

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav fyzioterapie

Bc. Kamila Bleierová

**Subjektivní hodnocení kvality života
u pacientů po cévní mozkové příhodě**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Wolfová

Olomouc 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, výhradně s použitím uvedených bibliografických a elektronických zdrojů.

Olomouc 8. června 2020

podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Wolfové za odborné vedení, vstřícnost a cenné rady při vypracování diplomové práce. Děkuji také Mgr. Dagmar Tečové za odborné konzultace ke statistickému zpracování dat a PhDr. Bronislavě Grygové za cenné připomínky k anglickému překladu Abstraktu. Poděkování patří rovněž zdravotnickému personálu Rehabilitačního oddělení FNOL za ochotu a spolupráci při realizaci praktické části diplomové práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Název práce: Subjektivní hodnocení kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě

Název práce v AJ: Subjective quality of life assessment in post-stroke patients

Datum zadání: 2019-01-20

Datum odevzdání: 2020-06-08

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav fyzioterapie

Autor práce: Bc. Kamila Bleierová

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Wolfová

Oponent práce: doc. MUDr. Ivanka Vlachová

Abstrakt

Cévní mozková příhoda je jednou z hlavních příčin dlouhodobé disability dospělých.

Diplomová práce se zabývá subjektivním hodnocením kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě. Teoretická část diplomové práce obsahuje základní přehled nástrojů pro měření subjektivně vnímané kvality života spojené se zdravím, a především u pacientů po CMP. Praktická část studie analyzuje výsledky testování pacientů po CMP hospitalizovaných na lůžkovém Rehabilitačním oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci. Pacienti byli sledováni v subakutním stadiu nemoci na počátku rehabilitační léčby a přibližně dva týdny po rehabilitační léčbě. Počáteční i kontrolní testování bylo prováděno prostřednictvím dotazníků WHODAS 2.0 (The World Health Organization Disability Assessment Schedule) a COPM (The Canadian Occupational Performance Measure).

WHODAS 2.0 je generický nástroj měření zdraví a disability a zahrnuje 6 domén funkcí, kognici, mobilitu, sebeobsluhu, vztahy s lidmi, životní aktivity a účast ve společnosti. COPM je nástrojem pro měření výsledků u pacienta v oblasti sebeobsluhy, produktivity a volného času. COPM je individualizovaný, na pacienta zaměřený, generický nástroj.

Cílem této studie bylo určit disability a omezení participace u sledovaných pacientů, a tak zhodnotit dopad nemoci a terapie na změnu jejich subjektivního vnímání kvality života. Studie ukázala, že rehabilitace měla příznivý vliv na zlepšení celkové kvality života, zvláště v oblasti mobility, sebeobsluhy a domácích aktivit, pacienti vykázali zlepšení výkonu a

spokojenosti ve vybraných činnostech v rámci dotazníku COPM. Předmětem výzkumu byl i vliv demografických faktorů na kvalitu života pacientů. Účelem práce bylo přispět ke zlepšení terapie a individuálního přístupu k pacientovi.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, kvalita života, nástroje měření, WHODAS 2.0, COPM

Abstract

Stroke is one of the leading causes of a long-term disability in adults.

The thesis deals with subjective quality of life assessment in post-stroke patients. The theoretical part summarizes tools used for subjective measuring of HRQOL (Health-Related Quality of Life), primarily in patients after stroke. The practical part gives the results of the analysis of the assessment in post-stroke inpatients recruited from the Department of rehabilitation, Faculty Hospital Olomouc. The patients were observed in the subacute stage of stroke, prior to and after about 2 weeks of physiotherapy intervention. Pre- and post-intervention outcome assessments were done with tests WHODAS 2.0 (The World Health Organization Disability Assessment Schedule) and COPM (The Canadian Occupational Performance Measure).

WHODAS 2.0 is a generic assessment instrument for health and disability covering 6 domains of functioning: cognition, mobility, self-care, getting along, life activities, participation. COPM is an individualized, client-oriented outcome measure assessing the areas of self-care, productivity and leisure.

The aim of the study was to determine the degree of disability and restrictions in post-stroke patients and to evaluate the impact of the disease and the therapy adopted on the change in patients' subjective perception of their quality of life. The work shows that rehabilitation therapy had positive effect on the improvement of overall quality of life, particularly in the domains of mobility, self-care and domestic activities. COPM showed the patients' performance improvement and satisfaction. We also monitored the influence of demographic factors on health related quality of life. The presented work aimed to help to improve treatment plans and to promote individual approach to patients.

Key words: stroke, quality of life, assessment tools, WHODAS 2.0, COPM

Rozsah: 128 stran/ 7 příloh

Obsah

Úvod	9
1 Teoretická část	10
1. 1 Kvalita života	10
1. 1. 1 Definice a určovatelé kvality života	10
1. 1. 2 Subjektivní aspekty kvality života	11
1. 1. 3 Kvalita života a zdraví	12
1. 1. 4 Modely kvality života spojené se zdravím	13
1. 2 Nástroje měření subjektivně hodnocené kvality života pacientů	15
1. 2. 1 Výběr nástroje	15
1. 2. 2 Použití schématu při prezentaci nástrojů z hlediska formátu a rozsahu	15
1. 2. 3 Kategorie nástrojů	16
1. 2. 4 Psychometrické vlastnosti nástrojů	17
1. 2. 5 Další vlastnosti nástrojů měření QOL	19
1. 2. 6 Způsob administrace měření QOL	19
1. 2. 7 Jazykový překlad dotazníku	20
1. 2. 8 Časový interval hodnocení kvality života	20
1. 3 Cévní mozková příhoda	20
1. 3. 1 Onemocnění CMP	20
1. 3. 2 Symptomatika a následky cévní mozkové příhody	22
1. 3. 3 Rehabilitace po CMP	26
1. 3. 4 Kvalita života pacientů po CMP	28
1. 4 Nástroje měření kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě	30
1. 4. 1 Generické testy pro pacienty po CMP	30
1. 4. 2 Specifické testy pro pacienty po CMP	31
1. 4. 3 Různé aspekty měření subjektivního vnímání kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě	33
1. 5 Obecná charakteristika nástrojů použitých v naší studii: WHODAS 2.0 a COPM	35
1. 5. 1 WHODAS 2.0	35
1. 5. 2 Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání - COPM	37
2 Cíl studie a hypotézy	40
2. 1 Cíl studie	40
2. 2 Hypotézy	40

3 Metodika.....	44
3. 1 Charakteristika cílové skupiny.....	44
3. 2 Dotazníky použité ve výzkumu	45
3. 2. 1 WHODAS 2.0	45
3. 2. 2 COPM.....	46
3. 3 Statistické zpracování dat	47
4 Výsledky.....	49
4. 1 Účast pacientů ve výzkumu	49
4. 2 Výsledky ověřování dat	51
4. 2. 1 Popisná statistika sledovaných dat	51
4. 3 Výsledky testování hypotéz	54
4. 3. 1 Výsledky k vědecké otázce č. 1	54
4. 3. 2 Výsledky k vědecké otázce č. 2	55
4. 3. 3 Výsledky k vědecké otázce č. 3	62
4. 3. 4 Výsledky k vědecké otázce č. 4	63
4. 3. 5 Výsledky k vědecké otázce č. 5	64
4. 3. 6 Výsledky k vědecké otázce č. 6	65
4. 3. 7 Výsledky k vědecké otázce č. 7	66
4. 3. 8 Výsledky k vědecké otázce č. 8	67
4. 3. 9 Výsledky k vědecké otázce č. 9	68
4. 3. 10 Výsledky k vědecké otázce č. 10	69
5 Diskuze	70
5. 1 Diskuze k vědecké otázce č. 1	70
5. 2 Diskuze k vědecké otázce č. 2	74
5. 3 Diskuze k vědeckým otázkám č. 3, 4, 5, 6.....	81
5. 4 Diskuze k vědeckým otázkám č. 7, 8.....	84
5. 5 Diskuze k vědecké otázce č. 9	87
5. 6 Diskuze k vědecké otázce č. 10	88
5. 7 Limitace studie a možnosti dalšího výzkumu.....	90
5. 8 Přínos studie pro praxi	90
Závěr.....	91
Referenční seznam.....	92
Seznam zkratk.....	100

Seznam obrázků.....	101
Seznam tabulek.....	102
Seznam příloh.....	103
Přílohy	104

Úvod

Významné místo v oblasti zdravotnictví zaujímá zkoumání kvality života pacientů.

V poslední době se stále více do popředí zájmu dostává subjektivní hodnocení kvality života pacienta. Vedle objektivního hodnocení stavu pacienta a jeho kvality života podle objektivních testů, zajímá zdravotnický personál i to, jak se pacient sám cítí. Nástroji subjektivního měření kvality života se stávají testy založené většinou na standardizovaných dotaznících, které jsou vedeny formou rozhovorů mezi terapeutem a pacientem. Tazatelé by měli být důkladně připraveni na testování, jen tak je možno zajistit správnost hodnocení. Vyhodnocení testů přináší výsledky, podle nichž je možno upravit léčbu pacienta a stanovit strategii potřebných intervencí. A to je také smyslem zjišťování subjektivního hodnocení kvality života pacienta.

Každá nemoc, zvláště chronická, přináší pacientovi určité specifické potíže, s nimiž se musí pacient vyrovnat a naučit se s nimi žít. Jednou z nejrozšířenějších a častých nemocí, která má dlouhodobé následky pro život pacienta, je mimo jiné cévní mozková příhoda (Nevšímalová, Růžička, Tichý, 2002, s. 171). Tato studie zkoumá subjektivní hodnocení kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě s přihlédnutím k účinnosti fyzioterapie aplikované u těchto pacientů.

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na možnosti a způsoby subjektivního hodnocení kvality života pacienta. V této části je uveden přehled nástrojů měření subjektivního vnímání kvality života v souvislosti se zdravím a zvláště u pacientů po cévní mozkové příhodě.

Praktická část diplomové práce má za cíl zjistit, zda a jak se u sledovaných pacientů hospitalizovaných po cévní mozkové příhodě změnilo subjektivní vnímání kvality života, a na základě výsledků určit disabilitu a omezení participace těchto pacientů. Účelem práce je přispět ke zlepšení komplexního léčebného přístupu k pacientovi s důrazem na psychosociální aspekt. Cílem práce je zhodnotit dopad nemoci a standardní léčby na lůžkovém rehabilitačním oddělení na subjektivní vnímání změny zdravotního stavu pacienta.

Pro vypracování diplomové práce byly využity knižní, ale i elektronické zdroje, včetně databází jako např. EBSCO, PubMed, Google Scholar. Bylo použito 66 zdrojů, z toho 42 cizojazyčných, 10 elektronických a 18 monografií.

V praktickém výzkumu byly použity dva dotazníky, WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) a Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM).

1 Teoretická část

1.1 Kvalita života

1.1.1 Definice a určovatelé kvality života

Výzkumná bádání se stále častěji zaměřují na problematiku kvality života člověka. Je nesnadné formulovat zcela přesně a jednotně definici kvality života. Tato skutečnost je dána tím, že daným pojmem se zabývají různé společenskovední obory a přistupují ke zkoumání kvality života z vlastního úhlu pohledu (Heřmanová, 2012, s. 180).

Existují různé individuální definice kvality života od různých autorů. Kolektivní definici kvality života (QOL) podala v r. 1995 skupina pracovníků zabývajících se QOL při Světové zdravotnické organizaci (WHO) v tom smyslu, že jde o „individuální vnímání vlastní pozice v životě, v kontextu té kultury a v systému těch hodnot, v nichž jedinec žije. Vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům. Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu“ (Krančiukaitė, Rastenytė, 2006, s. 709, 710; Heřmanová, 2012, s. 44). Kvalita života není totožná s pojmy „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“, nebo „pohoda“ (Heřmanová, 2012, s. 43, 44). Jde spíše o multidimenzionální pojem, těžko uchopitelný pro svou komplexnost, neboť zahrnuje širokou škálu různých oblastí života (Gurková, 2011, s. 23). Buck uvádí, že kvalita života je pojem, který se skládá ze tří širokých domén, fyzické, mentální a sociální (Buck et al., 2000, s. 2004).

Určovateli kvality života je široké spektrum předpokladů a faktorů, kvalita života je posuzována podle indikátorů životního a demografického prostředí, podle ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení a rekreace, mezilidských vztahů, volného času, sociálních a technologických charakteristik práce, podle sociálních jistot a občanských svobod aj. (Heřmanová, 2012, s. 34). Sledovanými oblastmi v definicích kvality života jsou často psychologická, tělesná, materiální, produktivní a emocionální pohoda, meziosobní vztahy, míra nezávislosti, osobní bezpečnost aj. (Heřmanová, 2012, s. 42).

Kvalita života má stránku objektivní a subjektivní. Objektivní stránku kvality života představují životní podmínky daného jedince, včetně jeho zdravotního stavu, subjektivní stránku určuje celková spokojenost se životem, tj. kognitivní ohodnocení vlastního života a jeho emocionální prožívání (Bencko, Hnilicová, 2005, s. 656, 657).

Každé individuální prožívání kvality života je subjektivní a závisí na hodnotové orientaci jedince, na jeho kulturně podmíněných očekáváních a normách (Heřmanová, 2012, s. 87).

Mezi další faktory, které mají vztah ke kvalitě života, patří věk, pohlaví, vzdělání, rodinná a ekonomická situace, religiozita a kulturní zázemí jedince (Džuka, 2012, s. 149; Slováček, 2004, s. 6).

1. 1. 2 Subjektivní aspekty kvality života

Za subjektivní aspekty kvality života je považována spokojenost se životem, štěstí a subjektivní pohoda (well - being) (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 9; Payne et al., 2005, s. 209), harmonie a smysl života (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 31).

Subjektivní pohoda a kvalita života

V rámci psychologie součástí pohody je subjektivní pohoda a psychologická pohoda. Subjektivní pohoda představuje zážitkový, aktuální aspekt pohody, vychází z hedonismu (důraz na blaho člověka), pozitivní subjektivní pohoda znamená pozitivní náladu. Psychologická pohoda vychází z eudaimonismu (důraz na blaženost), zaměřuje se na smysl života a osobní růst. V klinických výzkumech kvality života je větší pozornost věnována subjektivní pohodě (Gurková, 2011, s. 32, 33).

Pohoda souvisí s neuroticizmem, extroverzí a svědomitostí, s kognitivní složkou. Osobnost je považována za podstatný prediktor pohody (Gurková, 2011, s. 33).

Kvalita života a pohoda jsou cílem lidského snažení. Pohoda je konstruována na základě Maslowovy hierarchie potřeb (Gurková, 2011, s. 33) Podle Maslowa má člověk pět základních typů potřeb, základní existenční fyziologické potřeby organismu, potřebu bezpečí, sociální potřeby, potřebu úcty a sebeúcty a růstové potřeby (Heřmanová, 2012, s. 53). Kvalitativně vyšší potřeby jsou pocitovány až po uspokojení potřeb nižších (Heřmanová, 2012, s. 53).

Z myšlenek Maslowovy pyramidy čerpají i jiní teoretici, např. psycholog Seligman považuje za prostředek k dosažení štěstí vést příjemný, dobrý a smysluplný život (Heřmanová, 2012, s. 53). Podle sociologa E. Fromma se uplatňují dva modely lidské existence, model mít - znamená uspokojovat základní existenční potřeby, model být – znamená seberealizovat se, najít smysl života, mít pocit dobrého života (Heřmanová, 2012, s. 57). Je třeba poznamenat, že dosažení životní pohody závisí na individuálních aspiracích a vyznávaných hodnotách jedince (Heřmanová, 2012, s. 53, 54).

Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které nemusí být v přímé úměře se zdravím a socioekonomickou situací. Může nastat tzv. paradox blahobytu, kdy spokojenost se životem není přímo úměrná vzrůstu bohatství a materiálního zajištění (Heřmanová, 2012, s. 55).

Některé výzkumy ukázaly, že spokojenost se životem, tj. vnímání a hodnocení kvality vlastního života, velmi silně koresponduje s úrovní respondentů udržovaných sociálních vazeb, s jejich hodnotovou orientací a i s uspokojením potřeby reprodukce ve smyslu pokračování vlastního rodu (Heřmanová, 2012, s. 155).

Pohoda je stav rozpoznané harmonie ve všech aspektech života, stav spokojenosti, radosti, duchovní zážitků, pocit štěstí (Chae, Chang, 2016, s. 1712).

Pro subjektivní pocit životní pohody mají význam dvě základní dimenze, psychologická, představující kladný postoj k sobě samému, a sociální, představující kladný postoj k druhým lidem (Heřmanová, 2012, s. 56).

Subjektivní pohoda má kognitivní a afektivní komponent, které jsou ve vzájemném vztahu (Gurková, 2011, s. 34). Subjektivní pohoda je dlouhodobý emoční stav, který je ovlivněn vztahem negativních a pozitivních emocí a kognitivní složkou a ve kterém se odráží celková spokojenost jednotlivce s jeho životem (Gurková, 2011, s. 35). Subjektivní spokojenost je základem měření kvality života. Podle některých autorů je možné kognitivní komponent subjektivní pohody ztotožnit se subjektivní kvalitou života (Gurková, 2011, s. 39).

1. 1. 3 Kvalita života a zdraví

Významnou součástí plnohodnotného života je zdraví. Celosvětově nejrozšířenější a všeobecně přijímanou je definice zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO), která jej vymezuje jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (Heřmanová, 2012, s. 63), a ne pouze absence nemoci nebo neschopnosti (Krančiukaitė, Rastenytė, 2006, s. 709). Hodnota zdraví spočívá ve smyslu soběstačnosti, schopnosti pohybu a práce a nezávislosti na jiných lidech. Vnímání zdraví je ovlivněno psychikou jedince a interakcí sociálního okolí (Heřmanová, 2012, s. 63).

Determinanty zdraví jsou genetika, životní styl – výživa, pohybové aktivity, sexuální chování, návykové závislosti, úroveň zdravotní péče a životní prostředí (Payne et al., 2005, s. 234 - 237).

Kvalita života je ve zdravotnictví poměrně novou, ale v posledních letech velmi zdůrazňovanou problematikou (Bencko, Hnilicová, 2005, s. 658).

V oblasti medicíny rozeznáváme dva hlavní přístupy k hodnocení kvality života, kvalitu života související se zdravím (HRQOL- Health related quality of life) a kvalitu života založenou na potřebách pacienta. Kvalita života založená na potřebách zkoumá, do jaké míry příznaky nemoci a omezené funkce umožňují pacientovi uspokojovat jeho potřeby. Je to reflexe způsobu, jak pacient vnímá a reaguje na svůj zdravotní stav (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 36).

HRQOL je multidimenzionální konstrukt vymezený ve významu fungování jedince ve vztahu k nemoci, percepce dopadu nemoci a prožívání pohody a spokojenosti (Gurková, 2011, s. 46). Kvality života u nemocných se v rámci medicínského aspektu dosahuje zmírňováním utrpení a bolesti, schopností zvládat náročné situace, zapojováním se do společnosti, dosahováním soběstačnosti, prožíváním štěstí, potlačováním případné úzkosti a napětí (Gurková, 2011, s. 46, 47; Bencko, Hnilicová, 2005, s. 659).

HRQOL charakterizuje a měří to, co jedinec zažívá jako následek poskytování zdravotní péče (Slováček, 2004, s. 6). Subjektivní hodnocení nemocného znamená, jak on sám vnímá vlastní zdravotní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v pracovním, rodinném a sociálním prostředí. K hodnocení kvality života nemocných jsou používány dotazníky kvantifikující dopad nemoci na běžný život nemocného (Slováček, 2004, s. 7).

Důraz při posuzování kvality života u pacienta je kladen na perspektivu pacienta (Gurková, 2011, s. 54). Při změně zdravotního stavu se stává důležitým momentem pro kvalitu života pacienta adaptace. Tehdy může nastat i tzv. paradox spokojenosti, kdy lidé s vysokou disabilitou mohou uvádět i dobrou kvalitu života, jelikož se adaptovali na novou situaci (Gurková, 2011, s. 60). Chronická onemocnění vyžadují vyšší stupeň adaptace a nový životní styl. Reakce jedince v nové situaci ve vztahu ke kvalitě života navozuje fenomén změny odpovědi, který funguje jako mediátor adaptace, kdy pacient mění hodnoty a priority a redukuje své ambice (Gurková, 2011, s. 62). Proces adaptace u pacienta ovlivňují jeho osobnostní vlastnosti, emoce, psychika, neuroticizmus, kognitivní adaptační mechanismy a životní okolnosti (Gurková, 2011, s. 61).

1. 1. 4 Modely kvality života spojené se zdravím

Konceptualizací teorie kvality života vznikají modely kvality života, které mohou posloužit jako základ pro měření kvality života pacientů. Rozlišují se čtyři kategorie modelů kvality života. První kategorii zastupují hierarchické modely, které strukturují kvalitu života a vymezují její domény, druhou kategorií jsou interakční modely, které znázorňují vztahy mezi

kvalitou života a jejími determinantami. Třetí kategorii představují prediktivní modely, vhodné při komparaci kvality života pacientů s různým sociokulturním prostředím, které je jejím hlavním určovatelem (prediktorem). Čtvrtá kategorie zahrnuje modely založené na významu, v nichž je kvalita života konceptualizována z perspektivy pacienta (Gurková, 2011, s. 104). Je v nich zdůrazněna subjektivnost, význam hodnot a dynamičnost (Gurková, 2011, s. 130).

Z modelů kvality života spojené se zdravím (HRQOL) vycházejí odpovídající konkrétní nástroje měření kvality života pacientů (Gurková, 2011, s. 77). Vznikají tak standardizované dotazníky, které zkoumají celkovou kvalitu života pacienta a často jeho kvalitu života v jednotlivých doménách. Ve snaze měřit kvalitu života a kvantifikovat ji je nutné operacionalizovat pojem kvalita života a zvolit její konkrétní indikátory-ukazatele. Vymezené příslušné indikátory se stávají položkami dotazníkových domén. Indikátory zjednodušují, objasňují a zprostředkovávají souhrnné informace pro rozhodování (Heřmanová, 2012, s. 96).

V souvislosti se zdravím je často využíván model kvality života vytvořený pracovní skupinou WHO v r. 1999 a kanadský model vytvořený Centrem pro podporu zdraví v Torontu.

Model WHO vymezuje šest domén pro měření kvality života, jsou to fyzické zdraví, psychologická oblast, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualita (Gurková, 2011, s. 71; Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 16). Fyzická kvalita života sleduje pohyblivost a pracovní způsobilost, vlastní hodnocení energie a vytrvalosti, prožívání bolesti, psychická kvalita života zahrnuje sebehodnocení, prožívání emocí, schopnost koncentrace a učit se, doména nezávislost zjišťuje aspekty omezení tělesné nezávislosti, odkázanost na pomůcky a léky, doména sociálních vztahů se zaměřuje na osobní vztahy, sexuální život, na adekvátnost sociální opory, v doméně prostředí je pozornost věnována podmínkám bydlení, finanční situaci, dostupnosti zdravotnictví, spiritualitou je míněno náboženské a světonázorové přesvědčení (Gurková, 2011, s. 71).

V modelu kvality života kanadských výzkumníků jsou stanoveny tři základní domény pro měření kvality života (tzv. „3B“). První doména začleňuje oblast existence, bytí (being), s položkami -výživa, oblečení, pohyb, vzhled, zdraví, osobní hygiena, kognice, cítění, víra, druhá doména zahrnuje sounáležitost, pocit patřit někam (belonging), s položkami - rodina, práce, škola, domov, přátelé, spolupracovníci), třetí doména sleduje adaptabilitu, schopnost realizovat se (becoming), obsahuje položky-dosahování osobních cílů, denní aktivity, volný čas, osobní růst (Gurková, 2011, s. 72; Heřmanová, 2012, s. 89, Bencko, Hnilicová, 2005,

s. 657). Kanadský model na rozdíl od modelu WHO zohledňuje i spokojenost jedince s položkou a její důležitost z pohledu jeho situace (Gurková, 2011, s. 72).

Kvalita života se ovšem nedá vyjádřit pouze číselně, každý jedinec ji hodnotí jinými kritérii (Heřmanová, 2012, s. 140). Při posouzení kvality života je třeba použít celkový přístup, tj. kvantitativní metody měření (dotazníky) kombinovat s kvalitativními přístupy, jako je vedení osobního rozhovoru s pacientem mimo dotazník, analýza zdravotních dokumentů, případová studie (Heřmanová, 2012, s. 146), nebo zúčastněné pozorování, kdy pacient zaznamenává vše, co se mu zdá důležité, své subjektivní pocity (Payne et al., 2005, s. 271).

