Konceptualizácia kvality života v ošetrovatel'stve. *Profese on-line*. roč. 2, č. 2, s. 89 - 103. ISSN: 1803-4330

HAVLIKOVA, Eva et al. 2008. Impact of fatigue on quality of life in patients with Parkinson's disease. *European Journal of Neurology* [online]. vol. 15, issue 5, s. 475 – 480 [cit. 2017-01-12]. ISSN: 1351-5101. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2008.02103. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1331.2008.02103.x/epdf>

HRISTOVA, Dimka R. et al. 2009. Quality of life in patients with Parkinson's disease. *Folia Medica*. [online]. roč. 51, č. 4, s. 58 – 64 [cit. 2017-01-14]. ISSN 02048043. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/220570590/C98D02D3930F4C49PQ/5?accountid=16730>

KAMARÁDOVÁ, Dana et al. 2013. Poruchy kontroly impulsivity u dopaminového dysregulačního syndromu. *Česká a slovenská psychiatrie*. roč. 109, č. 3, s. 136-140. ISSN: 1212-0383

LÖKK, Johan a Seyed-Mohammad FERESHTEHNEJAD. 2013. Managing palliative care in Parkinson's disease from diagnosis to end-stage disease: what the clinician should know. *Neurodegenerative Disease Management* [online]. vol. 3, issue 2, s. 169 – 183 [cit. 2017-01-14]. ISSN: 1758-2024. DOI: 10.2217/nmt.13.9. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1322910141/C7A19FD612F04FEFPQ/1?accountid=16730>

LAWSON, Rachael A., Alison J. YARNALL, Gordon W. DUNCAN. 2014. Severity of mild cognitive impairment in early Parkinson's disease contributes to poorer quality of life. *Parkinsonism*. [online]. vol. 20, issue 10, s. 1071 - 1075. [cit. 2016-11-14]. ISSN: 13538020. DOI: 10.1016/j.parkreldis.2014.07.004. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1353802014002636>

MENŠÍKOVÁ, Kateřina, Igor, NESTRAŠIL a Ján PRAŠKO. 2013. Behaviorální komplikace dopaminergní terapie v pokročilé fázi Parkinsonovy nemoci. *Neurologie pro praxi*. roč. 14, č. 2, s. 92 - 95. ISSN: 1213-1814.

MOLINA, José A. et al. 2000. Pathologic gambling in Parkinson's disease: A behavioral manifestation of pharmacologic treatment?. *Movement Disorders*. [online]. vol. 15, issue 5, s. 869 – 872 [cit. 2016-12-12]. ISSN: 0885-3185. DOI: 10.1002/1531-8257(200009)15:5<869::aid-mds1016>3.0.co;2-i. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1531-8257%28200009%2915:5%3C869::AID-MDS1016%3E3.0.CO;2-I/epdf>

PALTA, Mari. 2013. Some comments on mapping from disease-specific to generic health-related quality-of-life scales. *Value in Health* [online]. vol. 16, issue 1, s. 211-214 [cit. 2016-12-12]. ISSN: 1524-4733. DOI: 10.1016/j.jval.2012.07.009. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S109830151201710X>

RAHMAN, Shibley et al. 2008. Quality of life in Parkinson's disease: The relative importance of the symptoms. *Movement Disorders* [online]. vol. 23, issue 10, s. 1428 – 1434 [cit. 2017-02-12]. ISSN: 08853185. DOI: 10.1002/mds.21667. Dostupné také z: <http://doi.wiley.com/10.1002/mds.21667>

ROTH, Jan a Petra HAVRÁNKOVÁ. 2008a. Vztah motorických a non-motorických symptomů Parkinsonovy nemoci k dopaminergní terapii. část první. *Neurologie pro praxi*. roč. 9, č. 1, s. 33 - 36. ISSN: 1213-1814.

ROTH, Jan, Marcela, SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA. 2005. *Parkinsonova nemoc*. 3., rozš. vyd. Praha : Maxdorf, ISBN: 80-7345-044-5.