Účelem hodnocení kvality života pacienta může být nejen hodnocení efektivity léčby, ale také zjišťování preferencí pacienta s cílem dosáhnout jeho compliance v léčbě a predikce vývoje jeho kvality života (Gurková, 2011, s. 103). Bez měření kvality života pacienta nemůže být hodnocení účinku léčby zcela úplné, jasné a srozumitelné (Buck et al., 2000, s. 2004).

1. 2 Nástroje měření subjektivně hodnocené kvality života pacientů

1. 2. 1 Výběr nástroje

Výběr nástroje měření kvality života závisí na rozsahu, náročnosti a cíli výzkumu, na cílové skupině a podmínkách, kde výzkum probíhá (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 46). Kritérii výběru nástroje je jeho obsah a vlastnosti a také charakter (design) studie (Gurková, 2011, s. 116, 117). Je také nutno zvážit teoretické východisko nástroje, aplikovatelnost a dostupnost nástroje v cílovém jazyce a podmínky získání souhlasu autora s použitím nástroje (Gurková, 2011, s. 131).

1. 2. 2 Použití schématu při prezentaci nástrojů z hlediska formátu a rozsahu

Z hlediska formátu a rozsahu je nutno prezentovat nástroje podle používaného schématu. Schéma by mělo obsahovat: název nástroje (zkratku), autora nástroje, rok publikování nástroje, stručný popis nástroje, počet položek, domén, dimenzí či podškál, odpovědní stupnici, příklad položek, jazykovou verzi, další verze nástroje – např. zkrácené nebo upravené v počítačové verzi, psychometrické vlastnosti nástrojů, tj. informace o reliabilitě a validitě nástroje a přehledné souhrnné tabulky k nástroji (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 52, 53, 54).

1. 2. 3 Kategorie nástrojů

1. 2. 3. 1 Generické a specifické nástroje

Nástroje dělíme na generické – všeobecné a na specifické-zaměřené často na jistý druh onemocnění. Generické dotazníky hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění (Slováček, 2004, s. 7). Specifické dotazníky jsou vytvořeny pro jednotlivé typy onemocnění, jsou jednoznačně senzitivnější (Slováček, 2004, s. 8). Vznikají i hybridní nástroje tak, že se převezme jádro generického nástroje a přidají se vlastní specifické položky vztahující se ke konkrétnímu onemocnění (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 46, 47).

Jiné dělení metodik je založené na všeobecnosti a specifčnosti položek, které nástroje obsahují. Globální položky se ptají na všeobecnou kvalitu života, specifické položky na konkrétní oblasti (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, s. 47, 48).

1. 2. 3. 2 Unidimenzionální a multidimenzionální nástroje

Také je možné dělit nástroje na unidimenzionální, které tvoří několik položek a je možné z nich vypočítat celkové skóre, a na multidimenzionální, které obsahují více domén či subškál, které mohou mít odlišnou míru důležitosti ve vztahu ke zkoumanému konstruktu (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 48; Gurková, 2011, s. 106, 107).

1. 2. 3. 3 Konvenční a individuální nástroje

Za konvenční nástroje jsou považovány standardní dotazníky, v nichž jsou pro všechny respondenty v cílové skupině vymezeny stejné oblasti kvality života, posuzované stejnými kritérii (Gurková, 2011, s. 112). Tyto dotazníky nedokážou zachytit specifčnost a jedinečnost zkušenosti pacienta. U individuálních nástrojů naopak nejsou předem definovány domény kvality života, domény určuje sledovaný jedinec, hodnotí je podle vlastních kritérií a sám jim přisuzuje důležitost (Gurková, 2011, s. 113). Tyto nástroje kladou důraz na interindividuální rozdílnost oblastí kvality života a umožňují zjišťovat kvalitu života s ohledem na specifické skupiny osob (Džuka, 2012, s. 154). Aplikovatelnost těchto nástrojů je v kontextu klinických studií diskutabilní (Džuka, 2012, s. 154), a proto je efektivní použít individuální nástroje v kombinaci s tradičními konvenčními nástroji (Gurková, 2011, s. 115).

1. 2. 4 Psychometrické vlastnosti nástrojů

Validita (platnost, pravdivost) a reliabilita (spolehlivost) jsou základní kritéria vědecké hodnoty výzkumné metody jako celku.

1. 2. 4. 1 Validita nástroje

Validita nástroje je nejdůležitější psychometrický ukazatel měřicího nástroje. Nástroj je validní, pokud měří to, co má měřit. Validita je korelací mezi nástrojem měření a vnějším kritériem, resp. stupněm pozitivity odpovědi na předchozí otázku. Rozlišují se různé druhy validity. Obsahová validita vyjadřuje, do jaké míry je obsah výzkumného nástroje v souladu s obsahem zjišťované oblasti. Konstruktová validita vyjadřuje, zda je zkoumaný koncept adekvátně měřený daným nástrojem (Gurková, 2011, s. 118). Konstruktová validita má dvě základní složky, konvergentní validitu a diskriminační validitu (Gurková, 2011, s. 119). Při hodnocení konstruktové validity se využívají různé přístupy. Jeden ze způsobů představuje porovnání výsledků daného nástroje s jinými, už známými nástroji s dobrou konstruktovou validitou. Pokud je mezi výsledky vysoká shoda, je pravděpodobné, že nástroj má porovnatelnou validitu. Druhý přístup vychází z porovnání výsledků daného nástroje mezi různými proměnnými. Nástroj má dobrou konstruktovou validitu, pokud jím potvrdíme vztahy, které předpokládá teorie. Konstruktová validita se zjišťuje prostřednictvím testování hypotéz, které již byly potvrzeny, nebo použitím jiných nástrojů ve stejném výzkumu, pokud je shoda ve výsledcích, konstruktová validita je dobrá (Gurková, 2011, s. 119). Kritériová validita vyjadřuje odpověď na otázku „Má měření nějaký vztah k jiným měřením stejného konceptu?“, vyjadřuje tak stupeň shody výsledků měření a některého známého a ověřeného kritéria. Někdy se rozlišují dva typy kritériové validity, a to predikční a souběžná validita (Gurková, 2011, s. 119). Predikční validita určuje pravděpodobnost shody mezi výsledkem měření a chováním zkoumané osoby po určitém čase. Je odpovědí na otázku: „Existuje korelace mezi měřením a dalším budoucím měřením stejného nebo podobného konceptu?“ (Gurková, 2011, s. 119). Souběžná validita zjišťuje, jak daný nástroj účinně zjišťuje současný stav. Je odpovědí na otázku „Existuje korelace mezi dvěma měřeními toho samého konceptu ve stejném čase?“ (Gurková, 2011, s. 119; Mühlpachr, 2005, s. 69). Validita se vypočítává pomocí korelačních analýz.

1. 2. 4. 2 Reliabilita nástroje

Reliabilita znamená, že dotazník měří to, co má měřit, dostatečně spolehlivě (Payne et al., 2005, s. 272). Reliabilita je rozmezí, ve kterém nástroj měření vykazuje stejné výsledky při opakovaných měřeních. Vyjadřuje stupeň shody měřené vlastnosti se skutečností. Jejím číselným ukazatelem je koeficient reliability (Gurková, 2011, s. 120). Základní formou reliability je stabilita. Stabilita znamená, že pokud měříme opakovaně určitý jev, který se podle předpokladu nemění, měly by být výsledky měření shodné a měly by spolu vysoce korelovat (Payne et al., 2005, s. 272). Koeficientem reliability je korelační koeficient mezi skóre dvou měření stejného vzorku stejným nástrojem s určitým časovým odstupem, tzv. test –retest. Dalším základním aspektem reliability je vnitřní konzistence, která zaručuje, že všechny složky nástroje měří stejný koncept, na její určení se používá výpočet Cronbachovy alfy, její optimální hodnota je rovná či vyšší než 0,80 při porovnávání skupin, rovná či vyšší než 0,90 při rozhodování u jednotlivce, u nástrojů s menším počtem položek je přijatelná její hodnota v rozmezí 0,7 - 0,8 (Gurková, 2011, s. 120). Za další aspekt reliability je považována ekvivalence neboli rovnocennost, která je aktuální, když dva různí výzkumníci použijí ten samý nástroj současně nebo když se použijí dva paralelní nástroje, u nichž se předpokládá, že měří tu samou vlastnost při měření za sebou na tom samém vzorku, indexem ekvivalence je korelační koeficient (Gurková, 2011, s. 120; Mühlpachr, 2005, s. 68).

1. 2. 4. 3 Citlivost a senzitivita nástroje

Důležitou vlastností nástroje je citlivost (responsiveness), je to jeho schopnost zachytit klinicky relevantní změny v určité časové kontinuitě, když se zlepšuje nebo zhoršuje stav pacienta (Gurková, 2011, s. 120). Senzitivita (sensitivity) vyjadřuje schopnost zachytit rozdíly mezi skupinami pacientů (Gurková, 2011, s. 120-121). Ukazateli citlivosti jsou standardizovaný průměr odpovědí (standardised response mean) a velikost účinku (effect size) (Gurková, 2011, s. 121).

1. 2. 4. 4 Struktura nástroje

Struktura nástroje se zjišťuje na základě faktorové analýzy, je to průzkumná technika, která hledá hypotetické, nepozorovatelné, latentní proměnné (společné faktory), ze kterých byly pozorované proměnné vygenerovány (Gurková, 2011, s. 121). Výstupem faktorové analýzy jsou koeficienty nasycení proměnných v extrahovaném faktoru, komunalita a vlastní hodnoty. Koeficienty nasycení (factor loadings, faktorové nabití) by měly dosahovat hodnoty 0,4.

Komunalita vyjadřuje velikost rozptylu počítaného pro dané proměnné s jedním extrahovaným faktorem. Vlastní hodnoty (eigenvalue) vyjadřují rozptyl extrahovaný pomocí faktoru. Pro interpretaci jsou významné ty faktory, které dosáhly eigenvalue, hodnoty, vyšší než 1 či jsou blízké k hodnotě 1,0 (Gurková, 2011, s. 121).

1. 2. 5 Další vlastnosti nástrojů měření QOL

Kromě psychometrických vlastností nástrojů měření QOL jsou důležitými kritérii pro měření QOL i další vlastnosti nástrojů jako je přesnost, vhodnost (přiměřenost) a přijatelnost měření (Buck et al., 2000, s. 2004).

Přesností měření se rozumí schopnost nástroje změřit nejpříznivější a nejhorší zdravotní stavy pacientů (rozsah stropového a podlahového efektu), rozlišit co nejvíce a nejpřesněji odlišnosti mezi pacienty. Přesnost nástroje je dána počtem kategorií odpovědí a stanovením váhy numerických hodnot v nástroji měření (Buck et al., 2000, s. 2005).

Přiměřenost měření spočívá na principu, že testy by měly odrážet vytyčené cíle studie a přihlídnout k charakteru skupiny pacientů. Vhodné je použití metod se zaměřením na pacienta (patient - centered methods) (Buck et al., 2000, s. 2005).

Přijatelnost měření znamená srozumitelnost testů pro pacienta, přijatelný průměrný čas pro vyplňování dotazníku pacientem, test má být pojat tak, aby pacient byl schopen měření podstoupit. Např. u pacientů s CMP je nutno brát ohled na kognitivní problémy a neustále přítomný pocit únavy, vhodné je provést před vlastním testováním předtestovací přípravu s pacientem a seznámit ho s formulacemi, volbou odpovědí vyskytujících se v testu a s celkovým rozvržením testu (Buck et al., 2000, s. 2005).

1. 2. 6 Způsob administrace měření QOL

Dotazníky je možno vyplňovat s asistencí terapeuta, který vede rozhovor s pacientem a vyplňuje položky dotazníku (tzv. interviewer-administered version), nebo pacient odpovídá na dotazy přímo sám (self-administered version), u této verze je nutná adekvátní grafická úprava, tj. přiměřená velikost a typ písma, vhodné řádkování (Gurková, 2001, s. 141). U rozhovoru nesmí dojít k podsouvání odpovědí pacientovi (Gurková, 2001, s. 142).

Samostatné vyplnění dotazníku pacientem není tak silný zdroj jako rozhovor, kdy je možno více problém vysvětlit. U samostatného vyplnění je samozřejmostí, že pacient má dobrou kognici a je schopen psát. Ovšem u pacientů, kteří mají problémy s mluvením, není zase rozhovor možný.

Je nutné také posoudit možnost, zda lze test použít s respondentem v zastoupení, tato varianta je vhodná pro pacienty s problémy v komunikaci a porozumění otázkám, tedy u těžších případů onemocnění (Buck et al., 2000, s. 2005).

1. 2. 7 Jazykový překlad dotazníku

Překlad originální verze dotazníku do jiného jazyka je složitý proces, který je veden prostřednictvím metodologie lingvistické validizace, zastřešované a autorizované profesionálními organizacemi s mezinárodní působností na základě spolupráce několika týmů expertů (Gurková, 2011, s. 122, 123). Většinou se překládají dotazníky z anglického jazyka, v první fázi jsou provedeny dva nezávislé překlady do cílového jazyka, po konzultaci se vytvoří na základě konsenzu sjednocující verze, která se pak překládá nezávisle dvakrát zpětně do původního jazyka a oba překlady jsou zhodnoceny (Gurková, 2011, s. 123). Sporné položky se znovu překládají, až je zpětný překlad shodný s originální verzí. Vzniká tak pracovní verze, která je testována, a výsledkem je vytvoření finální verze, která je podrobena psychometrické analýze (Gurková, 2011, s. 124).

1. 2. 8 Časový interval hodnocení kvality života

Kvalita života je dynamický konstrukt, který se mění v čase (Džuka, 2012, s. 154). Kvalita života pacienta představuje dlouhodobý výsledek ošetrovatelské péče, změny se dostaví až po určité době. Časový interval měření kvality života záleží především na účelu jejího hodnocení, např. hodnocení změn v QOL v souvislosti s konkrétní terapeutickou intervencí, popis QOL pacientů s určitým onemocněním aj. (Gurková, 2011, s. 128).

1. 3 Cévní mozková příhoda

1. 3. 1 Onemocnění CMP

Cévní mozková příhoda neboli iktus je závažné onemocnění, které ve většině případů zanechává trvalé následky na zdraví pacienta. CMP se stává častou příčinou získaného zdravotního postižení (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 1).

Epidemiologie CMP

Cévní mozkovou příhodou v České republice je ročně postiženo 35 000 osob (Kolář et al., 2009, s. 386). Přibližně 25% pacientů se kompletně zotaví, 25% pacientů umírá (v posledních letech se prognóza zlepšuje, optimalizací péče o pacienta mortalita v rozvinutých zemích

střední Evropy klesá na 15%), 25% pacientů zůstává s lehkým postižením, 25% je těžce postiženo (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 3). Více jak třetina z přeživších jsou pacienti mladší 60 let. Rehabilitace pro tyto pacienty je nezbytná a má dominantní úlohu (Kolář et al., 2009, s. 387).

Příčiny CMP

Příčinou CMP je buď cerebrální ischemie, nebo cerebrální hemoragie. Cévní mozkové příhody ischemického původu jsou převažující, vyskytují se u 80 % pacientů s CMP, cévní mozkové příhody hemoragického původu tvoří až 20 % všech CMP, mají vyšší mortalitu než ischemické (Kolář et al., 2009, s. 388; Ambler, 2011, s. 140).

Ischemická cévní mozková příhoda

Ischemická CMP vzniká na podkladě uzávěru tepen, které vyživují mozek. Při stenóze klesá mozková perfúze, snižuje se krevní zásobení mozkového areálu, dochází k poruše funkce neuronů, mozková tkáň podléhá strukturálním změnám, nastává tzv. mozkový infarkt. Příčinou stenózy nebo úplného uzavření mozkové cévy jsou lokální procesy na cévní stěně, často vytváření trombotického plaku a poté jeho embolizace. Embolický materiál se skládá z trombocytových a fibrinových agregátů a z cholesterolových krystalů. Nejčastěji je zasažena arteria cerebri media. Části plaku mohou být krevním proudem strženy i na jiném místě než v mozku a embolizují. Výchozím bodem arterio-arteriálních embolií jsou často aorta ascendens, rozvětvení arterie carotis interna, méně pak arteria vertebralis, arteria subclavia, kardiální embolie jsou příčinou asi jen pětiny všech ischemických infarktů (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 3, 4).

Dělení mozkových ischemií

Podle mechanismu vzniku se mozkové ischemie dělí na obstrukční, kdy dojde k uzávěru cévy trombem nebo embolem (popsáno viz výše), a na neobstrukční (Ambler, 2011, s. 140), které vznikají při hypoxii nebo anoxii z extracerebrálních příčin (např. respirační selhání) nebo při systémových hypoperfúzích (např. při srdečním selhání aj.) (Ambler, 2011, s. 145).

Podle vztahu k tepennému povodí se ischemické CMP dělí na infarkty teritoriální, tj. v povodí některé mozkové tepny, interteritoriální (na rozhraní povodí jednotlivých tepen) a lakunární (postižení malých perforujících arterií) (Ambler, 2011, s. 140).

Podle časového průběhu a vývoje klinických příznaků se rozlišují čtyři typy mozkové ischemie.

První typ je tranzitorní CMP (transfer ischemic attack-TIA), kdy symptomy odezní do 24 hodin, druhý typ je reverzibilní CMP (reversible ischemic neurologic deficit – RIND), kdy příznaky odezní do 2 týdnů, třetí typ je progredující CMP (stroke in evolution), při které příznaky progredují, a čtvrtý typ dokončená CMP (completed stroke), kdy se rozvine ireverzibilní ložisková ischémie s trvalým neurologickým deficitem (Kolář et al., 2009, s. 388).

Příčinami mozkové ischémie je často arterioskleróza, mohou to být i hematologická onemocnění, viskozita krve, zhoršené reologické vlastnosti krve nebo i mnohé poruchy funkcí srdce (např. srdeční arytmie, poruchy srdečních chlopní aj.) (Nebudová, 1998, s. 36; Nevšimalová, Růžička, Tichý, 2002, s. 174).

Rizikové faktory pro vznik ischemické CMP

Rizikovými faktory ischemické CMP jsou pokročilý věk, hypertenze, diabetes mellitus, vysoká hladina cholesterolu v krvi, srdeční choroby, vyšší věk, kouření cigaret, nadměrná konzumace alkoholu, hormonální antikoncepce, nadváha, nedostatek pohybu, stres (Mäurer H.- Ch., Mäurer R., 1995, s. 21-23).

Hemoragická cévní mozková příhoda

Hemoragická CMP je způsobena prasknutím některé mozkové arterie. Krvácení může být tříštivé nebo ohraničené (globózní). Tříštivá krvácení převažují z 80 % nad globózními. Tříštivá krvácení vznikají při ruptuře cévní stěny postižené chronickou arteriální hypertenzí, prognóza je nepříznivá. Globózní krvácení vznikají rupturou cévní anomálie a postihují subkortikální oblast. Mají příznivější prognózu. Dalšími případy hemoragie je krvácení do mozkového kmene, nebo krvácení v mozečku. Malé procento tvoří subarachnoidální krvácení, které může vést až k destrukci mozku (Kolář et al., 2009, s. 389).

Příčinami hemoragie mohou být arteriální hypertenze, hemoragické diatézy, arteriovenózní malformace krevních cév, aneurysma a mozkové nádory. U starších pacientů příčinou hemoragie může být také mozková amyloidní angiopatie. U mladších jedinců rizikovým faktorem může být i drogová závislost (Ambler, 2011, s. 146, 147).

1. 3. 2 Symptomatika a následky cévní mozkové příhody

Neurologické deficity po cévní mozkové příhodě závisejí na cévním teritoriu, které je mozkovým infarktem nebo krvácením zasaženo (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 6). Přesné zjištění funkčního poškození je rozhodující pro plánování rehabilitace. Klinická

symptomatika cévní mozkové příhody je velmi variabilní, záleží na rozsahu, tíži a trvání ischemie a hemoragie (Ambler, 2011, s. 141).

Ischemie v karotickém povodí

Při postižení v karotickém povodí (arteria carotis interna) se objevují příznaky z postižení čelního, temenního a spánkového laloku.

Při ischemii v tomto povodí, kdy mohou být zasaženy arteria cerebri media a arteria cerebri anterior, nastává kontralaterální centrální spastická hemiparéza nebo hemiplegie a kontralaterální porucha citlivosti. Při poškození arteria cerebri media je více postižena horní končetina a mimické svalstvo, při ischemii v povodí arteria cerebri anterior je více postižena dolní končetina (Kolář et al., 2009, s. 387- 388; Polívka, Ševčík, 1998, s. 25). Postižení hybnosti může být různého stupně od lehkého postižení až po kompletní postižení hybnosti (plegie) (Nebudová, 1998, s. 14). Dochází ke zvýšení výbavnosti šlacho-okosticových reflexů, zvýšení svalového tonu, vzniká spasticita, mohou být pozitivní patologické zánikové i iritační jevy (např. Babinského reflex) (Ambler, 2011, s. 24). Druhotně mohou vznikat svalové kontraktury a atypické postavení v kloubech. Postižený jedinec se pohybuje pomalu, méně přesně, ztrácí schopnost normálních kontrolovaných pohybů a koordinace pohybu (Rehabilitace, 2004, s. 13).

Pro postižení arterie cerebri media je typické Wernickeovo-Mannovo držení s typickým spastickým vzorcem. (Kolář et al., 2009, s. 387).

Při postižení nedominantní hemisféry může vzniknout neglect syndrom a anozognozie. Při neglectu pacient ignoruje postiženou končetinu, nepoužívá ji. Při anozognozii si pacient není vědom poruchy hybnosti (Nebudová, 1998, s. 16; Kolář et al., 2009, s. 387). Jde o poruchu vnímání vlastní integrity, vlastního onemocnění, vlastního těla v prostoru a okolního prostoru (Polívka, Ševčík, 1998, s. 27; Lippertová-Grünerová, 2015, s. 1).

Naopak při lézi dominantní hemisféry může dojít k afázii a dalším poruchám symbolických funkcí. Je několik typů afázií, např. Brocova motorická afázie, kdy pacient rozumí, ale má problém se vyjádřit. Jeho řeč není plynulá. Brocovo centrum řeči se nachází ve frontálním laloku. Naopak při Wernickeově sensorické afázii je nemocný schopen mluvit, ale nerozumí významu slov a komolí je a může vzniknout tzv. slovní salát. Wernickeovo centrum řeči se nachází v temporálním laloku (Nebudová, 1998, s. 18, 19).

Kromě afázie mohou nastat i jiné poruchy symbolických funkcí – dysgrafie, agrafie, dyskalkulie, akalkulie, dyslexie, alexie (Polívka, Ševčík, 1998, s. 26).

U poruchy v povodí a. cerebri anterior může být přítomen i tzv. prefrontální syndrom, u kterého se objevují výrazné psychické poruchy (Kolář et al., 2009, s. 388).

Při ischemii v povodí perforujících centrálních arterií se rozvíjí lakunární infarkt a objevují se motorické a senzitivní příznaky, dále ataxie nebo dysartrie (Kolář et al., 2009, s. 388). Splývající ischemická ložiska v bílé hmotě mozkových hemisfér jsou příčinou Binswangerovy choroby, kdy dochází k progresivní deterioraci kognitivních funkcí (Kolář et al., 2009, s. 388).

Ischemie ve vertebrobasilárním povodí

Toto povodí zásobuje krví okcipitální laloky, mozkový kmen a mozeček. Při lézi arterie cerebri posterior jsou typické poruchy zraku, nejčastěji se rozvíjí kontralaterální homonymní hemianopsie nebo i komplexní zrakové poruchy, až kortikální slepota. Může nastat zraková agnozie, paréza pohledu a porucha prostorové orientace (Kolář et al., 2009, s. 388; Nebudová, 1998, s. 20; Ambler 2011, s. 142).

Někdy jsou jen menší výpadky zorného pole, někdy poruchy komplexních zrakových funkcí, jako je čtení, rozeznávání barev, zraková paměť, někdy se mohou objevit zrakové halucinace (Országh, Káš, 1995, s. 63).

Postižení mozečkových tepen se projevuje ataxií na stejnostranných končetinách, zvýšenou pasivitou, adiachokínézou. Léze vermis mozečku se projevuje trupovou ataxií, chůze postiženého je opilecká o široké bázi (Nebudová, 1998, s. 21).

Volní snaha pacienta řešit pohybové problémy může vést k tremoru a dysmetrii. Pohyby jsou nepřiměřené, pacient má potíže při udržení přechodných poloh pohybu (Rehabilitace, 2004, s. 16).

Dalšími poruchami při ischemii mozečkových tepen mohou být oslabení svalů tváře, čelisti, jazyka a polykacích svalů, čímž dochází k dysartrii, dysfagii, případně k chrapotu a škytavce. Ty mohou vést k malnutrici, dehydrataci a hrozí aspirace jídla, která může vést až k aspirační pneumonii (Rehabilitace, 2004, s. 14; Kolář et al., 2009, s. 388).

Projevy postižení mozkového kmene jsou dány strukturami, které se zde nalézají. Jsou to jádra hlavových nervů a mozkové dráhy z hemisfér mozku a mozečku. Postižení je častěji na straně léze – např. nervus facialis. Léze nervů je v těchto případech periferní (léze v oblasti jádra), proto je např. u nervu facialis postižena i horní větev (Nebudová, 1998, s. 21), u léze ve vyšších centrech je postižena pouze větev dolní.

Nejčastějším příznakem vertebrobasilární insuficience jsou závratě – vestibulární syndrom, který může být centrální i periferní. Bývá často doprovázen nauzeou, může nastat i zvracení, chůze je vrávoravá. Potíže jsou často přechodné (Nebudová, 1998, s. 22).

Symptomatika u hemoragických cévních příhod

Symptomatika parenchymových mozkových krvácení závisí hlavně na jejich velikosti a charakteru (Ambler, 2011, s. 147).

Tříštivá krvácení mají nepříznivou prognózu s vysokou mortalitou, u globálních subkortikálních hemoragií, které se podobají ischemickým příhodám v témže povodí, je prognóza příznivější. Mozečková krvácení se projevují vestibulární symptomatologií, krvácení do mozkového kmene kmenovou symptomatologií a u závažnějších subarachnoidálních krvácení se rozvíjí kóma a může se rozvíjet i meningeální syndrom (Kolář et al., 2009, s. 388).

Druhotné komplikace

Jako sekundární následky cévní mozkové příhody mohou vznikat sfinkterové potíže, zácpa nebo močové obtíže, dekubity, snížená odolnost vůči infekcím, osteoporóza, dýchací potíže, únava, bolest, deprese, syndrom demence, panická reakce, ale i sexuální dysfunkce, která může být úzce spojena s psychosociální nepohodou pacienta (Országh, Káš, 1995, s. 99; Park, Ovbiagele, Feng, 2015, s. 7, s. 12; Lippertová-Grünerová, 2015, s. 1, 80-82).

Léčba CMP

Těžištěm primární léčby cévní mozkové příhody je komplex celé řady opatření, jako zajištění respirace, dostatečná ventilace, oxygenace, zajištění krevního oběhu a srdeční činnosti, dostatečná hydratace, iontová bilance a adekvátní nutrice (Ambler, 2011, s. 148,149). Při terapii mozkových krvácení je nutno zajistit celkovou anesteziologicko- resuscitační léčbu, důležitá je léčba intrakraniální hypertenze a mozkového edému (Ambler, 2011, s. 150). U menší části nemocných s CMP je indikována i léčba operační (Ambler, 2011, s. 150).

Nedílnou součástí komplexní léčby cévní mozkové příhody je vedle farmakoterapie rehabilitace.

1. 3. 3 Rehabilitace po CMP

Po CMP je zapotřebí zahájit včasnou, komplexní, intenzivní a kontinuální rehabilitaci, na níž se podílí celý multidisciplinární tým, který tvoří lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi. Cílem je obnovit samostatnost pacienta do maximálně možného stupně soběstačnosti.

Plasticita a reorganizace CNS

Neurovědecké poznatky o principech učení a o neuroplasticitě tvoří neurologický základ procesu rehabilitační terapie.

Po poškození mozku je třeba zahájit rehabilitační terapii, jejím cílem je znovuobnovení nebo znovunaučení ztracených funkcí. Neurorehabilitace vychází ze schopnosti rychlé adaptace chování organismu na měnící se prostředí, tento proces učení je výrazem plasticity centrálního nervového systému. Adaptace je závislá na včasné a adekvátní stimulaci příslušného systému v době kritické periody, je to časově omezená doba, kdy je mozek vysoce senzitivní pro možnosti tréninku. Právě procesem tréninku dochází ke změně neuroanatomické struktury mozku, dochází k aktivaci neuronálních sítí, které nahradí buňky a spoje zničené následkem CMP (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 9-12; Votava, 2001, s. 184).

Cerebrální reorganizaci lze prokázat funkční magnetickou rezonancí a metodami elektrofyziologické diagnostiky. U zlepšených pacientů aktivaci v mozku mohou vykazovat areály sousedící s poškozenou oblastí (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 12, Votava, 2001, s. 184).

Zásady rehabilitace po CMP

Rehabilitace má být zahájena co nejdříve, ihned po odeznění alterace celkového stavu. Zásadou rehabilitace je nejčasnější mobilizace. Rehabilitaci je třeba začít terapií poruch dýchání a polohováním. Po pasivní pohybové aktivitě na lůžku následuje vertikalizace pacienta s nácvikem sedu, stoje a chůze, prostřednictvím asistovaných a aktivních pohybů. Zvláštní péče je věnována procvičování ramenního kloubu, aby nenastal syndrom ztuhlého ramene. Součástí komplexní rehabilitace je reedukace řeči (Ambler, 2011, s. 150). Pro zlepšení artikulace a polykání je nezbytná facioorální terapie, pro nácvik každodenních aktivit a jemné motoriky ergoterapie (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 24, 25).

Rehabilitační program má být sestaven tak, aby postihoval všechny neurologické poruchy, které pacient má. Při lehkém postižení je rehabilitace účinnější (Kolář et al., 2009, s. 389).

Nejzávažnější poruchou po CMP je imobilita, která má řadu následků a komplikací, mění se svalový tonus, při zvýšení svalového tonu nastává spasticita, při snížení svalového tonu ochablost. Spastické svalstvo se zkracuje, nastávají kontraktury. Následkem imobility může nastat také atrofie svalstva, degenerativní změny na chrupavkách, vaziva a kloubních pouzder, dalšími možnými komplikacemi jsou senzorycké a kognitivní poruchy, paréza okohybných nervů, paréza lícního nervu, poruchy vestibulární a cerebelární. Uvedené poruchy je třeba v rámci komplexního rehabilitačního programu cíleně ovlivňovat (Kolář et al., 2009, s. 389).

Při sestavování rehabilitačního plánu vycházíme z hodnocení posturálního tonu, posturálních a pohybových vzorů a funkčních dovedností s ohledem na vývojové stadium CMP. Každé stadium vyžaduje jiný fyzioterapeutický přístup.

Vývojová stadia onemocnění a fyzioterapeutické metody

Rozlišujeme akutní stadium, kdy převládá svalová hypotonie, subakutní stadium, kdy převažuje spasticita, stadium relativní úpravy, kdy pokračuje zlepšování stavu, a chronické stadium, kdy se stav ustálí a už se dál nezlepšuje.

V akutním stadiu má pacient svalovou slabost, snížený svalový tonus, a ztrátu stability, nejdůležitější v této fázi je polohování.

V subakutním stadiu se rozvíjí spasticita, klade se důraz na nácvik aktivní hybnosti a postupnou vertikalizaci.

Základem rehabilitačního programu je použití fyzioterapeutických metod. Využívají se kombinace propioceptivní neuromuskulární facilitace, konceptu manželů Bobathových a Vojtovy metody (Kolář et al., 2009, s. 389; Votava, 2001, s. 185, 186). Využit je možné i řadu dalších metod. V rehabilitační praxi Fakultní nemocnice Olomouc kromě zmíněných metod se používají také DNS (dynamická neuromuskulární stabilizace) (Řasová et al., 2017, s. 25-26), robotické terapie (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 35, 36), případně metoda CIMT (Constraint-induced movement therapy) (Pavlů, 2003, s. 160-161) nebo mirror therapy (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 43 – 44). Jako doplňkové metody lze využít stimulaci senzibility, elektrostimulaci, bilaterální cvičení (Lippertová-Grünerová, 2015, s. 44, 45, 46) i terapii pomocí domácích zvířat (Pavlů, 2003, s. 221 – 223). Některé metody se používají

v ČR ojediněle, např. metoda Brunnström, program opětovného učení motorických funkcí: Carr a Shepherd, metoda Rood (Pavlů, 2003, s. 96 -99; s. 106 – 107 s. 109 – 110).

1. 3. 4 Kvalita života pacientů po CMP

U pacientů po cévní mozkové příhodě je vnímání kvality života vždy individuální a záleží zejména na subjektivním posouzení vlastního života. Pacient může mít dlouhodobé problémy vyplývající z imobility a z kognitivních poruch. Potíže nastávají se soběstačností při každodenní sebeobsluze, spojené s oblékáním, s dodržováním osobní hygieny, se zajištěním, přípravou a přijímáním potravy. Pacient může prožívat útrapy z poruch pohyblivosti, může mít problém vyjít schody, vstát ze sedu, sklonit se, natáhnout ruce vzhůru, dopravit se chůzí, kam potřebuje (Doyle et al., 2004, s. 1006). To vše mu brání vykonávat běžné domácí práce jako úklid, praní prádla, nákupy. Jeho výkony jsou pomalejší, nejsou dobře provedené, často nemůže zůstat sám doma bez dohledu. Případné poruchy zraku nebo narušení rovnováhy mu ubírají na nezávislosti (Hugues et al., 2019, s. 1). Poruchy polykání mu způsobují, že nemůže ani dobře konzumovat jídlo nebo tekutiny, kouše-li špatně, jídlo mu padá z úst (Doyle et al., 2004, s. 1006).

Velké problémy mohou pacientovi způsobovat poruchy kognice a komunikace. Pacient může mít poruchu paměti, ale také poruchu zrakoprostorové a exekutivní funkce (Park et al., 2017, s. 737). Pacient ztrácí schopnost soustředit se a řešit problémy. Není schopen pamatovat si denní úkoly a učit se nové věci. Poruchy komunikace se mohou projevat různě, neschopností hovořit, rozumět ostatním, povídat si, používat správné výrazy, napsat dopis, číst si (Doyle et al., 2004, s. 1005). Afázie narušuje výkon denních činností a znemožňuje návrat do práce (Sul et al., 2019, s. 1, 5).

Pacienty provází trvalá únava. Jde o patologickou únavu, charakterizovanou vyčerpáním, kterému na rozdíl od běžné únavy nepředcházela námaha a nepomáhá odpočinek (De Groot et al., 2003, s. 1714-1715). Pacienti mají sklon ke snížené aktivitě až k apatii, tím se ještě oslabuje jejich kondice a zvyšuje se jejich unavitelnost. Často v noci trpí nespavostí a naopak přes den je přemáhá spánek. Silnější únavu mají pacienti spíše starší, s větším reziduálním handicapem, s poruchou paměti a soustředění a často v kombinaci s depresí (Graber et al., 2019, s. 4,5). Riziko rozvoje deprese u této skupiny pacientů je spojeno s pocitem osamělosti a se sociální izolací.

Pacienti po cévní mozkové příhodě se cítí být pro své okolí zátěží, mnohdy ztrácejí sebevědomí, cítí vinu, frustraci či vztek, mohou být přecitlivělí (Rowe, 2017, s. 4; Mäurer H.-

Ch., Mäurer R., 1995, s. 47). Pacienti pociťují často bolest. Bolest patří k významným subjektivním problémům pacienta po CMP. Vzniká jako důsledek spasticity a přetěžováním zdravé poloviny těla. Nejčastější bolestí při postižení horní končetiny je syndrom bolestivého ramene, který vzniká subluxací ramene (Kolář et al. 2009, s. 391). Bolest brzdí volnočasové aktivity i kvalitu spánku.

Často u pacientů po CMP nastávají komplikace v oblasti sociálních vztahů. Pacienti mají potíže s udržením přátelských vazeb a s navázáním nových kontaktů a při spolupráci s rodinou a pečovateli. Neradi jednájí s neznámými lidmi. Mohou mít problémy se sexuálními aktivitami. Potíže se mohou promítat do volnočasových činností, pacienti nemusejí mít zájem zapojit se do společenských aktivit (Doyle et al., 2004, s. 1006). Pacient není schopen si vyřídit sám nutné úřední záležitosti a přijímat nezbytné informace, oslabuje se jeho pracovní zařazení, je nucen pracovat na zkrácený úvazek nebo ukončuje pracovní poměr. Zažívá úbytek finančních prostředků. Jeho sociální potřeby jsou neuspokojené, stává se pro něho důležitý kontakt se sociálními pracovníky, kteří by mu poskytli potřebné informace, např. jak vyplnit žádost, jaké jsou možnosti materiální pomoci, pečovatelské služby a rehabilitace (Lehnerer et al., 2019, s. 8). Pacient může zažívat stres v sociálních a rodinných vztazích. Rodina je někdy úzkostlivá a netrpělivá, pacient někdy odmítá pomoc od jiných jako projev své vůle nebýt závislý (Lynch et al., 2008, s. 4).

Pacient se často ocitá v nepříznivém emocionálním rozpoložení. U pacientů může převažovat negativní nálada, pesimismus, ponížení a skleslost ze závislosti na jiných, ze změněného pohledu, ze ztráty vitality a energie, trápí je změna rolí v domácnosti, mohou pociťovat nudu a ztrátu smyslu života (Lynch et al., 2008, s. 4, 5, 6). Pacient může mít pocit neuspokojení, úzkostlivosti, smutku a osamělosti (Doyle et al., 2004, s. 1006), ale i pocit vyřazení ze společnosti, pocit zbytečnosti, opuštěnosti a strach z budoucnosti (Országh, Káš, 1995, s. 99).

Jmenované potíže se u pacienta po CMP prolínají a vzájemně ovlivňují. Kvalita života pacienta po CMP záleží na tom, do jaké míry je pacient postižen, jaké má poruchy, jaký má stupeň disability v různých oblastech výkonu a jak je omezena jeho participace v pracovním, rodinném a společenském životě. Stav nemoci může výrazně ovlivnit rehabilitace a její efekt. Záleží pochopitelně také na osobnosti pacienta, na jeho věku, vzdělání, psychice a hlavně na rodinném zázemí (Slováček, 2004, s. 6). Tyto faktory mohou významně ovlivnit pacientovo vnímání vlastní zdravotní a životní situace. Subjektivní hodnocení pacientova stavu je ukazatelem jeho kvality života.

1. 4 Nástroje měření kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě

Cévní mozková příhoda poškozuje zdraví a je jisté, že snižuje kvalitu života pacienta. Do jaké míry a jakým způsobem se QOL změnila po CMP a především, jak změny zdravotního stavu vnímají pacienti, je možno měřit různými prostředky.

Pro testování subjektivního vnímání kvality života u pacientů s cévní mozkovou příhodou je možno použít generické, ale i specifické testy.

1. 4. 1 Generické testy pro pacienty po CMP

Z generických měření použitelných u pacientů po cévní mozkové příhodě uvádíme několik příkladů. Např. SF -36 – Medical Outcomes Short Form Health Survey je dotazník s 36 dotazy, vyplňovaný samotným pacientem, dotazy jsou seskupeny do 8 domén, obsahujících širokou řadu tělesných aktivit, psychosociální kognici a také evaluaci vlastního celkového zdravotního stavu. Skóre na škále je od 0 do 100, vyšší skóre ukazuje lepší zdraví. Zkrácenou verzí SF-36 je SF-12 s 12 otázkami. Dalším příkladem je SIP - Sickness Impact Profile, což je spolehlivý test se 136 otázkami, seskupenými do 12 sekcí (Krančiukaitė, Rastenytė, 2006, s. 710). Test EUROQOL má 6 položek a pokrývá 6 domén (nálada, mobilita, denní praxe, bolest a nepohoda, rodina a volný čas, péče o sebe). Použít je možno i další testy - Quality of Life Index- QLI, rozšířený na QLI 3 s doplněním o tři sekce- komunikace, péče o sebe a mobilita, což jsou problémové aktivity u pacientů po CMP, test RLNI - Reintegration to Normal Living Index a test NHP-Nottingham Health Profile (Krančiukaitė, Rastenytė, 2006, s. 711).

Někteří autoři nepovažují testy SIP a NHP za testy kvality života, tak jak je uvádí databáze Medline, ale spíš za testy na hodnocení zdravotního stavu, měření funkčního stavu a schopnosti vykonávat denní aktivity (Gurková, 2011, s. 42).

Často jsou používány nástroje vytvořené skupinou specialistů na kvalitu života při WHO (The WHOQOL Group), jako WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment), test obsahující 100 položek, nebo jeho zkrácená verze WHOQOL - BREF s 24 položkami (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 81-83). WHOQOL-100 zahrnuje 6 domén kvality života: fyzické zdraví, psychické zdraví, nezávislost, sociální vztahy, prostředí a spiritualita, které odpovídají teoretickému modelu kvality života Světové zdravotnické organizace (Gurková, 2011, s. 71; Kačmárová, Babinčák Mikulášková, 2013, s. 30).

1.4.1.1 Výhody a limity všeobecných testů

Všeobecné testy jsou určeny pro testování široké řady populace pacientů. Umožňují srovnávat podstatné efekty různých nemocí a účinek intervencí na kvalitu života pacienta. Vzhledem k tomu, že testy jsou založeny na vlastním hlášení pacienta, tato metoda sbírání dat není však vhodná pro pacienty s kognitivními nebo komunikativními poruchami. Je sice možno provést testování v zastoupení, kdy odpovídají za nemocného rodinní příslušníci nebo pečovatelé, ovšem takto může dojít ke zkreslení informací, tudíž tyto výsledky je nutno posuzovat se značnou opatrností. Jiným nedostatkem všeobecných testů je snížená přesnost určitých škál, takže může nastat tzv. „podlahový efekt“, kdy velké množství pacientů získalo nízké skóre a škály nejsou dostatečně citlivé, aby zjistily rozdíly mezi těmito pacienty. Podobně opačně při „stropovém efektu“, kdy velký počet pacientů získá velmi vysoké skóre, nástroje nejsou schopny rozlišit rozdíly mezi nimi. Značný stropový efekt byl zaznamenán u různých domén testu SF-36 (Krančiukaitė, Rastenyte, 2006, s. 711, 712). Doporučovány jsou spíše kratší verze testů, pokud u nich byla potvrzena stejná reliabilita a validita jako u delších verzí. Zkrácené testy znamenají úsporu času, menší zátěž pro respondenta a jednodušší administrativu pro tazatele. Např. čas k vyplnění SF-12 je odhadován na 2 minuty, zatímco SF-36 na 12 minut (Krančiukaitė, Rastenyte, 2006, s. 711, 712).

1. 4. 2 Specifické testy pro pacienty po CMP

Vzhledem k heterogenitě znaků a symptomů CMP vybrat nejlepší metodu měření QOL je složité. Za specifický test pro pacienty po CMP je možno označit test SA - SIP 30 – Stroke Adapted Sickness Profile Impact, test je zkrácenou adaptací SIP, má 30 otázek v 8 doménách (Krančiukaitė, Rastenyte, 2006, s. 713). Test SIS - Stroke Impact Scale verze 2.0 má 8 domén a 64 otázek (Krančiukaitė, Rastenyte, 2006, s. 713). Test SIS 3.0 – Stroke Impact Scale Version 3.0 obsahuje domény fyzické problémy, paměť a myšlení, emoce, komunikační schopnosti, aktivity denního života, mobilita, schopnost využívat ruce, participace, percepce uzdravení (Gurková, 2011, s. 165). Test SS-QOL - Stroke Specific Quality of Life Measure, neboli Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QoL), je komplexní nástroj pro pacienty po CMP, při administraci se využívá přímá forma „face to face“, interview nebo telefonický hovor. Test má 62 položek, skládá se ze 3 sekcí -1. fyzická aktivita, 2. pocity a emoce (dohromady 49 položek ve 12 oblastech: energie, rodinné role, jazyk, pohyblivost, péče o sebe, sociální role, myšlení, zrak, funkčnost horních končetin, nálada, osobnost, práce/produktivita), 3. sekce-stav před a po mrtvici ve všech 12 oblastech a 1 položka se týká

všeobecného hodnocení QOL pacienta (celkem 13 položek). 1. a 2. sekce se hodnotí na pětibodové stupnici, 3. sekce má čtyřbodovou stupnici, vyšší skóre vždy znamená lepší výsledek (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 159; Krančiukaitė, Rastenytė, 2006, s. 713).

Change in Quality of life scale (CQOL) je sebesposuzovací nástroj pro pacienty po CMP, vychází z nástroje SS-QOL, jde o využití samostatné 3. sekce nástroje (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 159).

Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure (NEWSQOL) je nástroj administrovaný jako interview, má 56 položek, 11 oblastí: pocity, péče o sebe, myšlení, pohyblivost, emoce, spánek, mezilidské vztahy, komunikace, bolest/citlivost, zrak, únava. Hodnocení se provádí na 4 - bodové stupnici, možnosti odpovědí se liší v závislosti na charakteru položek (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 159).

Stroke and Aphasia Quality of Life Scale (SAQOL-39) je adaptací původního nástroje SS-QoL pro pacienty po CMP s afázií, má 39 položek, 4 oblasti: fyzická, psychosociální, komunikace, energie. Má pětibodovou stupnici, kdy stupeň 1 označuje „vůbec bych to nemohl vykonat“, stupeň 5 označuje, že pacient s činností nemá žádný problém (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 159).

Burden of Stroke Scale (BOSS) neboli měření břemena cévní mozkové příhody, je sebehodnotící nástroj fungování a pohody, vychází koncepčně z WHO modelu fungování, postižení a zdraví (WHO 2001), má 64 položek, sleduje 3 základní faktory - omezení fyzické aktivity, omezení kognitivní aktivity a psychologický distres (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 158).

Test BOSS zahrnuje celkem 12 domén rozložených do tří základních dimenzí. Mobilita (5 otázek), sebeobsluha (5 otázek) a potíže s polykáním (3 otázky) tvoří základní dimenzi omezení tělesné aktivity; energie a spánek (4 otázky), nálada (7 otázek), spokojenost (7 otázek), překážky (8 otázek), pozitivní nálada (4 otázky) a negativní nálada (4 otázky) tvoří dimenzi psychologická zátěž; komunikace (7 otázek), kognice (5 otázek) a sociální vztahy (5 otázek) tvoří třetí dimenzi - omezení kognitivní aktivity (Doyle et al., 2004, s. 999). V pětibodové stupnici pacient hodnotí potíže a z nich plynoucí útrapy (Doyle et al., 2004, s. 1005, 1006). Vyšší skóre představuje méně žádoucí zdravotní stav ve smyslu větších omezení a vyšší úrovně distresu (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 158).

1. 4. 2. 1 Výhody a nevýhody specifických testů

Tyto testy je možno provést za 10-15 minut, je možno použít různou techniku vyplnění – osobní rozhovor, samovyplnění, telefonní rozhovor, email, běžná pošta. Nevýhodou specifických testů je nedostatek dat ke klinickému testování a nejsou zcela komplexní. Otázky a stupnice v těchto testech by měly být formulovány jasněji a stručněji (Krančiukaitė, Rastenytė, 2006, s. 713).

1. 4. 3 Různé aspekty měření subjektivního vnímání kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě

Z výsledků různých publikovaných studií vyplývají mnohé závěry a pohledy na danou problematiku. Vybrány jsou tři příklady.

1. 4. 3. 1 Omezení aktivit a subjektivní pohoda pacienta

Národní americká zdravotní studie NHATS (National Health and Aging Trends Study) zkoumala, jak omezení aktivit v součinnosti s dalšími faktory ovlivňuje subjektivní pohodu pacienta po cévní mozkové příhodě (Zahuranec et al., 2017, s. 944, 945).

Subjektivní pohoda byla primárně testována dotazníkem se sedmi otázkami zaměřenými na zhodnocení emocí, zahrnujících radost, nudu, naplnění života a obavy, a na seberealizaci, zahrnující sebevnímání, smysl života a posouzení své životní situace. Výsledné skóre bylo od 0 do 22, vyšší hodnota znamenala vyšší pohodu (Zahuranec et al., 2017, s. 945).

Další měření zjišťovalo index počtu omezení aktivit pacienta kvůli zdraví, kdy pacient nutně potřebuje pomoc od druhé osoby. Test sledoval omezení základních činností jako je např. najezení, koupel, oblékání, procházka kolem domu, praní prádla, nezbytné nákupy aj. Ze skóre 0 až 11 vyšší hodnota ukazovala na vyšší omezení aktivit (Zahuranec et al., 2017, s. 945). Měřena byla i tělesná kapacita. Pacienti odpovídali, jak zvládají různé úkoly, např. vyjít 10/20 schodů, obejít 3/6 bloků domu, položit předmět do vrchní poličky, otevřít uzavřenou dózu aj. Na stupnici 0 až 12 vyšší skóre značilo lepší tělesné funkce pacienta (Zahuranec et al., 2017, s. 945). Pro zjišťování indexu omezené participace respondenti sdělovali, které společenské aktivity považují za důležité a jak je zvládají (Zahuranec et al., 2017, s. 946).