ROTH, Jan a Petra HAVRÁNKOVÁ. 2008b. Vztah motorických a non-motorických symptomů Parkinsonovy nemoci k dopaminergní terapii: část druhá. *Neurologie pro praxi*. roč. 9, č. 2, s. 100 - 103. ISSN: 1213-1814.

REKTOROVÁ, Irena. 2004. Parkinsonova nemoc: diagnostika a klinický obraz heterogenního onemocnění. *Česká geriatrická revue*. roč. 2, č. 3, s. 24 - 33. ISSN: 1214-0732.

RODRÍGUEZ-VIOLANTE, Mayela et al. 2012. Prevalence and determinants of depression in Mexican patients with Parkinson's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery* [online]. vol. 114, issue 10, s. 1293 - 1296 [cit. 2017-03-12]. ISSN: 03038467. DOI: 10.1016/j.clineuro.2012.03.035. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0303846712002004>

SKEVINGTON, Suzanne M., Norman SARTORIUS a Marianne AMIR. 2004 Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. vol. 39, issue 1, s. 1 – 8 [cit. 2017-03-12]. ISSN: 0933-7954. DOI: 10.1007/s00127-004-0700-5. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-004-0700-5>

SKEVINGTON, S. M., M. LOTFY a K. A. O'CONNELL. 2004. The World Health Organisation's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: psychometric properties and results of the international field trial- A report from the WHOQOL Group. *Quality of life research*. 2004, vol. 2, issue 13, 299 - 310. ISSN 0962-9343.

ULMANOVÁ, Olga a Evžen RŮŽIČKA. Parkinsonova nemoc - základy terapie a diferenciální diagnostiky. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 2, s. 60 - 62. ISSN: 1213-0508.

VANDERHEYDEN, JE. et al. 2010. Epidemiology of major depression in Belgian parkinsonian patients [online]. vol. 110, issue 2, 148 – 156 [cit. 2017-03-12]. ISSN: 03009009. Dostupné také z: <http://www.actaneurologica.be/acta/article.asp?lang=en&navid=137&id=14815&mod=acta>

VANÁSKOVÁ, Eva a Michal BEDNÁŘ. 2013. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. *Neurologie pro praxi*. roč. 14, č. 3, s. 133-135. ISSN: 1213-1814.

VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. 2007 Deprese a úzkost, diferenciální diagnóza a komorbidita. *Practicus*, , Roč. 6, č. 2, s. 79-80. ISSN: 1213-8711.

VERNON, Gwyn M., 2009. Parkinson disease and the nurse practitioner: Diagnostic and management challenges. *The Journal for Nurse Practitioners* [online]. vol. 5, issue 3, s. 195 - 206 [cit. 2016-12-12]. ISSN 1555-4155. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2008.12.007>. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1555415508006624>

VISSER, Martine et al. 2009. A Longitudinal evaluation of health-related quality of life of patients with Parkinson's disease [online]. *Value in Health*. vol. 12, issue 2, s. 392-396. [cit. 2017-03-12]. ISSN: 1524-4733. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2008.00430.x. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301510607206>

VON CAMPENHAUSEN et al. 2005. Prevalence and incidence of Parkinson's disease in Europe. *European Neuropsychopharmacology* [online]. vol. 15, issue 4, s. 473 – 490 [cit. 2017-03-12]. ISSN 0924977X. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.007.