Byly sledovány sociální kontakty nemocných, kognice byla testována podle počtu zapamatovaných slov a schopnosti nakreslit hodiny. Bylo zjišťováno, jak dalece polykací potíže ovlivňují stravování pacienta. Sluchové poruchy se posuzovaly podle schopnosti

konverzovat s jinými osobami v tiché místnosti, vizuální potíže podle toho, zda pacient vidí na novinový tisk, obtíže s mluvou podle komunikace (Zahuranec et al., 2017, s. 945).

Testovány byly i depresivní symptomy, bolest a přístup k technologiím, jako možnost používání mobilu a internetu (Zahuranec et al., 2017, s. 946).

Výsledky této studie ukázaly, že omezení denních činností má celkem mírný vliv na subjektivní pohodu pacienta (Zahuranec et al., 2017, s. 949). Subjektivní pohodu však výrazně snižují bolest, deprese, omezená sociální participace, narušená kognice a problémy s polykáním (Zahuranec et al., 2017, s. 946, 948).

1. 4. 3. 2 Deprese a spokojenost se životem

Holandská studie sledovala souvislost mezi depresí a spokojeností se životem v široké skupině pacientů časně po CMP. Předmětem výzkumu byly i další faktory, které ovlivňují spokojenost se životem.

Spokojenost se životem byla měřena testem Lisat-9 (Life Satisfaction Questionnaire 9) v 9 doménách - celková spokojenost se životem, schopnost postarat se o sebe, volný čas, pracovní situace, finanční situace, sexuální život, rodinný život, partnerské vztahy, kontakty s přáteli. Respondenti měli možnost odpovědět v šestistupňové škále – velmi nespokojen, nespokojen, spíše nespokojen, spíše spokojen, spokojen, velmi spokojen (Oosterveer et al., 2017, s. 226).

U sledovaných pacientů byla také měřena únava pomocí testu FSS (Fatigue Severity Scale), aktivity a participace byly měřeny testem FAI (Frenchay Activities Index). Depresi a úzkost zjišťoval test HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Oosterveer et al., 2017, s. 224).

Bylo zjištěno, že pacienti s depresivními symptomy vykazují nižší spokojenost se životem, více ženy, ale s malým rozdílem od mužů (Oosterveer et al., 2017, s. 226). Je konstatováno, že úmrtnost pacientů po CMP s depresí nastává o 5 let dříve než u pacientů s CMP bez deprese. U pacientů s CMP je nutné včas depresi odhalit a poskytnout jim psychologickou a terapeutickou péči (Oosterveer et al., 2017, s. 227).

1. 4. 3. 3 Schopnost komunikace a kvalita života pacientů s CMP

Specifický test „Měření břemena cévní mozkové příhody“ BOSS (Burden of Stroke Scale) byl vytvořen týmem odborníků ze Světové zdravotnické organizace s cílem zjistit tělesnou, kognitivní a psychologickou zátěž u pacientů po cévní mozkové příhodě. Pilotní studie

uskutečněná v USA měla redukovat původní dotazník a ověřit platnost a další psychometrické vlastnosti tohoto nástroje (Doyle et al., 2004, s. 997).

Byla provedena komparace potíží skupiny pacientů po CMP s kontrolní skupinou zdravé populace a uvnitř skupiny pacientů s CMP byly srovnávány potíže u jejích dvou podskupin, a to u pacientů s komunikativními poruchami a u pacientů s CMP bez komunikativních poruch (Doyle et al., 2004, s. 997).

Podmínkou účasti byly vstupní testy – RTT (Revised Token Test) vedený na sluchové porozumění příkazům v dlouhých větách, na fyzickou neschopnost to byl test MRS (Modified Rankin Scale) a BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination) na zjištění afázie. Test BDAE posloužil ke klasifikaci podskupin. Pacienti s výsledkem 1 až 4 na škále BDAE byli zařazeni do skupiny s poruchou komunikace, pacienti se skóre 5 do skupiny bez poruchy komunikace (Doyle et al., 2004, s. 1000).

Test jasně prokázal větší zátěž následků CMP u pacientů s komunikativními poruchami a závažnější zhoršení jejich kvality života.

1. 5 Obecná charakteristika nástrojů použitých v naší studii: WHODAS 2.0 a COPM

Zdravotnický personál obvykle řeší problémy pacienta podle stanovené diagnózy. Málokdy se zjišťuje, zda je pacient sám spokojen se svou situací. V této studii byly vybrány generické testy WHODAS 2.0 a COPM pro výzkum subjektivního vnímání kvality života pacientů hospitalizovaných po cévní mozkové příhodě. WHODAS 2.0 je ucelený, výstižný test, obsahující šest základních domén kvality života, doporučených Světovou zdravotnickou organizací. COPM respektuje potřeby pacienta, který si sám určí nedůležitější aktivity, které chce zlepšit.

1. 5. 1 WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0)

WHODAS 2.0 je mezinárodní standardizovaný generický test, který hodnotí disability tak, jak je definována v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (ICF), tj. měří úroveň poruchy funkcí (impairment), míru postižení, tj. omezení aktivit a schopností (disability), a omezení participace (Üstün et al., 2010a, s. 11). WHODAS 2.0 je konvenční, multidimenzionální nástroj, vytvořený podle hierarchického modelu kvality života.

Dotazník je snadno pochopitelný, umožňuje subjektivní hodnocení stavu pacienta, určení jeho disability pak specifikuje následnou identifikaci jeho potřeb, je důležité

pro stanovení léčby a dalších intervencí, pro určení priorit a přidělování prostředků (WHODAS 2.0, Manuál k českému překladu, s. 1). Dotazník hodnotí kvalitu života pacienta nezávisle na lékařské diagnóze, zajišťuje biopsychosociální přístup k měření QOL, poskytuje sebehodnocení, je to nejlepší metoda k zachycení individuálních zkušeností pacienta a jeho kontextuálního pozadí (Federici et al., 2017, s. 2348).

Z hlediska přesnosti měření má dotazník pět kategorií odpovědí, pracuje s váhou numerických hodnot. Respondenti v dotazníku určují míru obtíží, které zažívají při obvyklém provádění činností, a to při použití zdravotních pomůcek i využití pomoci druhých osob. Dotazník se týká problémů spojených se zdravotním stavem, kterým jsou myšleny nemoci fyzické i duševní, jakož i zdravotní problémy krátkodobé či dlouhodobé. Pacient je dotazován, kolik dnů v posledních třiceti dnech měl zjišťované potíže (Federici et al., 2017, s. 2348). Nástroj zachycuje vnímání úrovně funkcí a disability pacientem v šesti doménách života (Üstün et al., 2010a, s. 3, Federici et al., 2017, s. 2348).

Dotazník může být vyplněn samostatně pacientem nebo při rozhovoru vedeném odborným testujícím. Je nutno dobře vyškolit tazatele, aby vedli rozhovor vstřícně a zdvořile, aby dobře respondenty instruovali a zajistili zachování soukromí a nepodsouvali jim odpovědi. Pokud respondent není schopen sám dotazník vyplnit, je možné použít verzi pro vyplnění osobou blízkou, kterou může být člen rodiny, pečovatel apod.

Dostupné jsou dotazníky různých rozsahů, s 36, s 24 a s 12 otázkami. Základní doporučenou verzí je verze s 36 otázkami, je nejkompaktnější. Verze s 12 otázkami slouží k rychlé orientaci, verze 12+24 otázek je používána tak, že dvanáctistupňová škála se použije k rychlé orientaci a na základě získaných výsledků se doplní další ze zbylých 24 otázek, tedy ty, které jsou relevantní (WHODAS 2.0, Manuál k českému překladu, s. 2,3).

Psychometrické vlastnosti dotazníku WHODAS 2.0

Na základě mnohých ověřovacích studií, klinických testů a hodnocení v zastoupení bylo zjištěno, že WHODAS 2.0 má výborné psychometrické vlastnosti. Je vysoce reliabilní, má robustní faktorovou strukturu a solidní validitu pro určení disability. Je použitelný pro různé země a kultury, pro různé typy pacientů v různém věku a obou pohlaví (Üstün et al., 2010a, s. 8; Federici et al., 2017, s. 2354).

Dotazník WHODAS 2.0 od r. 1999 do r. 2015 dosáhl velké significance, byl použit téměř ve 100 zemích a téměř v 50 jazycích a dialektech (Federici et al., 2017, s. 2352), a to ještě tehdy nebyl přeložen do českého jazyka. Z hlediska použití dotazníku v medicínských

oborech v uvedeném období pokrylo 40% studií oblast psychiatrie (nástroj původně vznikl pro tuto oblast), 15% studií bylo vedeno v oblasti neurologie a 9% studií v oblasti rehabilitace (Federici et al., 2017, s. 2352). Nejvíce byla využívána verze dotazníku s 36 otázkami (Federici et al., 2017, s. 2351).

Ověřovací studie prokázaly dobrou vnitřní konzistenci testu, Cronbachova alfa dosahovala vysokých hodnot, pro celkový test činila 0,98, pro jednotlivé domény se pohybovala v hodnotách od 0,94 do 0,96 (Üstün et al., 2010a, s. 20). Excelentní vnitřní konzistence byla zjištěna u verze s 36 otázkami ve všech sledovaných jazycích (Federici et al., 2017, s. 2352, 2353).

Faktorová analýza potvrdila unidimenzionalitu domén, až na otázky k volnému času v doméně 5 a 6 (Üstün et al., 2010a s. 20; Federici et al., 2017, s. 2352).

Dotazník má dobrou citlivost na změny v čase a senzitivitu pro zachycení funkčních změn u léčených skupin (Üstün et al., 2010a, s. 22).

Nástroj má vysokou validitu. Zkoumání dotazníku WHODAS 2.0 prokázala, že skupiny nemocných mají významně vyšší disabilitu než skupiny zdravé populace. Ukázalo se, že pacienti s fyzickými problémy měli vysokou disabilitu v doménách souvisejících s mobilitou (Üstün et al., 2010a, s. 22), zatímco pacienti užívající drogy měli vysokou disabilitu v doménách souvisejících se sociální sférou (Üstün et al., 2010a, s. 23).

Souběžná validita dotazníku byla zkoumána ve srovnání s jinými testy, v některých doménách byla prokázána vysoká, např. v doméně mobility a sebeobsluhy byla vysoká korelace s testem FIM (Functional Independence Measure) (Üstün et al., 2010a, s. 23, 24).

I přes malé limitace bylo prokázáno, že různé verze dotazníku WHODAS 2.0 mají vyhovující psychometrické vlastnosti pro široké testování (Federici et al., 2017, s. 2354).

1. 5. 2 Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání - COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

Test byl vytvořen kanadskými odborníky pro ergoterapeutickou praxi. Je založen na individualizovaném hodnocení ke zjišťování subjektivně vnímané změny ve výkonu zaměstnávání v průběhu času (Law et al., 2008, s. 1). COPM vychází z Kanadského modelu výkonu zaměstnávání, který zahrnuje tři kategorie - soběstačnost, produktivitu a volný čas (Law et al., 1990, s. 84; Law et al., 2008, s. 3; Yang et al., 2017, s. 548).

Je to standardizovaný nástroj, což znamená, že jsou přesně stanoveny instrukce a metody jeho administrace a vyhodnocování (Law et al., 2008, s. 23). Je to generický nástroj, individuální, vytvořený podle modelu QOL založeného na významu, zaměřený na pacienta.

Psychometrické vlastnosti dotazníku COPM

COPM není srovnávací hodnocení. U COPM má smysl porovnávat a interpretovat změny v hodnotách COPM u každého z klientů při vstupním a kontrolním hodnocení, nikoliv u celé skupiny klientů, protože každý má jiné stanovené problémy. Teorie, na které je COPM postaveno, popisuje výkon zaměstnávání jako subjektivní zkušenost jedince (Law et al., 2008, s. 24).

Co se týče reliability, pro COPM je důležitá pouze stabilita (test- retest) hodnocení. Podle ověřovacích studií má COPM dobrou reliabilitu, převyšuje hodnotu 0,80, což je hranice přijatelnosti (Law et al., 2008, s. 24). Např. v holandské studii posuzující reliabilitu testu COPM u pacientů s cévní mozkovou příhodou dosáhl test - retest hodnoty 0,89 pro výkon aktivit a 0,88 pro spokojenost s výkonem (Law et al., 2008, s. 24; Cup et al., 2003, s. 402,405).

Pro COPM byly stanoveny tři druhy validity, obsahová, kriteriální a konstruktová (Law et al., 2008, s. 25). Osm studií dokládá validitu COPM, ukázalo se, že dvě hodnocení – Satisfaction with Performance Scaled Questionnaire (SPSQ-Dotazník spokojenosti s výkonem) a Reintegration to Normal Living Index (RNL-Škála reintegrace do normálního života) jsou koncepčně nejpodobnější COPM, neboť hodnotí z větší části stejné domény jako COPM (Law et al., 2008, s. 26).

Studie prokázaly funkční využitelnost COPM v různých klinických zařízeních, při práci s různými národnostmi, v různých jazycích a kulturách (Law et al., 2008, s. 26). COPM bylo přeloženo do 24 jazyků a používá se ve více než 35 zemích (Law et al., 2008, s. V).

Citlivost COPM určuje jeho schopnost zachytit změny ve vnímání výkonu zaměstnávání v průběhu času (Law et al., 2008, s. 27).

Čínská studie se pokouší ověřit spolehlivost a validitu COPM u pacientů s CMP (Yang et al., 2017, s. 549). Byl zjišťován přehled studií o použití COPM k testování pacientů s CMP a využití výsledků COPM v randomizovaných kontrolních studiích. Bylo zjištěno, že COPM není v tak silné korelaci s ostatními testy (Yang et al., 2017, s. 553).

COPM je spíše využíván v západních anglicky mluvících zemích, ve východních zemích (např. v Číně) COPM je používán méně, což autoři vysvětlují (Yang et al., 2017, s. 553) tím,

že pacient v těchto zemích zaujímá více pasivní postoj ke své léčbě a terapeuti nejsou seznámeni dostatečně s technikou vedení osobních rozhovorů. Nevýhodou použití COPM je porucha komunikativních dovedností a kognice pacienta a i to, že cíle pacienta mohou být nereálné či nedosažitelné (Yang et al., 2017, s. 553, 554). Velkou výhodou COPM je individuální zaměření na pacienta. Mnozí klienti si váží, že v terapii mají stejně důležitou roli jako terapeut, neboť si sami definují problémy ve výkonu zaměstnávání (Law et al., 2008, s. 27). Pro vyšší evidenci důkazů je doporučováno lékařům doplnit COPM i jinými testy pro zkompletování veškeré perspektivy léčby (Yang et al., 2017, s. 553).

V našem výzkumu byl použit WHODAS 2.0 pro své široké a univerzální uplatnění a garanci Světovou zdravotnickou organizací a COPM pro možnost využít individuální přístup k pacientovým potřebám a problémům.

2 Cíl studie a hypotézy

2.1 Cíl studie

Cílem diplomové práce bylo zhodnocení subjektivně vnímané kvality života pacientů v subakutním stádiu po cévní mozkové příhodě před léčebnou rehabilitací a po léčebné rehabilitaci poskytované na lůžkovém Rehabilitačním oddělení Fakultní nemocnice Olomouc. K subjektivnímu hodnocení kvality života byly použity mezinárodní standardizovaný dotazník WHODAS 2.0 a kanadský dotazník COPM (Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání).

2.2 Hypotézy

V souladu s cílem diplomové práce byly formulovány následující hypotézy.

Vědecká otázka č. 1:

Liší se celková subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace na lůžkovém Rehabilitačním oddělení Fakultní nemocnice Olomouc?

H_01 : Celková subjektivně hodnocená kvalita života u pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace je stejná.

H_{A1} : : Celková subjektivně hodnocená kvalita života u pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace je rozdílná.

Vědecká otázka č. 2:

Liší se subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti a) kognice, b) mobility, c) sebeobsluhy, d) vztahů s lidmi, e) domácích aktivit, f) pracovních aktivit a g) sociální participace dotazníku WHODAS 2.0?

H_02 : Subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti a) kognice, b) mobility, c) sebeobsluhy, d) vztahů s lidmi, e) domácích aktivit, f) pracovních aktivit a g) sociální participace dotazníku WHODAS 2.0 se neliší.

H_{A2} : Subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti a) kognice, b) mobility, c) sebeobsluhy, d) vztahů s lidmi,

e) domácích aktivit, f) pracovních aktivit a g) sociální participace dotazníku WHODAS 2.0 se liší.

Vědecká otázka č. 3:

Liší se míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP u žen a u mužů?

H₀3: Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP u žen a u mužů se neliší.

H_A3: Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP u žen a u mužů se liší.

Vědecká otázka č. 4:

Liší se míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP, kterým je 65 let a více, a u pacientů do 65 let?

H₀4: Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP, kterým je 65 let a více, a u pacientů do 65 let, se neliší.

H_A4: Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP, kterým je 65 let a více, a u pacientů do 65 let, se liší.

Vědecká otázka č. 5:

Liší se míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP, kteří jsou v pracovním poměru, a u pacientů, kteří nepracují?

H₀5: Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP, kteří jsou v pracovním poměru, a u pacientů, kteří nepracují, se neliší.

H_A5: Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP, kteří jsou v pracovním poměru, a u pacientů, kteří nepracují, se liší.

Vědecká otázka č. 6:

Liší se po léčebné rehabilitaci míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života u pacientů po CMP, kteří žijí s partnerem, a u pacientů, kteří žijí bez partnera?

H₀6: Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života je u obou skupin stejná.

H_A6: Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života je u obou skupin rozdílná.

Vědecká otázka č. 7:

Vnímali pacienti po CMP výkon zaměstnávání pro vybrané činnosti na počátku a při skončení terapie odlišně?

H₀7: Pacienti po CMP na počátku a při skončení rehabilitace nevnímali výkon zaměstnávání odlišně.

H_A7: Pacienti po CMP na počátku a při skončení rehabilitace vnímali výkon zaměstnávání odlišně.

Vědecká otázka č. 8:

Vnímali pacienti po CMP spokojenost s výkonem zaměstnávání pro vybrané činnosti na počátku a při skončení terapie odlišně?

H₀8: Pacienti po CMP na počátku a při skončení rehabilitace nevnímali spokojenost s výkonem zaměstnávání odlišně.

H_A8: Pacienti po CMP na počátku a při skončení rehabilitace vnímali spokojenost s výkonem zaměstnávání odlišně.

Vědecká otázka č. 9:

Existuje souvislost mezi změnou výkonu zaměstnávání a změnou spokojenosti s výkonem po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP hospitalizovaných na Rehabilitačním oddělení FNOL?

H₀9: Mezi změnou výkonu zaměstnávání a změnou spokojenosti s výkonem po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP hospitalizovaných na Rehabilitačním oddělení FNOL není souvislost.

H_A9: Mezi změnou výkonu zaměstnávání a změnou spokojenosti s výkonem po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP hospitalizovaných na Rehabilitačním oddělení FNOL je souvislost.

Vědecká otázka č. 10:

Existuje souvislost mezi změnou celkové vnímané disability dle dotazníku WHODAS 2.0 a změnou ve výkonu zaměstnávání pro vybrané činnosti dle dotazníku COPM po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP hospitalizovaných na Rehabilitačním oddělení FNOL?

H_0 10: Mezi změnou celkové vnímané disability dle dotazníku WHODAS 2.0 a změnou ve výkonu zaměstnávání pro vybrané činnosti dle dotazníku COPM po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP hospitalizovaných na Rehabilitačním oddělení FNOL není souvislost.

H_A 10: Mezi změnou celkové vnímané disability dle dotazníku WHODAS 2.0 a změnou ve výkonu zaměstnávání pro vybrané činnosti dle dotazníku COPM po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP hospitalizovaných na Rehabilitačním oddělení FNOL je souvislost.

3 Metodika

3.1 Charakteristika cílové skupiny

Subjektivní hodnocení kvality života bylo zjišťováno u cílové skupiny, kterou tvořilo 17 pacientů po cévní mozkové příhodě, hospitalizovaných na lůžkovém Rehabilitačním oddělení ve Fakultní nemocnici Olomouc. Pacienti mohli být různého věku, avšak minimálně od 18 let, muži i ženy, bez jiné ataky CMP. Pacienti byli dotazováni před léčebnou intervencí a po jejím skončení, tj. na počátku hospitalizace a po 14 dnech, popřípadě před propuštěním do domácí péče, v období od dubna 2019 do března 2020. Pro zajištění anonymity pacientů a dat byli dotazovaní pacienti označeni číslicemi.

Popis výběru subjektů: Do studie byli zařazeni orientovaní, spolupracující pacienti, v akutní či subakutní fázi po CMP, bez dalších vážnějších onemocnění.

Rehabilitační léčebná intervence: Pacienti začlenění do výzkumu podstoupili konvenční terapii, která se skládala z individuálních jednotek fyzioterapie v rozsahu 1hodiny 15minut denně a 45minut ergoterapie. Fyzioterapie zahrnovala kombinace konceptů - PNF, Bobath, DNS. Dále pak terapie obsahovala chůzi na pásu nebo trénink stoje v kineziologické laboratoři v délce 30 minut denně, případně robotické terapie horní končetiny v rozsahu 30 minut, pokud byl toto u pacienta prioritní deficit. Doplnkově podle potřeby probíhala u pacientů 30 minut intervence logopeda nebo psychologa. Skladba základního rehabilitačního programu se mohla u jednotlivých pacientů nepatrně lišit.

Součástí výzkumu byly také demografické, sociální a zdravotní informace o pacientovi, které rovněž zůstávají v anonymitě. U každého pacienta byl zjišťován věk, pohlaví, vzdělání, profese, rodinná anamnéza, upřesnění typu a lokalizace cévní mozkové příhody, přítomnost jiných nemocí jako jsou diabetes mellitus, hypertenze, obezita a přítomnost bolesti. Každý pacient byl dotazován na rodinný stav, na konzumaci alkoholu, zda je kuřákem, jak bydlí, zda je nucen zvládat chůzi po schodech a jiné bariéry, zda sportoval, zda trpí depresemi, zda je věřící, jaké užívá léky.

K provedení šetření bylo požádáno o souhlas etické komise FZV UP k výzkumné části diplomové práce a ke schválení informovaného souhlasu k výzkumu. Souhlas etické komise FZV UP byl této práci udělen. Před zahájením testování pacienti podepsali schválený informovaný souhlas (viz Příloha 7).

3. 2 Dotazníky použité ve výzkumu

Ve výzkumu byly použity dva dotazníky, WHODAS 2.0 a Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM). Pacienti byli důkladně seznámeni s instrukcemi k dotazníkům. Pacientům byl vysvětlen smysl dotazníků a jejich význam pro pacienta.

3. 2. 1 WHODAS 2.0

Dotazník vznikl ve spolupráci Světové zdravotnické organizace a následujících organizací v USA: Národního úřadu duševního zdraví (NIMH), Národního úřadu pro zneužívání alkoholu (NIAAA) a Národního úřadu pro zneužívání drog (NIDA). Projekt měl název WHO/NIH Joint Project on Assessment and Classification of Disability (Üstün et al., 2010a, s. 11, 12; WHODAS 2.0, Manuál k českému překladu, s. 2).

Původní verze WHO/DAS vyšla v roce 1988 a byla určena pro pacienty v psychiatrických léčebnách (Üstün et al., 2010a, s. 11).

V r. 1999 WHO vypracovala beta verzi původního nástroje jako WHODAS II, nezávislého na lékařské diagnóze, a vývoj této verze dotazníku byl ukončen v r. 2001. Finální verze WHODAS II byla zveřejněna v Manuálu od Üstüna v r. 2010 pod akronymem WHODAS 2.0 (Federici et al., 2017, s. 2348).

Se svolením Světové zdravotnické organizace (WHO) byla anglická verze z r. 2010 přeložena do českého jazyka v roce 2016 Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR.

V našem výzkumu je použita verze s 36 otázkami rozdělenými do šesti domén. Je to upravená česká verze z 29. 8. 2018 (WHODAS 2.0, verze pro odborného testujícího, s. 1; viz Příloha 5).

Doména 1 začleňuje porozumění a komunikaci, v šesti otázkách jsou sledovány kognitivní složky jako paměť, soustředění, pochopení toho, co kdo říká. Doména 2 sleduje pohyblivost. Celkem v pěti otázkách je zjišťován stav mobility pacienta, jak je pacient schopen pohybu po bytě a v okolí svého domu. Doména 3 se zabývá sebeobsluhou, kdy čtyři otázky zjišťují, jak pacient samostatně zvládá hygienu, oblékání, schopnost najít se a zůstat několik dní sám. Doména 4 zahrnuje vztahy s lidmi. Zde je pět otázek kladeno k interakci s ostatními lidmi, k přátelství i k sexualitě. Doména 5 (celkem 8 otázek) označená jako životní aktivity se dělí na dvě části. První část domény označená 5(1) sleduje ve čtyřech otázkách zvládnutí domácích povinností. Druhá část domény označená 5(2) se čtyřmi otázkami je věnovaná zvládnutí pracovních nebo školních povinností. Doména 6 je zaměřena na účast ve společnosti, přičemž osm otázek sleduje zapojení se do společenských aktivit, dopad

zdravotních potíží pacienta na jeho rodinu, volný čas a emocionální potíže (Üstün et al., 2010a, s. 4; viz Příloha 5).

Pacienti, kteří byli v důchodu a již nepracovali, nebyli tázáni na druhou část domény 5, označenou jako doména 5(2).

Dotazník byl veden ve formě řízeného rozhovoru s pacientem, na počátku hospitalizace na lůžkovém rehabilitačním oddělení a na konci hospitalizace při kontrolním šetření, přičemž jedno sezení probíhalo 15 až 20 minut.

Pacient odpovídal, jak velké potíže měl při výkonu činnosti v dané oblasti po cévní mozkové příhodě. U každé otázky vybíral jednu odpověď z pěti možností: potíže žádné, mírné, střední, těžké, extrémní nebo nelze činnost provést ze zdravotních důvodů s body 0 až 4. Mít zdravotní potíže s nějakou činností znamená zvýšenou námahu, nepříjemné pocity nebo bolest, pomalost, změnu ve způsobu, jak pacient činnost nyní provádí.

Pokud pacient u některé otázky vůbec nevěděl, jak by odpověděl, nebo činnost nevykonával z jiných než zdravotních důvodů, byla položka označena jako „nelze aplikovat“ a byla z výpočtu vynechána.

Naše studie nezaznamenává počet dnů potíží pacienta v posledních 30 dnech. Studie se týká pacientů hospitalizovaných bezprostředně po CMP.

Pacientům při testování bylo zajištěno soukromí a nebyli ovlivňováni při rozhodování o odpovědích.

Skóre v jednotlivých doménách a celkové skóre bylo vypočteno podle algoritmu SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (Üstün et al., 2010a, s. 59-61). Ve skórování je uplatněna metoda item-response-theory, kdy každá položka může mít rozdílnou váhu (https://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/), disabilita je vyjádřena v procentech, od 0% do 100%. Čím vyšší je procentuální hodnota, tím vyšší je disabilita. Čím vyšší je kladná hodnota rozdílu vstupního a výstupního měření disability v doménách a v celkovém skóre, tím je větší míra zlepšení stavu vnímaného pacientem.

3. 2. 2 COPM

Dotazník COPM byl poprvé vydán v anglickém jazyce v r. 1990 Kanadskou asociací ergoterapeutů, oficiální překlad COPM do českého jazyka pořídila Česká asociace ergoterapeutů v r. 2008 (Law et al., 2008, s. V).

Testování podle COPM se provádí ve čtyřech krocích, první krok je identifikace problémových oblastí ve výkonu zaměstnávání, druhý krok je hodnocení důležitosti vybraných aktivit, třetí krok je vstupní hodnocení a čtvrtý krok kontrolní hodnocení.

Hodnocení COPM sleduje zaměstnávání pacientů ve třech oblastech. Oblast soběstačnosti měří dotazník COPM z hlediska osobní péče, funkční mobility a samostatnosti v komunitě. V oblasti produktivity měří COPM tři typy produktivních činností, placenou nebo neplacenou práci, organizaci domácnosti, školu a hru. Do oblasti volného času COPM zahrnuje aktivní a pasivní odpočinek a společenský život (Law et al., 2008, s. 3).

Vstupní i následné kontrolní měření bylo vedeno semi - strukturovaným rozhovorem terapeuta s pacientem, trvajícím 15 až 30 minut. Pacienti si při prvním měření určili specifické problémy, u nichž se hodnotila důležitost na desetibodové škále od „nepodstatný problém“ až po „mimořádně důležitý problém“. Nebylo nutné, aby respondenti určili obtíže ve všech třech oblastech výkonu zaměstnávání, i když jim byly nabídnuty. Při dotazování byly respektovány subjektivně vnímané potřeby pacienta. Klient si pak vybral maximálně 5 nejdůležitějších problémů, u nichž prováděl na desetibodové škále od „vůbec nejsem schopen činnost provést“ až po „jsem schopen činnost provádět velmi dobře“ sebehodnocení svého současného výkonu v dané oblasti a od „zcela nespokojen“ po „mimořádně spokojen“ sebehodnocení své spokojenosti se současným výkonem. Pomocí bodovacích karet pacienti ohodnotili u každého problému svůj výkon a spokojenost body od 1 do 10.

Celkové skóre bylo získáno sečtením hodnot skóre výkonu nebo skóre spokojenosti v každé problémové oblasti a vydělením této hodnoty počtem identifikovaných problémů. Při kontrolním hodnocení klient opět ohodnotil výkon a spokojenost u každého vybraného problému, stejným způsobem bylo spočítáno celkové skóre.

Rozdíl celkového skóre mezi kontrolním a prvním měřením udává změnu ve výkonu a změnu ve spokojenosti s výkonem (viz Příloha 6; Law et al., 2008, s. 64, 65). Čím vyšší je kladná hodnota rozdílu skóre, tím více je pacientem vnímána změna k lepšímu výkonu a pocitu spokojenosti.

3.3 Statistické zpracování dat

Výsledná data byla zaznamenána v programu Microsoft Office Excell 2007. Pro ověření hypotéz byla použita celková skóre dotazníků WHODAS 2.0 a COPM a skóre disability v jednotlivých doménách dotazníku WHODAS 2.0 při vstupním a výstupním hodnocení pacientů. Ke statistickému zpracování dat byl použit program Statistica 13.4.0 En. Byla provedena popisná statistika dat s uvedením hodnot průměru, mediánu, minima, maxima a případně směrodatné odchylky. V tabulkách popisné statistiky byly hodnoty zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

Normalita dat byla ověřena Shapiro-Wilkovým testem. Normální rozložení dat měly celková skóre při obou měřeních a rozdíl celkových skóre dotazníku WHODAS 2.0, rozdíl celkových skóre WHODAS 2.0 dle zkoumaných demografických skupin, vstupní i výstupní skóre domény 2 a jejich rozdíl v dotazníku WHODAS 2.0, dále pak výkon, spokojenost i jejich rozdíly v dotazníku COPM. Jednotlivé domény dotazníku WHODAS 2.0, vyjma domény mobility, normální rozložení dat neměly. Pro data s ověřenou normalitou byl použit párový T-test pro zhodnocení vstupního a výstupního celkového skóre dotazníku WHODAS 2.0 a pro zhodnocení vstupního a výstupního celkového skóre ve výkonu a spokojenosti v dotazníku COPM, pro komparaci demografických skupin byl použit nepárový dvouvýběrový T-test, pro zjištění závislosti mezi celkovým rozdílem WHODAS 2.0 a rozdílem výkonu v COPM a pro zjištění závislosti změny ve výkonu a spokojenosti v COPM byl využit Pearsonův korelační koeficient. Pro zhodnocení vstupních a výstupních dat ve všech doménách dotazníku WHODAS 2.0 byl použit pro zachování jednotného přístupu neparametrický Wilcoxonův párový test.

Byla stanovena hladina statistické významnosti 5%. Výsledky s hodnotou statistické významnosti $p < 0,05$ byly považovány za statisticky významné. Hodnoty p byly ve výsledcích zaokrouhleny na 4 desetinná místa. Výsledky byly graficky znázorněny pomocí tabulek, krabicových a sloupcových grafů. Korelace byla znázorněna pomocí bodových grafů.

4 Výsledky

4.1 Účast pacientů ve výzkumu

Výzkumu se původně zúčastnilo 19 pacientů, do finální studie bylo zařazeno 17 pacientů, 2 pacienti, u nichž chybělo výstupní hodnocení, byli ze studie vyřazeni. Výběr pacientů splňoval kritéria stanovená v metodice.

Profil respondentů

Základní charakteristiku jednotlivých pacientů udává Tabulka 6 v Příloze 1, souhrnnou charakteristiku pacientů Tabulka 1, věk pacientů zobrazuje Tabulka 2.

Typ CMP

Ischemickou CMP mělo 16 pacientů, jeden pacient měl hemoragickou CMP. Deset pacientů mělo ischemickou CMP v povodí arteria cerebri media, šest mělo CMP ve vertebrobazilárním povodí. Hemoragickou CMP měl jeden pacient v lokalitě capsula interna. U všech pacientů se jednalo o první mozkovou příhodu.

Zdravotní stav pacientů

Z hlediska zdravotního stavu náš soubor probandů nevykazoval mimo CMP jiná závažná onemocnění. Jeden pacient měl diabetes mellitus I. typu, pět pacientů mělo diabetes mellitus II. typu, s hypertenzí se léčilo devět pacientů, hyperlipidemií trpělo sedm pacientů, jeden pacient se léčil na CHOPN, tři pacienti měli drobná srdeční onemocnění, u jednoho pacienta se vyskytly urologické problémy, u dalšího renální insuficience, jeden pacient měl hypotyreózu a jeden depresi. Jedné pacientce ztěžoval stav po CMP čerstvý úraz na horní končetině. Pět pacientů byli kuřáci, dvanáct pacientů nekuřáci. Nikdo nebyl alkoholik, nikdo netrpěl výraznou obezitou.

Sociálně demografický profil souboru

Ze sociálně demografického hlediska náš soubor 17 pacientů se skládal z 10 mužů a 7 žen, 7 pacientů bylo do 65 let, 10 pacientů bylo ve věku 65 let a výše, bez partnera žijících byli 4 pacienti, 3 ovdovělí, 1 rozvedený, 13 pacientů bylo v manželském svazku nebo žili s druhem, s družkou. Pět pacientů pracovalo, 12 pacientů byli již nepracující důchodci, 11 pacientů byli absolventi učiliště, 3 pacienti měli základní vzdělání, 2 pacienti měli maturitu a jeden pacient vysokou školu. 8 pacientů bylo nuceno doma zvládat chůzi po schodech.

Tabulka 1 - Souhrnná demografická charakteristika souboru (n= 17)

Charakteristika	Počet pacientů (n)
Celkový počet pacientů ve studii	17
Pohlaví	
Muži	10
Ženy	7
Věk	
od 65 let	10
do 65 let	7
Typ CMP	
Ischemická	16
iCMP v ACM	10
iCMP ve VB povodí	6
Hemoragická	1
Vzdělání	
ZŠ	3
SOU -učiliště	11
SŠ -maturita	2
VŠ	1
Rodinný stav	
Žijící s partnerem	13
Žijící bez partnera	4
Pracovní postavení	
Důchodce	12
Pracující	5
Rozsah dnů mezi dvěma měřeními	
12-14 dní	11
5-9 dní	6

Tabulka 2 - Věk pacientů

Pohlaví	Počet pacientů (n)	Průměrný věk (let)	Medián věku (let)	Minimální věk (let)	Maximální věk (let)
Obě	17	66,64	65,00	53	80
Muži	10	64,90	65,50	53	79
Ženy	7	69,14	65,00	62	80

4. 2 Výsledky ověřování dat

Z finálního souboru pacientů byla vyřazena jedna pacientka z ověřování vědeckých otázek č. 7, 8, 9 a 10 z důvodu chybějících údajů v dotazníku COPM. Pacientka nebyla schopna se do testování COPM zapojit pro únavu a pasivitu.

V dotazníku WHODAS 2.0 je doména životních aktivit rozdělena na dvě části, na domácí aktivity D5(1) a pracovní aktivity D5(2). Dvanáct pacientů, kteří již byli v době testování v důchodu, vyplňovalo pouze první část. Tři z nich celou první část páté domény - domácí aktivity - označili jako „nelze aplikovat“, takže u nich byla tato část páté domény vyřazena z řešení vědeckých otázek č. 1, č. 2e a č. 10. Dalších pět pacientů, kteří stále pracovali, vyplňovali i druhou část páté domény – pracovní aktivity. Tato druhá část byla zařazena u pracujících do celkového skóre a do testování vědeckých otázek č. 1, 2f a 10. Obě části domény životních aktivit pacienti vyplňovali v rámci svého subjektivního hodnocení ve snaze aktivitu vykonat v modelové situaci v nemocničním prostředí nebo případně v domácím prostředí.

V ostatních výsledcích se objevily položky jako „nelze aplikovat“ ojediněle, u sexuálních aktivit v doméně vztahy s lidmi D 4.5 se tato odpověď vyskytla u dvou pacientů; položku vyjít ven z domu v doméně mobility D 2.4 označilo jako „nelze aplikovat“ šest pacientů, z toho 2 pacienti ji tak označili při prvním a druhém měření, 3 pacienti pouze při prvním měření a 1 pacient pouze při druhém měření. Nebylo nutné tyto položky vyřadit.

4. 2. 1 Popisná statistika sledovaných dat

Tabulka 3 zobrazuje popisnou statistiku hodnot celkové HRQOL a všech jejích domén na počátku rehabilitace a po jejím skončení. Průměrné skóre disability na počátku rehabilitace a po jejím skončení znázorňuje také Obrázek 17 v Příloze 4. Výsledná skóre jsou předmětem vědeckých otázek č. 1,2,10.

Tabulka 3 - Skóre kvality života na počátku rehabilitace a po jejím skončení podle dotazníku WHODAS 2.0

WHODAS 2.0 Disabilita	n	Průměr (%)	Medián (%)	Minimum	Maximum	SD
Celkové skóre 1	17	29,96	26,42	11,96	48,86	11,69
Celkové skóre 2	17	20,74	18,48	4,87	46,22	12,10
Celkové skóre rozdíl	17	9,22	8,69	-1,08	26,44	8,23
Doména 1 1	17	9,41	5,00	0,00	35,00	12,23
Doména 1 2	17	7,64	0,00	0,00	55,00	13,93
Doména 2 1	17	55,76	56,25	6,25	91,67	22,27
Doména 2 2	17	30,78	31,25	0,00	58,33	18,98
Doména 3 1	17	38,23	40,00	0,00	80,00	25,55
Doména 3 2	17	25,88	20,00	0,00	90,00	26,23
Doména 4 1	17	6,37	0,00	0,00	25,00	8,09
Doména 4 2	17	6,86	0,00	0,00	50,00	13,25
Doména 5(1) 1	14	63,57	60,00	20,00	100,00	25,60
Doména 5(1) 2	14	48,57	40,00	10,00	90,00	21,43
Doména 5(2) 1	5	57,14	78,57	0,00	78,57	34,26
Doména 5(2) 2	5	45,71	42,86	7,14	100,00	34,48
Doména 6 1	17	24,17	20,83	0,00	54,17	15,70
Doména 6 2	17	18,87	12,50	4,17	54,16	15,74

Legenda: doména 1 – porozumění a komunikace; doména 2 – mobilita; doména 3 - sebeobsluha; doména 4 – vztahy s lidmi; doména 5(1) – domácí aktivity; doména 5(2) – pracovní aktivity; doména 6 – společenská participace; označení 1 – před rehabilitací, označení 2 – po rehabilitaci; SD – směrodatná odchylka

Pozn. Označení 1- před rehabilitací, označení 2 – po rehabilitaci, je použito také v krabicových grafech a dalších tabulkách.

Tabulka 4 zobrazuje popisnou statistiku změny HRQOL po rehabilitaci podle demografických skupin. Výsledky jsou předmětem vědeckých otázek č. 3,4,5,6.

Tabulka 4 - Rozdíl celkového skóre kvality života před a po rehabilitaci podle demografických skupin

WHODAS 2.0 demografické skupiny	Počet pacientů (n)	Rozdíl (%)
Muži	10	8,31
Ženy	7	10,51
Starší - od 65 let	10	8,41
Mladší - do 65 let	7	10,37
Důchodci	12	9,55
Pracující	5	8,41
Žijící s partnerem	13	9,52
Žijící bez partnera	4	8,23

Tabulka 5 zobrazuje popisnou statistiku hodnot výkonu zaměstnávání a spokojenosti s výkonem před a po rehabilitaci. Výsledky jsou předmětem vědeckých otázek č. 7,8,9,10.

Tabulka 5 – Výsledky výkonu a spokojenosti podle COPM při vstupním a výstupním hodnocení (před rehabilitací a po rehabilitaci)

COPM	n	Průměr (body)	Medián (body)	Minimum (%)	Maximum (%)	SD
Výkon 1	16	4,62	4,43	1,50	8,00	1,99
Výkon 2	16	6,47	6,55	2,75	9,25	1,78
Výkon rozdíl	16	1,85	1,50	-1,00	5,60	1,69
Spokojenost 1	16	4,61	4,29	2,00	8,50	1,99
Spokojenost 2	16	6,55	7,40	1,25	9,50	2,55
Spokojenost rozdíl	16	1,94	1,20	-0,75	5,00	1,95

Další komparace výsledků výkonu a spokojenosti podle dotazníku COPM jsou znázorněny v Příloze 4 (Obrázky 18-21).

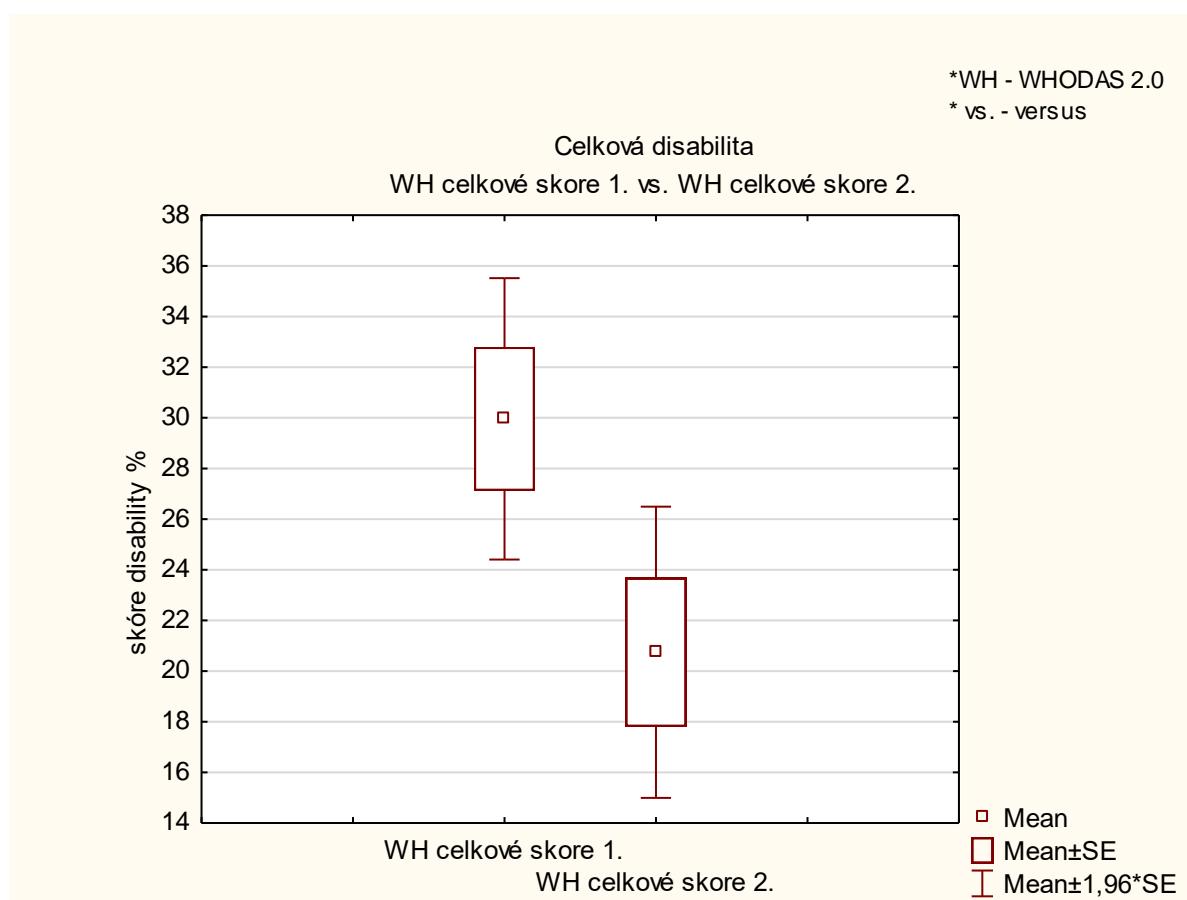
4.3 Výsledky testování hypotéz

Přehled výsledků ověření hypotéz je uveden v Příloze 3 (Tabulky 8-11).

4.3.1 Výsledky k vědecké otázce č. 1

Vědecká otázka č. 1 byla formulována takto: Liší se celková subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace na lůžkovém Rehabilitačním oddělení Fakultní nemocnice Olomouc?

Obě zkoumané hodnoty měly normální rozložení dat. K ověření hypotézy byl použit párový T-test. V párovém T-testu vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,0003$. Tak byla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Byla zamítnuta hypotéza H_0 ve prospěch H_A . Hypotéza H_A byla přijata ve znění: Celková subjektivně hodnocená kvalita života u pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace je rozdílná. Celková kvalita života pacientů se po rehabilitaci významně zvýšila. Průměr celkového skóre disability před rehabilitací byl 29,96% a po rehabilitaci 20,74%. Výsledek je znázorněn v krabicovém grafu na Obrázku 1.



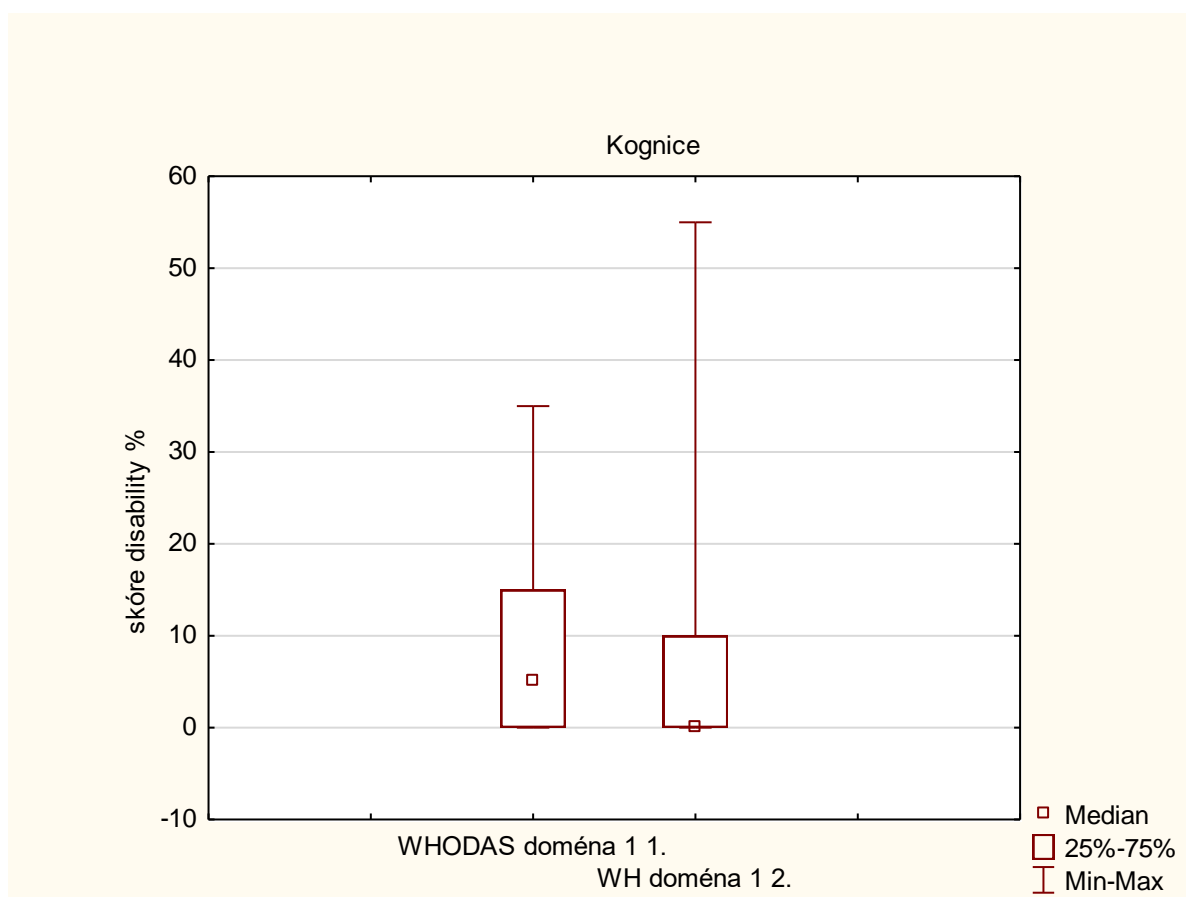
Obrázek 1 – Krabicový graf celkového skóre HRQOL před a po rehabilitaci

4. 3. 2 Výsledky k vědecké otázce č. 2

2a/ Kognice

Vědecká otázka č. 2 a) byla formulována takto: Liší se subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti kognice dotazníku WHODAS 2.0?