WU, Ying et al. 2014. Determinants of the quality of life in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences* [online]. vol. 340, issue 1-2, s. 144 – 149 [cit. 2017-03-12]. ISSN: 0022510x. DOI: 10.1016/j.jns.2014.03.014. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022510X14001580>

ZEMAN, Miroslav. 2010 Deprese a metabolický syndrom. *Medicína po promoci*. roč. 11, č. 6, s. 71-75. ISSN: 1212-9445. Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/clanek/20717>

## Seznam zkratek

BDI - Beck Depression inventory

CKŽ – celková kvalita života

CT - computed Tomography

GDS - Geriatric depression scale

HAMD - Yessavageho, Hamiltonova stupnice deprese

HRQOL – Health related quality of life

KS – kontrolní soubor

MADRS - Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

Med. – medián

MFI - Multidimensional Fatigue Inventory

Min. – minimální počet bodů

MMSE - Mini Mental State Exam

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

Mod. – modus

MRI - magnetic resonance imaging

n - počet respondentů

„ON“ – stav dobré hybnosti v závislosti účinku účinné látky L-dopy

„OFF“ – stav zhoršené hybnosti v závislosti odeznění účinku účinné látky L-dopy

p – hladina významnosti

PDQ-39 - Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire

REM - rapid eye movement

The WHOQOL Group - The World Health Organization Quality of Life Group

WHO - World Health Organization

WHOQOL – BREF - World Health Organization Quality of Life – BREF

WHOQOL – 100 - World Health Organization Quality of Life - 100

ZS - zkoumaný soubor

$\bar{x}$  - průměr

$\sigma$  – směrodatná odchylka

## Seznam tabulek:

Tab. č.1 – Charakteristika zkoumaného souboru a kontrolní skupiny.....	36
Tabulka č.2 - Přehled naměřených hodnot celkové kvality života zkoumaného souboru respondentů.....	39
Tabulka č.3 - Přehled naměřených hodnot míry deprese u zkoumaného souboru.....	40
Tabulka č.4 - Přehled naměřených hodnot celkové kvality života kontrolního souboru.....	42
Tab. č.5 - WHOQOL – BREF – srovnání položky Celková kvalita života mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.....	43
Tab. č.6 - WHOQOL – BREF – srovnání položky Zdravotní stav mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou.....	44
Tab. č.7 - WHOQOL – BREF – srovnání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou v doméně Fyzické zdraví.....	45
Tab. č.8 - WHOQOL – BREF – srovnání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou v doméně Prožívání.....	46
Tab. č.9 - WHOQOL – BREF – srovnání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou v doméně Sociální vztahy.....	46
Tab. č.10 - WHOQOL – BREF – srovnání mezi zkoumaným souborem a kontrolní skupinou v doméně Prostředí.....	47
Tab. č.11 - Srovnání míry deprese mezi zkoumaným a kontrolním souborem.....	48
Tab. č.12 - Korelace mezi depresí a celkovou kvalitou života.....	50



## **Seznam grafů:**

Graf č.1. – Procentuální grafické rozložení celkové kvality života základního souboru.....	40
Graf č.2 – Procentuální grafické rozložení míry deprese zkoumaného souboru.....	41
Graf č.3 – Procentuální grafické rozložení celkové kvality života kontrolního souboru.....	42
Graf č.4 - Vztah celkové kvality života a míry deprese.....	50

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 - Mann – Whitney test.

Příloha č. 2 – Test normality dat Shapiro – Wilk test

Příloha č. 3 – Test hypotéz

Příloha č. 4 – Spearmanův test

Příloha č. 5 – informovaný souhlas

Příloha č. 6 – Vyjádření Etické komise FZV UP

Příloha č. 7 – Souhlas zdravotnického zařízení, MUDr. Tomečková Dagmar

Příloha č. 8 – Souhlas zdravotnického zařízení, MUDr. Debeřová Eliška

Příloha č. 9 – Souhlas zdravotnického zařízení, MUDr. Medková Andrea

Příloha č. 10 – Souhlas zdravotnického zařízení, MUDr. Železná Jarmila

## Přílohy

Příloha č. 1 - Mann – Whitney test.