Obě zkoumané hodnoty neměly normální rozložení dat. K ověření hypotézy 2a) byl použit Wilcoxonův párový test, ve kterém vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,5536$. Tak nebyla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Hypotézu $H_0(2a)$ nelze zamítnout. Hypotéza $H_0(2a)$ byla přijata ve znění: Subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti kognice dotazníku WHODAS 2.0 se neliší. Medián skóre disability v doméně kognice před rehabilitací byl 5,00% a po rehabilitaci 0,00%. Výsledek je znázorněn v krabicovém grafu na Obrázku 2.

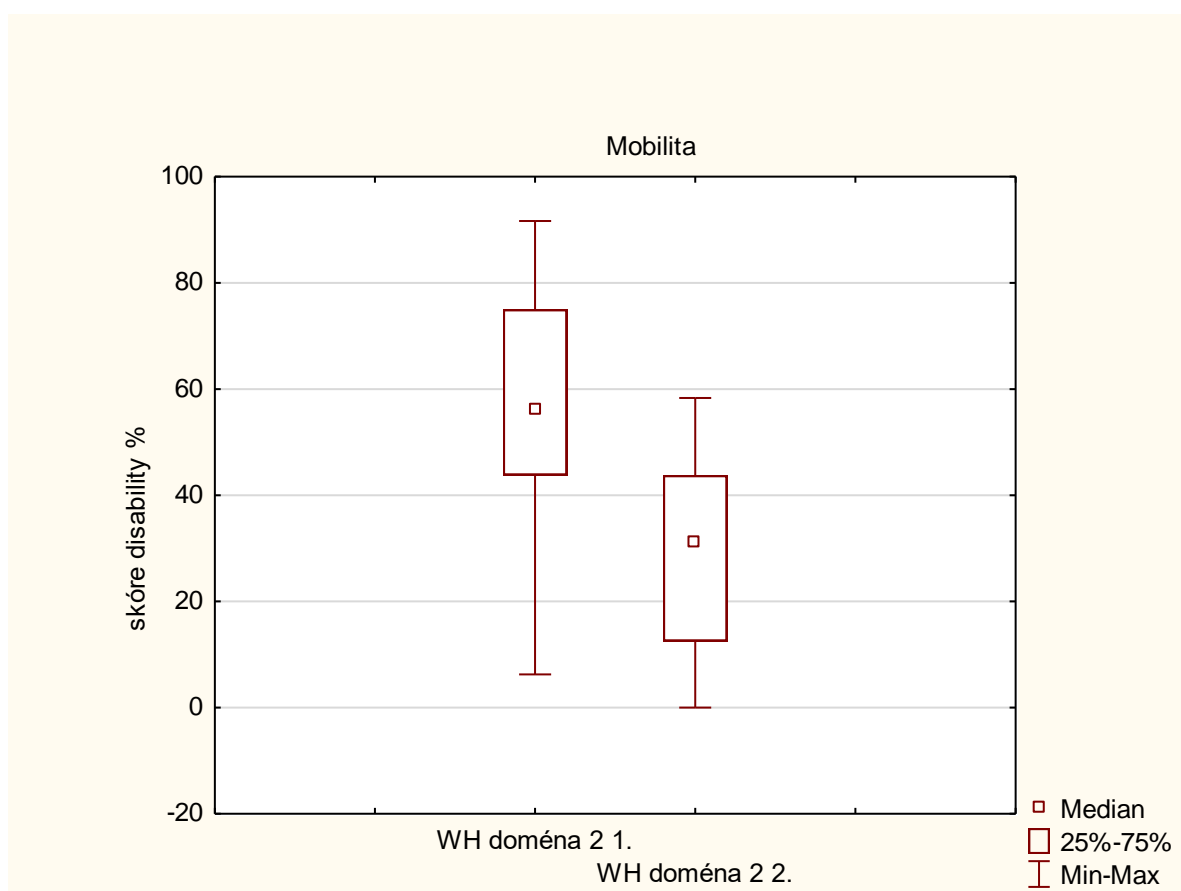


Obrázek 2 - Krabicový graf HRQOL v doméně kognice před a po rehabilitaci

2b/ Mobilita

Vědecká otázka č. 2 b) byla formulována takto: Liší se subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti mobility dotazníku WHODAS 2.0?

Obě zkoumané hodnoty měly normální rozložení dat. Pro zachování jednotného přístupu ke všem doménám byl použit k ověření hypotézy 2b) Wilcoxonův párový test jako u všech ostatních domén. V testu vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,0003$. Tak byla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Hypotéza $H_0(2b)$ mohla být zamítnuta ve prospěch $H_A(2b)$. Hypotéza $H_A(2b)$ byla přijata ve znění: Subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti mobility dotazníku WHODAS 2.0 se liší. Medián skóre disability v doméně mobility před rehabilitací byl 56,25% a po rehabilitaci 31,25%. Výsledek je znázorněn v krabicovém grafu na Obrázku 3.

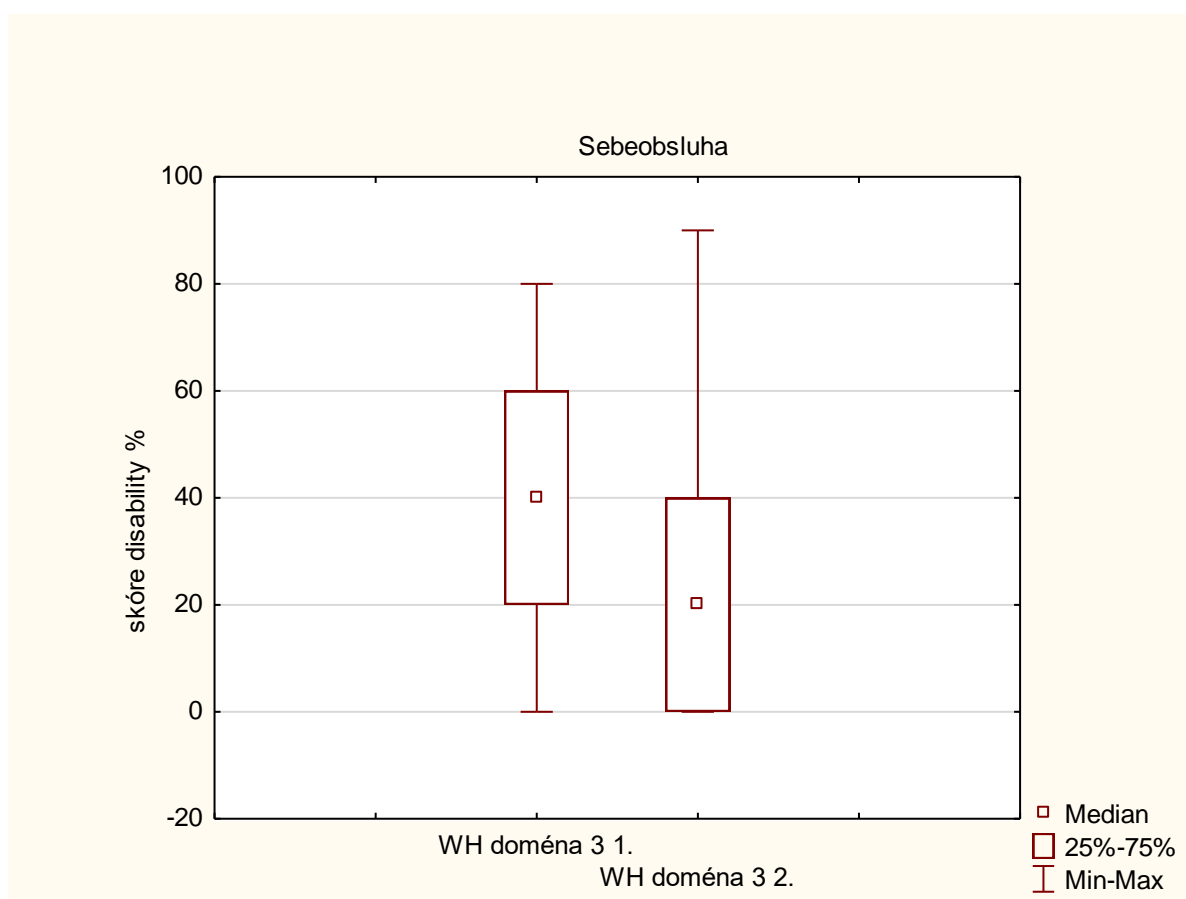


Obrázek 3 - Krabicový graf HRQOL v doméně mobility před a po rehabilitaci

2c/ Sebeobsluha

Vědecká otázka č. 2 c) byla formulována takto: Liší se subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti sebeobsluhy dotazníku WHODAS 2.0?

Vstupní hodnocení mělo normální rozložení dat, výstupní nikoli. Proto byl k ověření hypotézy 2c) použit Wilcoxonův párový test, ve kterém vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,0125$. Tak byla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Hypotéza $H_0(2c)$ mohla být zamítnuta ve prospěch $H_A(2c)$. Hypotéza $H_A(2c)$ byla přijata ve znění: Subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti sebeobsluhy dotazníku WHODAS 2.0 se liší. Medián skóre disability v doméně sebeobsluhy před rehabilitací byl 40,00% a po rehabilitaci 20,00%. Výsledek je znázorněn v krabicovém grafu na Obrázku 4.

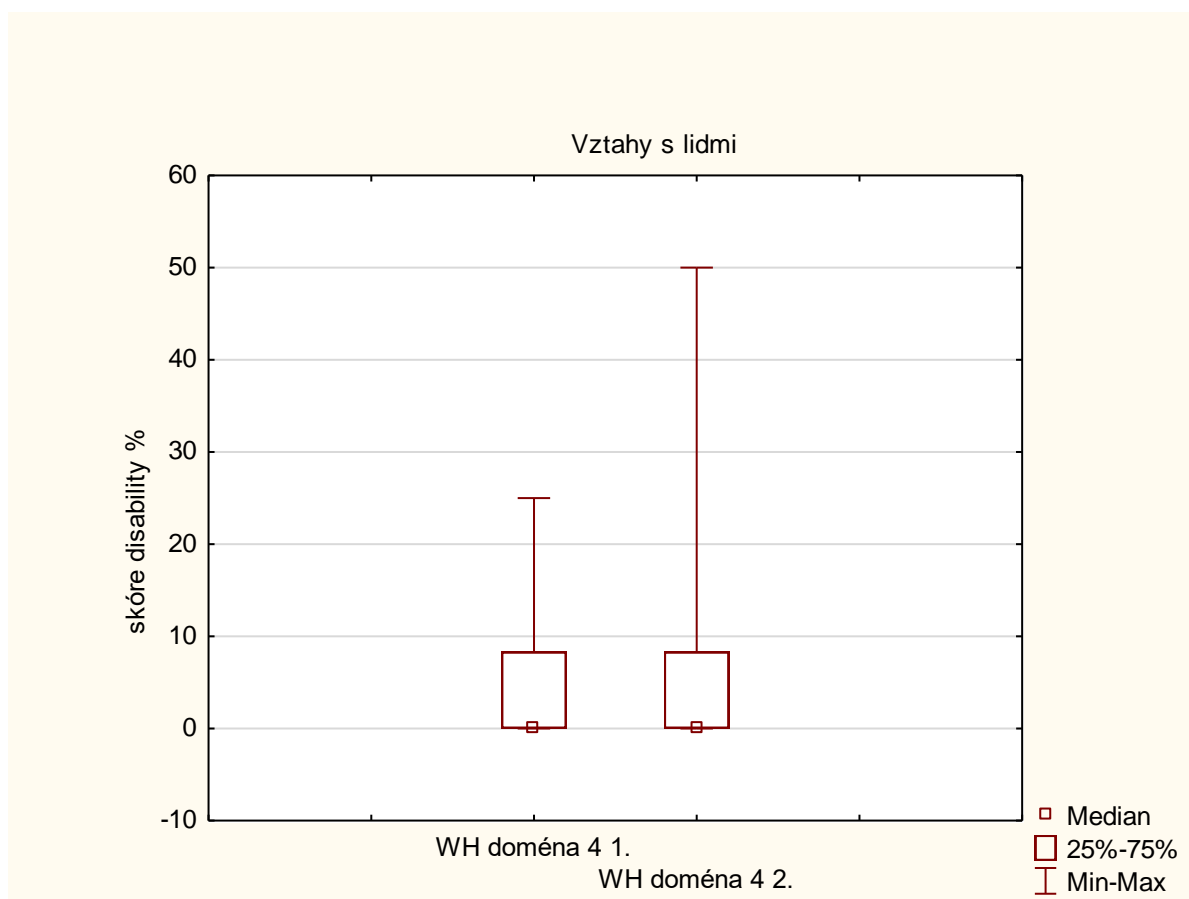


Obrázek 4 - Krabicový graf HRQOL v doméně sebeobsluhy před a po rehabilitaci

2d/ Vztahy s lidmi

Vědecká otázka č. 2 d) byla formulována takto: Liší se subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti vztahů s lidmi dotazníku WHODAS 2.0?

Obě zkoumané hodnoty neměly normální rozložení dat. K ověření hypotézy 2d) byl použit Wilcoxonův párový test, ve kterém vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,6858$. Tak nebyla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Hypotézu $H_0(2d)$ nelze zamítnout. Hypotéza $H_0(2d)$ byla přijata ve znění: Subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti vztahů s lidmi dotazníku WHODAS 2.0 se neliší. Medián skóre disability v doméně vztahů s lidmi před rehabilitací byl 0,00% a po rehabilitaci 0,00%. Výsledek je znázorněn v krabicovém grafu na Obrázku 5.

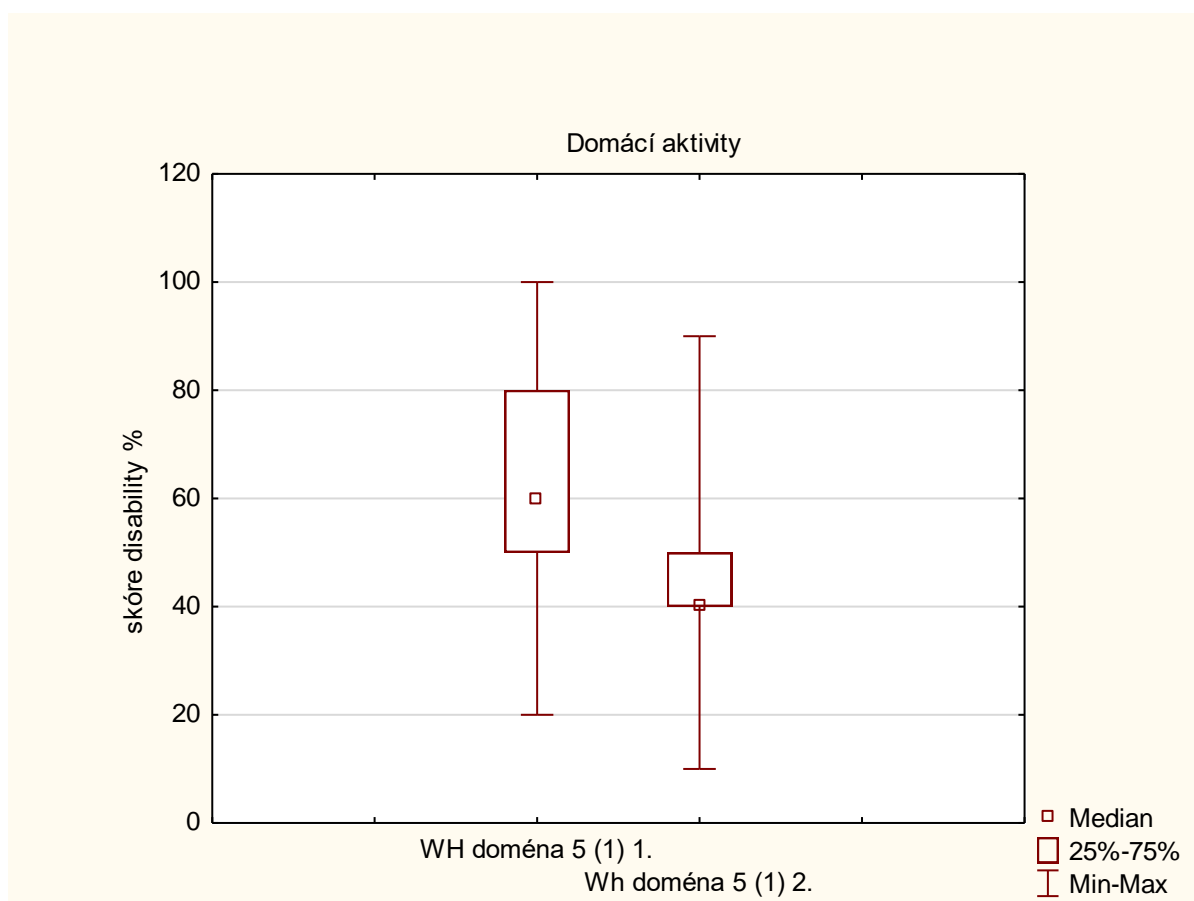


Obrázek 5 - Krabicový graf HRQOL v doméně vztahy s lidmi před a po rehabilitaci

2e/ Domácí aktivity

Vědecká otázka č. 2 e) byla formulována takto: Liší se subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti domácích aktivit dotazníku WHODAS 2.0?

Vstupní hodnocení mělo normální rozložení dat, výstupní nikoli. Proto byl k ověření hypotézy 2e) použit Wilcoxonův párový test, ve kterém vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,0121$. Tak byla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Hypotézu $H_0(2e)$ je možno zamítnout. Hypotéza $H_A(2e)$ byla přijata ve znění: Subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti domácích aktivit dotazníku WHODAS 2.0 se liší. Medián skóre disability v doméně domácích aktivit před rehabilitací byl 60,00% a po rehabilitaci 40,00%. Výsledek je znázorněn v krabicovém grafu na Obrázku 6.

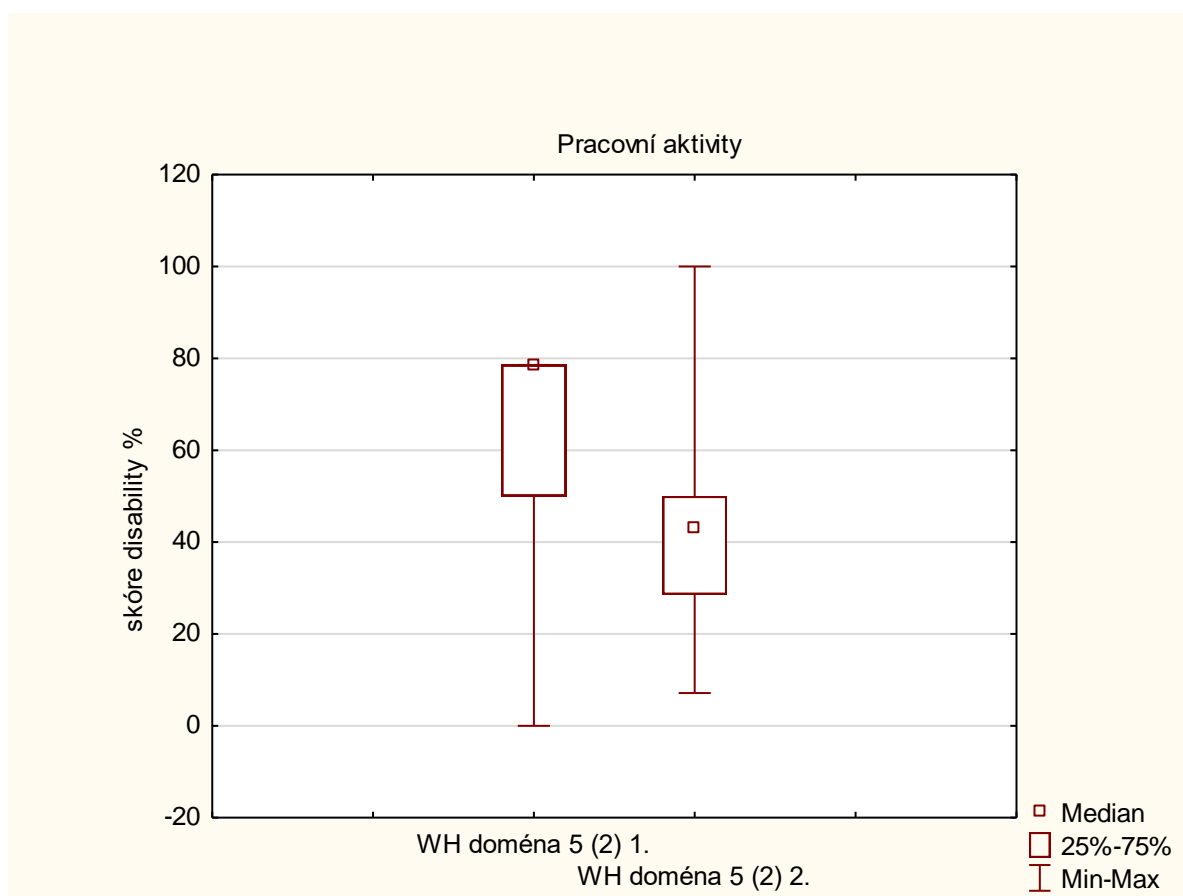


Obrázek 6 - Krabicový graf HRQOL v doméně domácích aktivit před a po rehabilitaci

2f/ Pracovní aktivity

Vědecká otázka č. 2 f) byla formulována takto: Liší se subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti pracovních aktivit dotazníku WHODAS 2.0?

Výstupní hodnocení mělo normální rozložení dat, vstupní nikoli. Proto byl k ověření hypotézy 2f) použit Wilcoxonův párový test, ve kterém vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,3452$. Tak nebyla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Hypotézu $H_0(2f)$ nelze zamítnout. Hypotéza $H_0(2f)$ byla přijata ve znění: Subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti pracovních aktivit dotazníku WHODAS 2.0 se neliší. Medián skóre disability v doméně pracovních aktivit před rehabilitací byl 78,57% a po rehabilitaci 42,86%. Výsledek je znázorněn v krabicovém grafu na Obrázku 7.

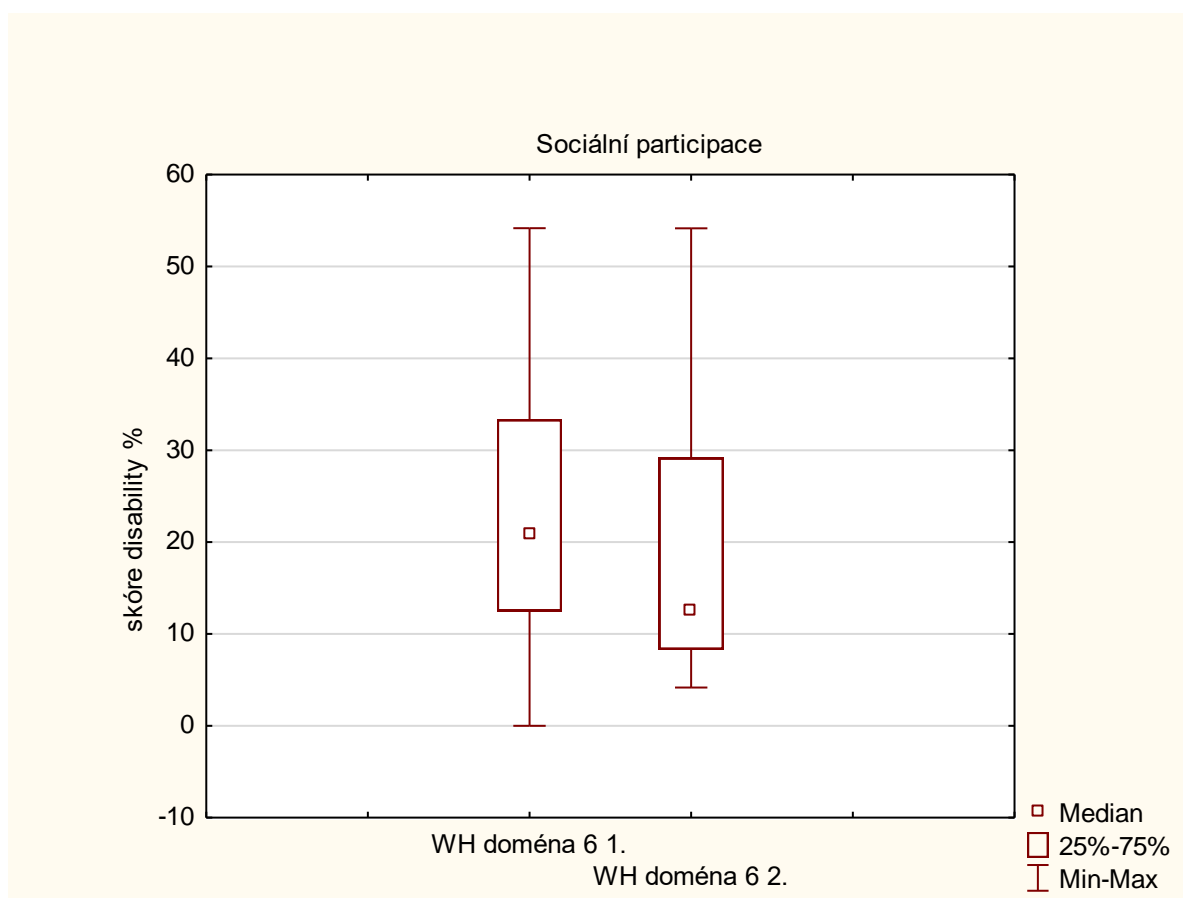


Obrázek 7 - Krabicový graf HRQOL v doméně pracovních aktivit před a po rehabilitaci

2g/ Sociální participace

Vědecká otázka č. 2 g) byla formulována takto: Liší se subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti sociální participace dotazníku WHODAS 2.0?

Vstupní hodnocení mělo normální rozložení dat, výstupní nikoli. Proto byl k ověření hypotézy 2g) použit Wilcoxonův párový test, ve kterém vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,1930$. Tak nebyla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Hypotézu $H_0(2g)$ nelze zamítnout. Hypotéza $H_0(2g)$ byla přijata ve znění: Subjektivně hodnocená kvalita života pacientů po CMP na počátku a po skončení léčebné rehabilitace v oblasti sociální participace dotazníku WHODAS 2.0 se neliší. Medián skóre disability v doméně sociální participace před rehabilitací byl 20,83% a po rehabilitaci 12,50%. Výsledek je znázorněn v krabicovém grafu na Obrázku 8.



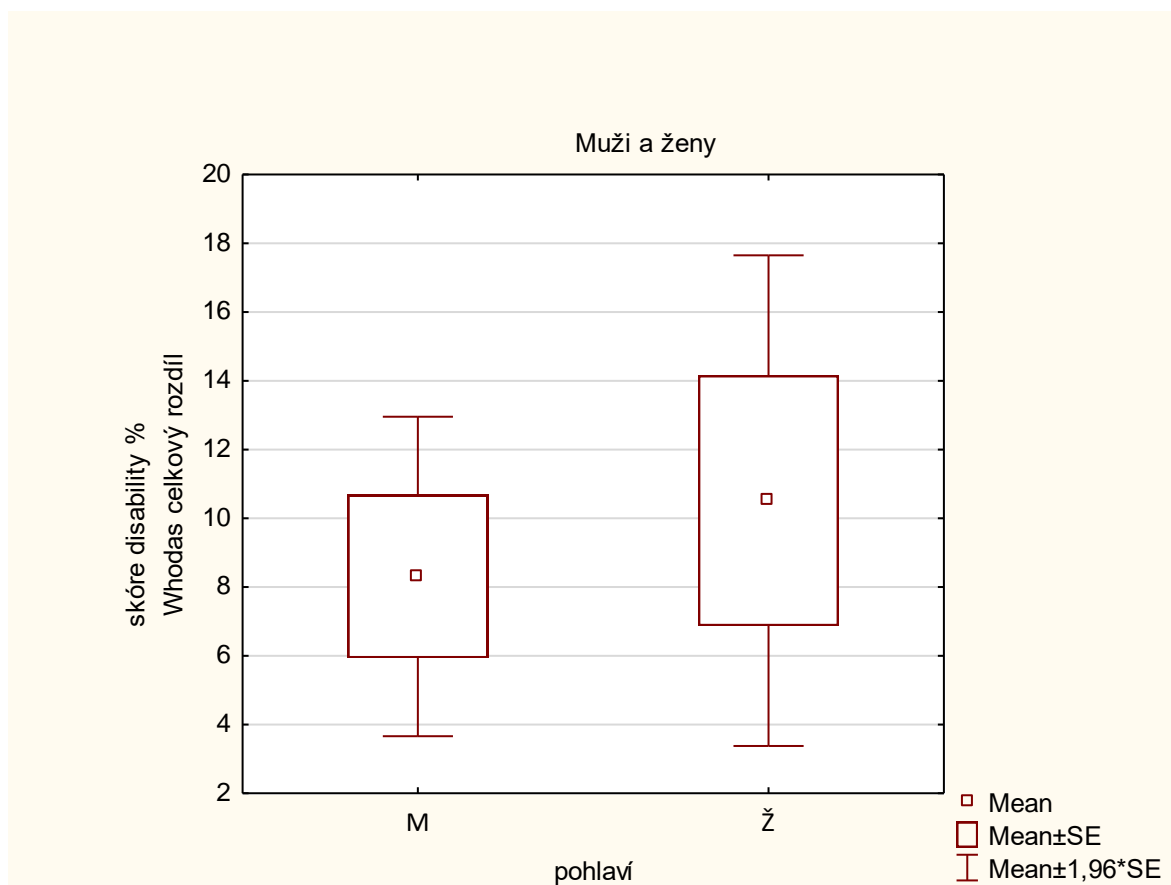
Obrázek 8 - Krabicový graf HRQOL v doméně sociální participace před a po rehabilitaci

4. 3. 3 Výsledky k vědecké otázce č. 3

Vědecká otázka č. 3 zněla: Liší se míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP u žen a u mužů?

Pro tyto hodnoty byla ověřena normalita dat. Pro vyhodnocení vědecké otázky č. 3 byl použit nepárový dvouvýběrový T-test. Po zaokrouhlení vyšla hodnota $p = 0,6028$. Nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl na hladině $p < 0,05$. Hypotézu H_03 tedy nebylo možné zamítnout. Průměr celkového rozdílu skóre disability mezi vstupním a výstupním hodnocením podle WHODAS 2.0 byl u mužů 8,31% a u žen 10,51%. Výsledek je zobrazen v krabicovém grafu Obrázek 9.

Platí hypotéza H_03 : Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP u žen a u mužů se neliší.



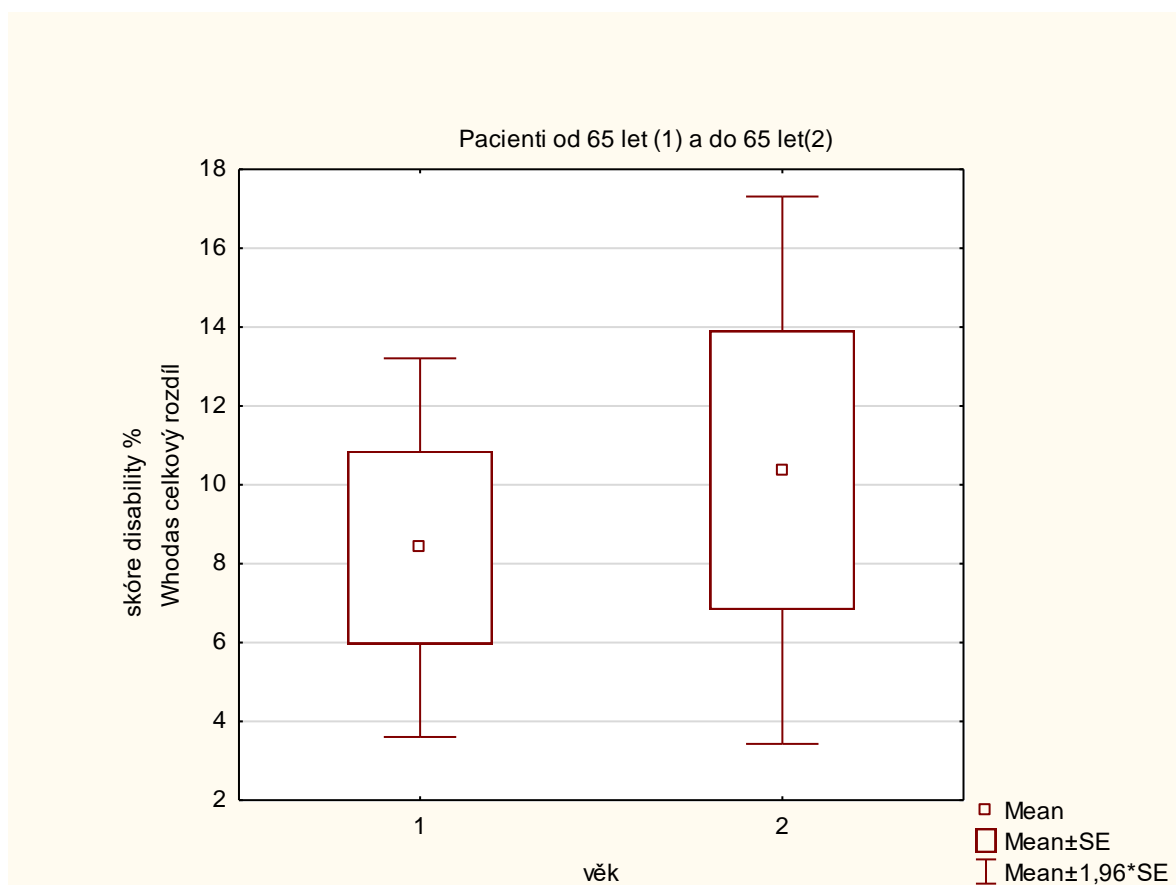
Obrázek 9 - Krabicový graf rozdílu vstupního a výstupního hodnocení HRQOL u mužů a u žen

4. 3. 4 Výsledky k vědecké otázce č. 4

Vědecká otázka č. 4 zněla: Liší se míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP, kterým je 65 let a více, a u pacientů do 65 let?

Pro tyto hodnoty byla ověřena normalita dat. Pro vyhodnocení vědecké otázky č. 4 byl použit nepárový dvouvýběrový T-test. Po zaokrouhlení vyšla hodnota $p = 0,6437$. Nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl na hladině $p < 0,05$. Hypotézu H_{04} tedy nebylo možné zamítnout. Průměr celkového rozdílu skóre disability mezi vstupním a výstupním hodnocením podle WHODAS 2.0 byl u starších pacientů od 65 let a výše 8,41% a u mladších do 65 let 10,37%. Výsledek je zobrazen v krabicovém grafu Obrázek 10.

Platí hypotéza H_{04} : Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP, kterým je 65 let a více, a u pacientů do 65 let, se neliší.



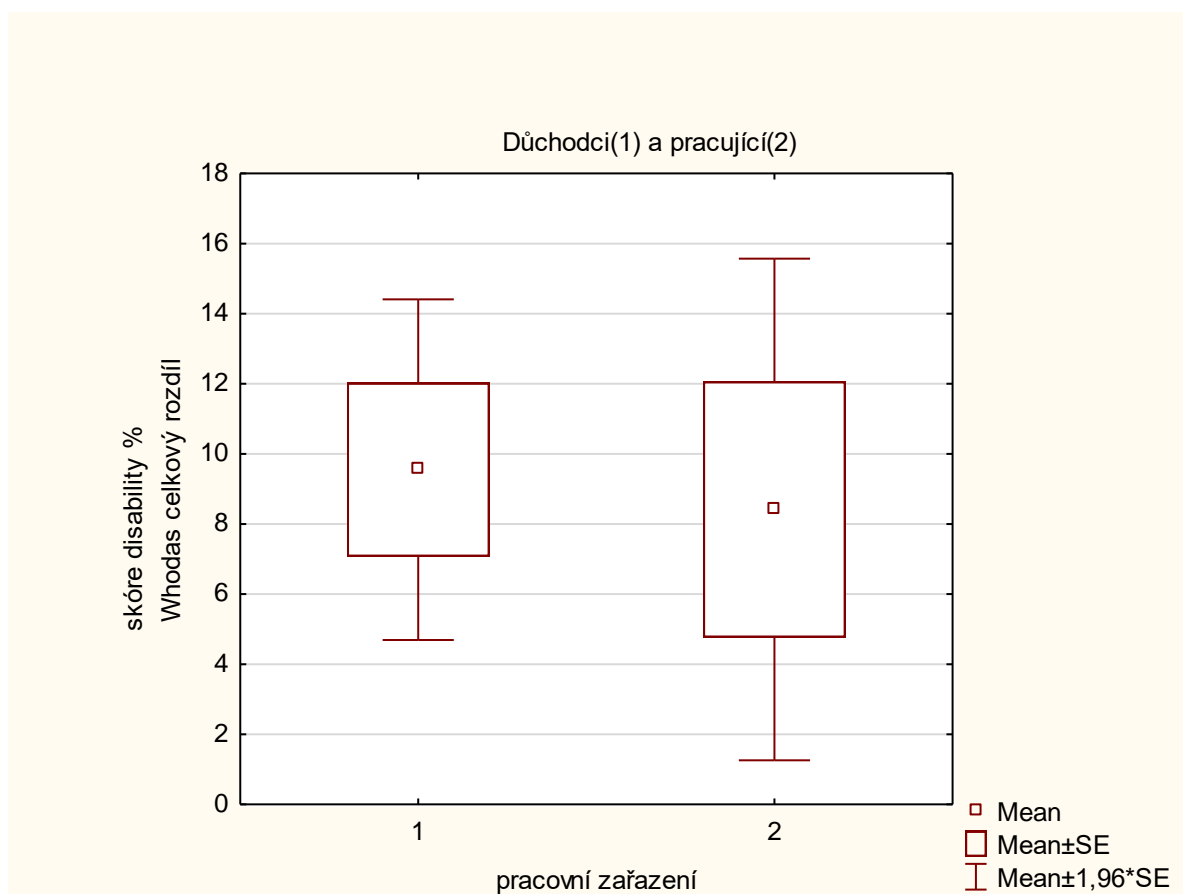
Obrázek 10 - Krabicový graf rozdílu vstupního a výstupního hodnocení HRQOL u pacientů ve věku 65 let a výše (1) a u pacientů do 65 let (2)

4. 3. 5 Výsledky k vědecké otázce č. 5

Vědecká otázka č. 5 zněla: Liší se míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP, kteří jsou v pracovním poměru, a u pacientů, kteří nepracují?

Pro tyto hodnoty byla ověřena normalita dat. Pro vyhodnocení vědecké otázky č. 5 byl použit nepárový dvouvýběrový T-test. Po zaokrouhlení vyšla hodnota $p = 0,8047$. Nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl na hladině $p < 0,05$. Hypotézu H_0 tedy nebylo možné zamítnout. Průměr celkového rozdílu skóre disability mezi vstupním a výstupním hodnocením podle WHODAS 2.0 byl u nepracujících 9,55% a u pracujících 8,41%. Výsledek je zobrazen v krabicovém grafu Obrázek 11.

Platí hypotéza H_0 : Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP, kteří jsou v pracovním poměru, a u pacientů, kteří nepracují, se neliší.



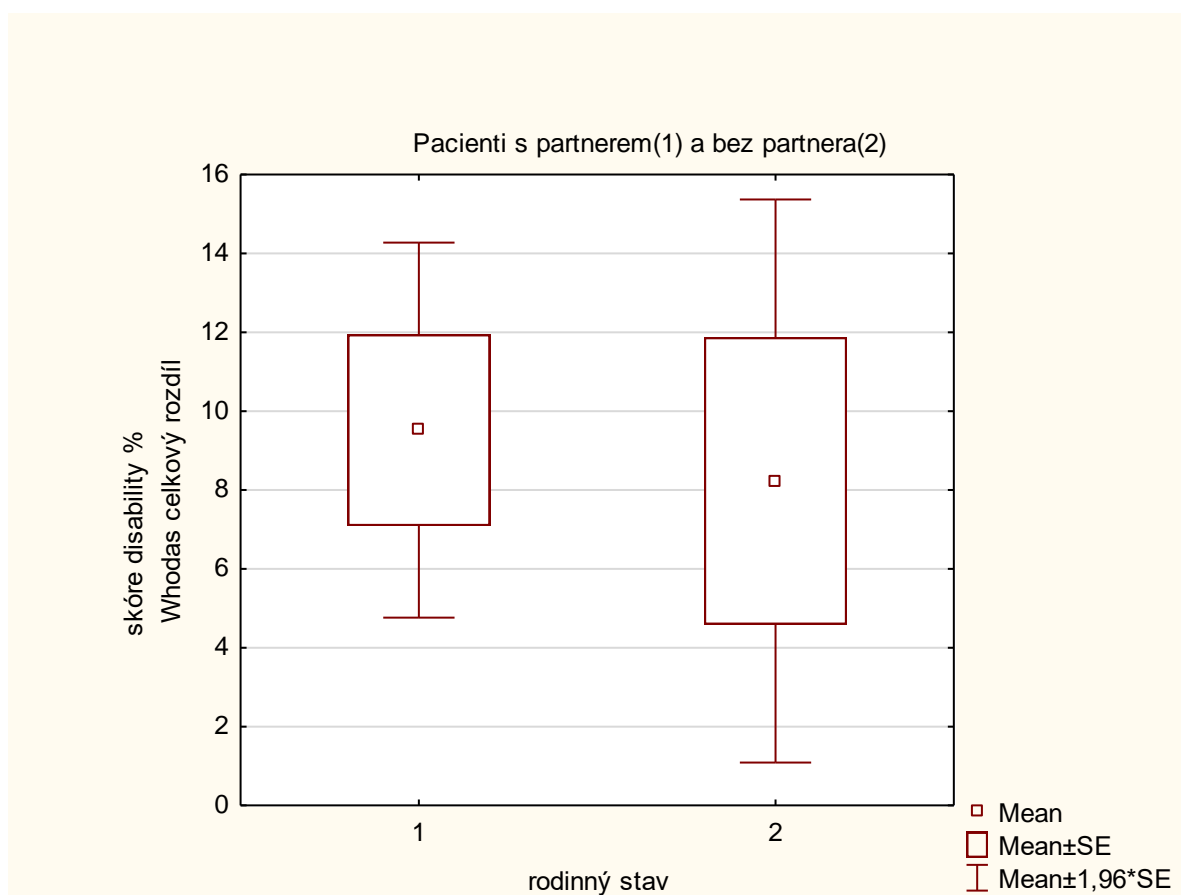
Obrázek 11 - Krabicový graf rozdílu vstupního a výstupního hodnocení HRQOL u pacientů důchodců (1) a pracujících pacientů (2)

4. 3. 6 Výsledky k vědecké otázce č. 6

Vědecká otázka č. 6 zněla: Liší se po léčebné rehabilitaci míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života u pacientů po CMP, kteří žijí s partnerem, a u pacientů, kteří žijí bez partnera?

Pro tyto hodnoty byla ověřena normalita dat. Pro vyhodnocení vědecké otázky č. 6 byl použit nepárový dvouvýběrový T-test. Po zaokrouhlení vyšla hodnota $p = 0,7939$. Nebyl prokázán statisticky signifikantní rozdíl na hladině $p < 0,05$. Hypotézu H_06 tedy nebylo možné zamítnout. Průměr celkového rozdílu skóre disability mezi vstupním a výstupním hodnocením podle WHODAS 2.0 byl u pacientů žijících s partnerem 9,52% a u žijících bez partnera 8,23%. Výsledek je zobrazen v krabicovém grafu Obrázek 12.

Platí hypotéza H_06 : Míra změny celkové subjektivně hodnocené kvality života je u obou skupin stejná.

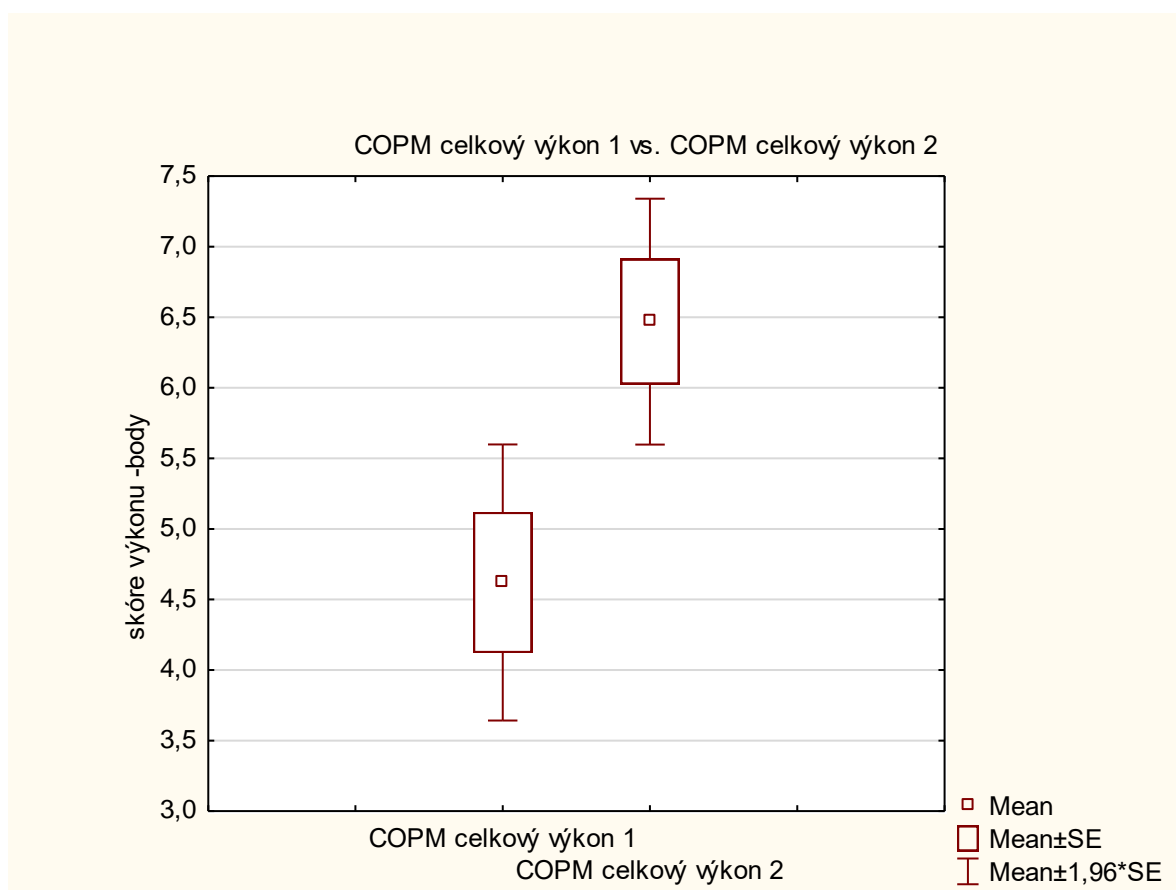


Obrázek 12 - Krabicový graf rozdílu vstupního a výstupního hodnocení HRQOL u pacientů žijících s partnerem (1) a bez partnera (2)

4. 3. 7 Výsledky k vědecké otázce č. 7

Vědecká otázka č. 7 zněla: Vnímali pacienti po CMP výkon zaměstnávání pro vybrané činnosti na počátku a při skončení terapie odlišně?

Obě zkoumané hodnoty měly normální rozložení dat. K ověření hypotézy č. 7 byl použit párový T-test. V párovém T-testu vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,0006$. Tak byla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Byla zamítnuta hypotéza H_0 ve prospěch H_A . Hypotéza H_A byla přijata ve znění: Pacienti po CMP na počátku a při skončení terapie vnímali výkon zaměstnávání odlišně. Průměr celkového skóre před rehabilitací byl 4,62 bodů a po rehabilitaci 6,47. Rozdíl činil 1,85 bodů. Výsledek je znázorněn v krabicovém grafu na Obrázku 13.