Statistics								
Skupina		Celková kvalita života	Zdravotní stav	Fyzicke_zdravi	Prozivani	Socialni_vztahy	Prostredi	Celkový skór deprese
Parkinson	Valid N	51	51	51	51	51	51	51
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
	Mean	3,47	2,71	20,0196	19,0588	10,4510	27,9804	16,96
	Median	4,00	3,00	21,0000	19,0000	11,0000	29,0000	17,00
	Mode	4	3	15,00 <sup>a</sup>	21,00	11,00	25,00	6
	Std. Deviation	,987	,782	4,72225	4,81419	1,82553	4,53206	9,956
	Minimum	1	1	13,00	9,00	7,00	19,00	5
	Maximum	5	4	29,00	29,00	13,00	35,00	42
	Valid N	52	52	52	52	52	52	52
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Kontrolní	Mean	3,58	3,38	24,0192	21,8654	11,3077	29,5192	9,75
	Median	4,00	4,00	24,0000	22,0000	11,0000	29,5000	9,50
	Mode	4	4	23,00	19,00 <sup>a</sup>	11,00	24,00	5 <sup>a</sup>
	Std. Deviation	,825	,844	4,21245	2,35171	1,48902	4,03655	5,629
	Minimum	1	1	15,00	18,00	9,00	21,00	0
	Maximum	5	5	31,00	27,00	15,00	37,00	19

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Příloha č. 2 – Test normality dat Shapiro – Wilk test

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Celková kvalita života	,273	103	,000	,853	103	,000
Zdravotní stav	,210	103	,000	,864	103	,000
Celkový skór deprese	,124	103	,001	,896	103	,000
Fyzicke_zdravi	,125	103	,000	,951	103	,001
Prozivani	,124	103	,001	,963	103	,006
Socialni_vztahy	,187	103	,000	,935	103	,000
Prostredi	,108	103	,005	,965	103	,009

a. Lilliefors Significance Correction

Příloha č. 3 – Test hypotéz

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Celková kvalita života is the same across categories of Skupina.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,586	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Zdravotní stav is the same across categories of Skupina.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of Fyzicke_zdravi is the same across categories of Skupina.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
4	The distribution of Prozivani is the same across categories of Skupina.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of Socialni_vztahy is the same across categories of Skupina.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,061	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Prostredi is the same across categories of Skupina.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,135	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of Celkový skór deprese is the same across categories of Skupina.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Příloha č. 4 – Spearmanův test

Correlations

		Celková kvalita života	Zdravotní stav	Fyzické_zdraví	Prožívání	Sociální_vztahy	Prostředí	Celkový skóre deprese
Celková kvalita života	Pearson Correlation	1	,701**	,770**	,857**	,513**	,843**	-,769**
	Sig. (2- tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	51	51	51	51	51	51	51
Zdravotní stav	Pearson Correlation	,701**	1	,619**	,700**	,347*	,579**	-,698**
	Sig. (2- tailed)	,000		,000	,000	,013	,000	,000
	N	51	51	51	51	51	51	51
Fyzické_zdraví	Pearson Correlation	,770**	,619**	1	,817**	,507**	,792**	-,804**
	Sig. (2- tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	51	51	51	51	51	51	51
Prožívání	Pearson Correlation	,857**	,700**	,817**	1	,509**	,776**	-,888**
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	51	51	51	51	51	51	51
Sociální_vztahy	Pearson Correlation	,513**	,347*	,507**	,509**	1	,794**	-,401**
	Sig. (2- tailed)	,000	,013	,000	,000		,000	,004
	N	51	51	51	51	51	51	51
Prostředí	Pearson Correlation	,843**	,579**	,792**	,776**	,794**	1	-,640**
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	51	51	51	51	51	51	51

	Pearson							
	Correlatio	-,769**	-,698**	-,804**	-,888**	-,401**	-,640**	1
Celkový skór n								
deprese	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,004	,000	
	N	51	51	51	51	51	51	51

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Informovaný souhlas**

Pro výzkumný projekt: Kvalita života u pacientů s Parkinsonovou nemocí

Období realizace: Říjen, listopad, prosinec 2016, leden 2017

Řešitelé projektu: Bc. Polách Petr

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjistit, jak Parkinsonova nemoc ovlivňuje vnímání kvality života a srovnat kvalitu života s kontrolním souborem. *Výzkumné šetření bude probíhat anonymní dotazníkovou metodou. Výsledky budou použity pro zpracování diplomové práce. Vyplněním dotazníků souhlasíte s účastí na výzkumu.* Z účasti ve výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika: vyplňování dotazníků Vám zabere 10 – 15 min. V případě zájmu Vám mohou být poskytnuty výsledky výzkumu.

Kontakt: Bc. Polách Petr

Havlíčková 3886

Kroměříž 76701

tel.: 605 529 361

email: polachp@email.cz

Příloha č. 6 – Vyjádření Etické komise FZV UP

UPOL-137466/1040-2016

**Vážený pan  
Petr Polách**

2016-12-01

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážený pane Polách,

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 pacientů s Parkinsonovou nemocí**“, jehož jste hlavním řešitelem, bylo uděleno

**souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.**

S pozdravem,

Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.  
předsedkyně  
Etické komise FZV UP





Fakulta  
zdravotnických věd

**Souhlas zdravotnického zařízení**

Pro výzkumný projekt: Kvalita života u pacientů s Parkinsonovou nemocí

Období realizace: Říjen, listopad, prosinec 2016, leden 2017

Řešitelé projektu: Bc. Polách Petr

Souhlasím s realizací výzkumného projektu za účelem vypracování Diplomové práce  
pana Bc. Polácha Petra.

ICP	NeuroMedica s.r.o.	IC
77	odborná neurologická ambulance	277
367	MUDr. Dagmar Tomečková	37
001	767 01 Kroměříž, Vejvanovského 374	600
odbornost	tel. 573 337 474, 607 993 774	
209		

Zástupce zdravotnického zařízení: \_\_\_\_\_

V Kroměříži, dne 22. 11. 2016



Fakulta  
zdravotnických věd

**Souhlas zdravotnického zařízení**

Pro výzkumný projekt: Kvalita života u pacientů s Parkinsonovou nemocí

Období realizace: Říjen, listopad, prosinec 2016, leden 2017

Řešitelé projektu: Bc. Polách Petr

Souhlasím s realizací výzkumného projektu za účelem vypracování Diplomové práce pana Bc. Polácha Petra.



Zástupce zdravotnického zařízení: \_\_\_\_\_

V Kroměříži, dne 29. 11. 2016



Fakulta  
zdravotnických věd

**Souhlas zdravotnického zařízení**

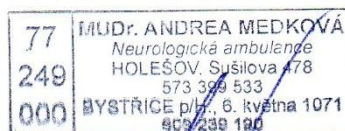
Pro výzkumný projekt: Kvalita života u pacientů s Parkinsonovou nemocí

Období realizace: Říjen, listopad, prosinec 2016, leden 2017

Řešitelé projektu: Bc. Polách Petr

Souhlasím s realizací výzkumného projektu za účelem vypracování Diplomové práce  
pana Bc. Polácha Petra.

Zástupce zdravotnického zařízení:



V HOLEŠOVĚ, dne 29. 11. 2016



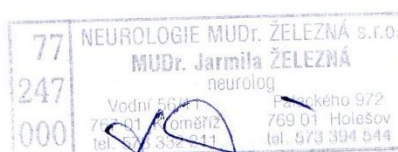
**Souhlas zdravotnického zařízení**

Pro výzkumný projekt: Kvalita života u pacientů s Parkinsonovou nemocí

Období realizace: Říjen, listopad, prosinec 2016, leden 2017

Řešitelé projektu: Bc. Polách Petr

Souhlasím s realizací výzkumného projektu za účelem vypracování Diplomové práce pana Bc. Polácha Petra.



Zástupce zdravotnického zařízení: \_\_\_\_\_

v KROPENĚŘIŽI, dne 22. 11. 2016