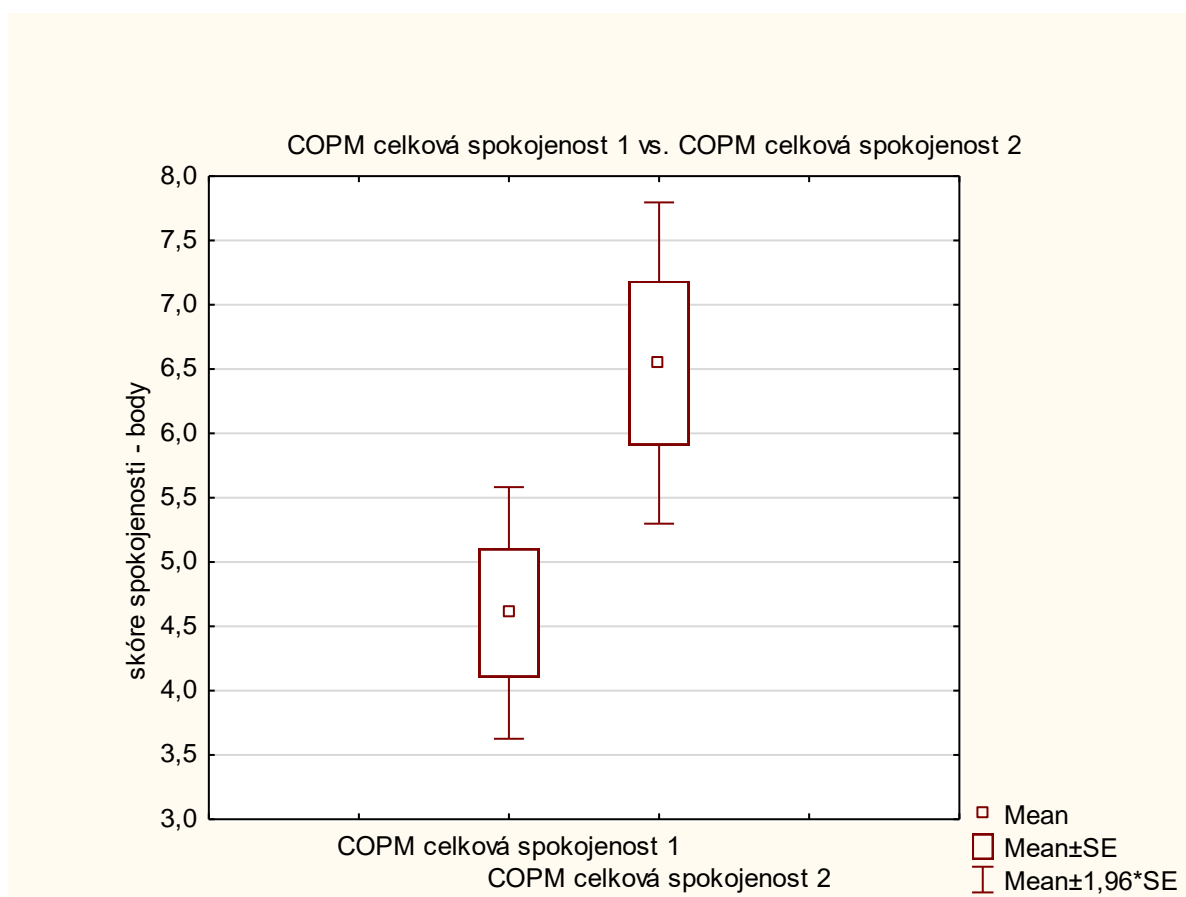


Obrázek 13 - Krabicový graf výkonu zaměstnávání pacientů před rehabilitací a po rehabilitaci

4. 3. 8 Výsledky k vědecké otázce č. 8

Vědecká otázka č. 8 zněla: Vnímali pacienti po CMP spokojenost s výkonem zaměstnávání pro vybrané činnosti na počátku a při skončení terapie odlišně?

Obě zkoumané hodnoty měly normální rozložení dat. K ověření hypotézy č. 8 byl použit párový T-test. V párovém T-testu vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,0012$. Tak byla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Byla zamítnuta hypotéza H_0 ve prospěch H_A . Hypotéza H_A byla přijata ve znění: Pacienti po CMP na počátku a při skončení terapie vnímali spokojenost s výkonem zaměstnávání odlišně. Průměr celkového skóre před rehabilitací byl 4,61 bodů a po rehabilitaci 6,55. Rozdíl činil 1,94 bodů. Výsledek je znázorněn v krabicovém grafu na Obrázku 14.

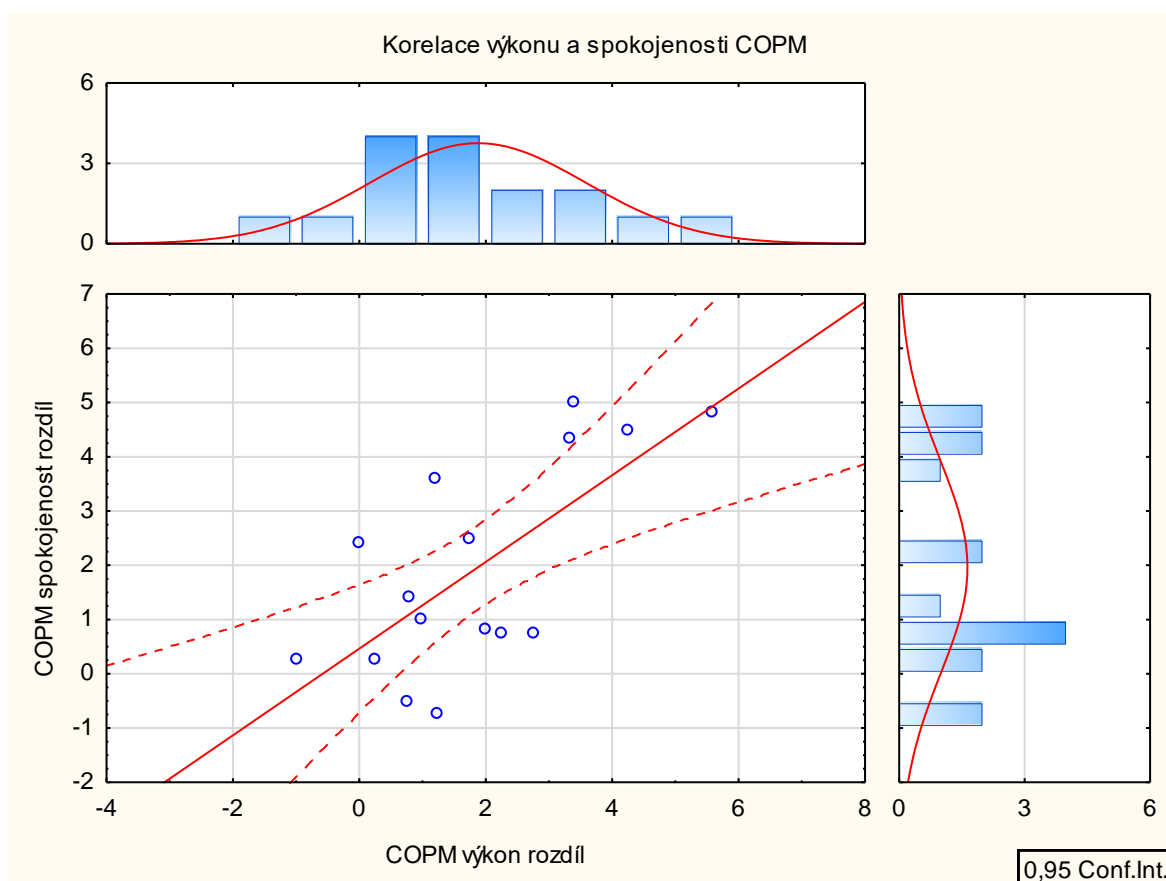


Obrázek 14 - Krabicový graf spokojenosti s výkonem pacientů před rehabilitací a po rehabilitaci

4. 3. 9 Výsledky k vědecké otázce č. 9

Vědecká otázka č. 9 zněla: Existuje souvislost mezi změnou výkonu zaměstnávání a změnou spokojenosti s výkonem po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP hospitalizovaných na Rehabilitačním oddělení FNOL?

Obě zkoumané hodnoty měly normální rozložení dat. K ověření hypotézy č. 9 byl použit Pearsonův korelační koeficient. V tomto testu vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,003$ a míra závislosti $r = 0,6949$. Tak byla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Byla zamítnuta hypotéza H_09 ve prospěch H_{A9} . Hypotéza H_{A9} byla přijata ve znění: Mezi změnou výkonu zaměstnávání a změnou spokojenosti s výkonem po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP hospitalizovaných na Rehabilitačním oddělení FNOL je souvislost. Výsledek je znázorněn v bodovém grafu na Obrázku 15.

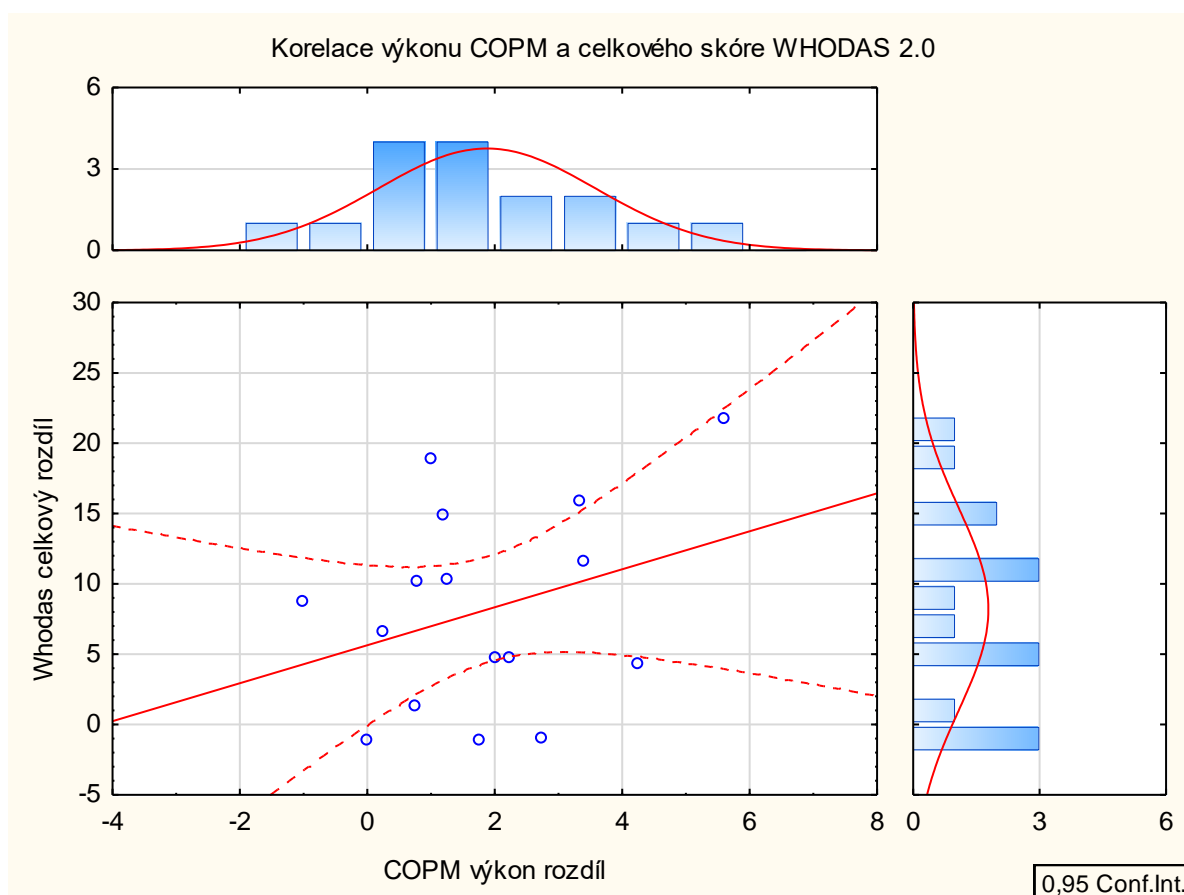


Obrázek 15 – Bodový graf korelace změny výkonu zaměstnávání pacientů a změny spokojenosti s výkonem po rehabilitaci

4. 3. 10 Výsledky k vědecké otázce č. 10

Vědecká otázka č. 10 zněla: Existuje souvislost mezi změnou celkové vnímané disability dle dotazníku WHODAS 2.0 a změnou ve výkonu zaměstnávání pro vybrané činnosti dle dotazníku COPM po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP hospitalizovaných na Rehabilitačním oddělení FNOL?

Obě zkoumané hodnoty měly normální rozložení dat. K ověření hypotézy č. 10 byl použit Pearsonův korelační koeficient. V tomto testu vyšlo po zaokrouhlení $p = 0,226$ a míra závislosti $r = 0,3208$. Tak nebyla potvrzena statisticky signifikantní změna na hladině $p < 0,05$. Hypotézu H_{010} nelze zamítnout. Byla přijata hypotéza H_{010} ve znění: Mezi změnou celkové vnímané disability dle dotazníku WHODAS 2.0 a změnou ve výkonu zaměstnávání pro vybrané činnosti dle dotazníku COPM po léčebné rehabilitaci u pacientů po CMP hospitalizovaných na Rehabilitačním oddělení FNOL není souvislost. Výsledek je znázorněn v bodovém grafu na Obrázku 16.



Obrázek 16 – Bodový graf korelace změny celkového skóre HRQOL a změny výkonu zaměstnávání pacientů po rehabilitaci

5 Diskuze

5.1 Diskuze k vědecké otázce č. 1

Disabilita jako ukazatel kvality života pacienta

CMP bezpochyby snižuje kvalitu života pacienta. Tak jako každá závažná chronická nemoc, znamená i tato změnu životní situace pro jedince. Pacient je nucen na tuto změnu reagovat. Jeho reakce závisí na mnoha faktorech, na míře postižení tělesných a duševních funkcí, ale také na jeho životních zkušenostech, jeho osobnosti a postoji, který je schopen k nové situaci zaujmout. Je důležité, zda má oporu v rodině a v sociálním okolí a jak je citlivý na vnější negativní podněty. Vulnerabilitu osobnosti zvyšuje absence intimního vztahu a nedostatek sebevědomí, což pak vyvolává pocit beznaděje a vede ke vzniku depresí (Payne, et al., 2005, s. 453). Odpověď pacienta na jeho novou situaci může záležet na jeho věku, pohlaví, vzdělání a sociálním zařazení. Naši probandi byli ve věku od 53 do 80 let, 10 mužů a 7 žen, většinou žijící s partnerem, převážně středoškolského vzdělání bez maturity.

CMP je náhlá traumatická životní událost s minimálním varováním (Arowoiya et al., 2017, s. 1), nemoc devastuje pacienta a jeho blízké a okolí, což vede k těžkému stresu, mnozí pacienti přežijí, ale s lehčí či těžší disabilitou, musejí se reintegrovat do společnosti, postrádají schopnost vrátit se do práce (Arowoiya et al., 2017, s. 1).

Postižení tělesných funkcí ovlivňuje i ostatní stránky kvality života pacienta. CMP je globální onemocnění, zahrnuje ochablost, problémy s pohybem, senzorní poruchy, poruchy s myšlením a pamětí, problémy s použitím nebo s porozuměním řeči, emocionální poruchy, má dopad na mnohé aspekty denního života (Hu et al., 2017, s. 857).

Rozsah a hloubka těchto poruch představuje celkovou disabilitu pacienta s CMP a jeho omezení participace. Měření disability má za cíl snižovat ji prostřednictvím účinné léčby, a tak zlepšovat kvalitu života pacienta s CMP. Všeobecně uznávaný dotazník WHODAS 2.0 (Hu et al., s. 856) je schopen hodnotit celkovou disabilitu pacienta a především umožňuje zjistit, jak ji pacient sám vnímá ze svého subjektivního pohledu. Zmíněný dotazník poskytuje i možnost při opakovaném měření zjistit, jak pacient vnímá změnu své disability po určitém čase.

V naší studii byla sledována kvalita života pacientů s CMP po primárním odléčení ataky na oddělení neurologie, kdy následovalo přeložení pacientů na rehabilitační lůžkové oddělení FNOL. Zjišťovalo se, jak pacienti subjektivně vnímali rozsah svého postižení na počátku rehabilitačního programu a jaké změny, zlepšení případně zhoršení, pociťovali po skončení

komplexní léčebné rehabilitace. Interval mezi oběma hodnoceními byl zpravidla dva týdny, v ojedinělých případech se kontrolní hodnocení provádělo již po jednom týdnu léčby, z důvodu včasného propuštění pacienta do domácí péče.

V našem měření pacienti na počátku léčby měli průměr celkové disability 29,96%, po léčbě 20,74%. Medián celkového vstupního skóre disability našich pacientů byl 26,42%, medián celkového skóre při měření po terapii 18,48%.

Uvádíme i mediány výsledných skóre, neboť při řešení hypotéz u jednotlivých domén byly v této studii použity mediány. Pro srovnání s jinými studiemi je vhodné uvádět i průměry, neboť některé pracují s mediány, jiné i s průměry.

Výsledný rozdíl celkového skóre disability byl statisticky signifikantní, potvrdil zlepšení kvality života pacientů po rehabilitaci. Minimální hodnota celkové disability při vstupním hodnocení byla 11,96% a maximální hodnota 48,86%, po léčbě minimální hodnota byla 4,87% a maximální 46,22%. U 14 pacientů se celková kvalita života zlepšila, u 3 pacientů se nepatrně zhoršila. Maximální zlepšení skóre bylo o 26,44%, maximální zhoršení bylo o 1,08%.

Pacienti s ischemickou CMP ve vertebrobazilárním povodí měli celkovou výchozí disability před rehabilitací do 27%, poněkud nižší než pacienti s ischemickou CMP v karotickém povodí, kteří dosahovali právě vyšších hodnot výchozí disability.

Podle průměru hodnot na počátku i po skončení léčby nejhorší výsledky byly doloženy vysokým skóre disability v doménách domácí aktivity, pracovní aktivity, mobilita a sebeobsluha, mírné až střední potíže měli pacienti v sociální participaci, v doménách kognice a vztahy mezi lidmi měli pacienti nejméně problémů. Podle hodnot mediánu, které bylo vhodnější použít vzhledem k malému počtu probandů, byly nejhorší výsledky na počátku i po skončení léčby v doméně pracovní aktivity (probandů bylo jen 5), na druhém místě byla doména domácí aktivity (probandů 14), v rámci těchto domén si pacienti málo procvičili aktivity v reálném prostředí, pro obě části domény životní aktivity byly situace simulovány často v nemocničním prostředí. Podle hodnot mediánu následuje stejné pořadí obtížnosti domén jako podle průměru. Někteří pacienti v dotazníku uvedli, že jsou pro ně těžké až extrémně těžké činnosti především v oblasti mobility, ojediněle v doméně domácí aktivity, v sebeobsluze a v sociální participaci.

Po léčbě největší změny nastaly v mobilitě, následně v domácích aktivitách a pracovních aktivitách a v sebeobsluze, menší změny se projevíly v sociální participaci a minimální změny v kognici a ve vztazích s lidmi. Velikost změny po léčbě byla přímo úměrná výchozímu skóre, čím vyšší skóre disability v doméně, tím větší změna po léčbě.

V porovnání se španělskou studií, která zkoumala dotazníkem WHODAS 2.0 chronicky nemocné pacienty s CMP z komunit, celkovou extrémní a těžkou disabilitu mělo asi 35% pacientů, střední disabilitu mělo 25% pacientů, mírnou disabilitu mělo 30% pacientů, 10% pacientů bylo bez problémů (Pedro-Cuesta, et al., 2011, s. 24). V naší studii těžkou až extrémní celkovou disabilitu pacienti neměli, ale na počátku léčby celkovou střední disabilitu mělo 8 pacientů, což je necelých 50%.

Mimo jiné španělská studie srovnávala disabilitu 99 pacientů s CMP s disabilitou u 102 nemocných s CHOPN a 99 pacientů s chronickým srdečním selháváním. U pacientů s CMP bylo celkové skóre disability nejvyšší, a to 33,33%, u pacientů s CHOPN 14,71%, se selháváním srdce 29,29% (Pedro-Cuesta et al., 2011, s. 21). Vysoké hodnoty disability v doménách mobilita a životní aktivity se shodovaly s naší studií.

V jihoafrické studii byl sledován dotazníkem WHODAS 2.0 počet 226 pacientů s CMP v chronickém stadiu nemoci, z komunit, 6 až 12 měsíců po atace (Arowoia et al., 2017, s. 1). 38 % pacientů mělo extrémní potíže v doméně domácí aktivity, 27 % pacientů mělo extrémní potíže s mobilitou, 25% pacientů mělo extrémní potíže se sebeobsluhou, v doméně vztahy s lidmi 51% pacientů nemělo potíže (Arowoia et al., 2017, s. 1). Problémové domény odpovídaly naší studii, extrémní potíže s pohyblivostí měl na počátku rehabilitace ale pouze jeden pacient.

Do studie provedené na Taiwanu s využitím dotazníku WHODAS 2.0 bylo zařazeno 10 255 pacientů s ischemickou i hemoragickou CMP v chronickém stadiu (Hu, et al., 2017, s. 856). Převažovala účast mužů, 7217 účastníků bylo z komunit a 3038 v dlouhodobé péči institucí (Hu et al., 2017, s. 858). Celkové skóre disability měli pacienti s CMP z komunit 56,74% a z institucí 77,82% (Hu et al., 2017, s. 859). Ve srovnání s naším malým vzorkem vybraných hospitalizovaných probandů v subakutním stadiu nemoci nacházíme výrazný rozdíl.

Je možné volně porovnat naši studii také s výzkumy, v nichž byl dotazník WHODAS 2.0 použit pro širší populace s tělesnými poruchami a s disabilitou z důvodu různého onemocnění.

Ve světovém výzkumu širokého rozsahu 65 000 pacientů z 19 zemí bylo rozděleno do různých podskupin (Üstün et al., 2010b, s. 815, 817). V porovnání s podskupinami mentálně postižených, nebo majících problémy s alkoholem a s drogami a se zdravou populací, měli pacienti s tělesnými poruchami, mezi něž pacienti s CMP určitě patří, nejvyšší disabilitu v domácích aktivitách, v mobilitě, v sebeobsluze a v sociální participaci. Mimo jiné celkovou

nejhorší QOL měli mentálně postižení, nikoliv skupina s poruchami tělesných funkcí (Üstün et al., 2010a, s. 23; Üstün et al., 2010b, s. 819).

Jiná taiwanská národní studie zkoumala kvalitu života dospělé populace s disabilitou z důvodu různých onemocnění. Použit byl test FUNDES-Adult Version (Functioning Disability Evaluation Scale) založený na WHODAS 2.0 s 36 otázkami. Do studie bylo zahrnuto 5 736 dospělých, z toho 3162 mužů, věkový průměr činil asi 58 let, většina probandů byla z komunit (Yen et al., 2014, s. 842). Nejvyšší disabilita byla naměřena v doménách domácí aktivity, účast ve společnosti a vztahy s lidmi, následovaly domény mobility a kognice (Yen et al., 2014, s. 843).

Výsledky naší studie je možno porovnat i se studií, která nevyužila sice dotazník WHODAS 2.0, ale sledovala HRQOL u pacientů s CMP pomocí specifického testu. Americká studie použila test BOSS (The Burden of Stroke Scale – viz výše s. 32) pro zjištění zátěže u pacientů s CMP. Bylo sledováno 281 pacientů (161 mužů a 120 žen) v chronickém stádiu nemoci minimálně 3 měsíce po atace a žijících minimálně posledních 30 dnů v komunitě (Doyle et al., 2004, s. 999, 1000). Výzkum zohlednil i pacienty s komunikativními potížemi (135 pacientů s komunikativními potížemi, 146 pacientů bez komunikativních potíží) (Doyle et al., 2004, s. 997). Specifičnost testu BOSS se projevila i tak, že test začleňoval vedle domén obsažených v generickém testu WHODAS 2.0 také doménu restrikcí, spokojenosti, energie a spaní, polykání a nálady (Doyle et al., 2004, s. 999). V dotazníku BOSS je rozlišena negativní nálada, kdy pacient se cítí osamělý, úzkostlivý, rozzlobený a smutný, a pozitivní nálada, kdy pacient se cítí jistý, sebevědomý, šťastný, klidný a optimistický (Doyle et al., 2004, s. 1006). V testu BOSS, pokud srovnáváme s testem WHODAS 2.0, doména mobility obsahovala navíc položky udržet rovnováhu, vyjít jedno patro, být v pokleku či sklonit se, vesměs činnosti typicky obtížné pro pacienty s CMP. V doméně komunikace byl navíc veden dotaz ke schopnosti napsat dopis (Doyle et al., 2004, s. 1005). Medián celkového skóre zátěže pro celý soubor pacientů s CMP byl 27,9, což byl výsledek podobný hodnotě výchozího celkového skóre HRQOL našich pacientů. V americké studii podskupina pacientů s komunikativními potížemi měla výsledné skóre horší (32,2) než podskupina bez komunikativních potíží (27,3) (Doyle et al., 2004, s. 1003). V naší studii pacienti neměli významné komunikativní potíže. Hodnoty skóre zátěže v dotazníku BOSS jsou srovnatelné s hodnocením disability v dotazníku WHODAS 2.0, neboť na škále od 0 až 100 v BOSS nula reprezentuje nejvíce žádaný zdravotní stav a 100 označuje nejméně žádaný zdravotní stav, tj. nejvyšší zátěž pro HRQOL (Doyle et al., 2004, s. 1000), tak jak je tomu ve WHODAS 2.0.

Holandská studie zjišťovala životní spokojenost u 284 pacientů po CMP, kteří byli 6 týdnů po propuštění z nemocničního nebo rehabilitačního zařízení (Ooesterveer et al., 2017, s. 223). Pacienti odpovídali na dotazník LISAT -9 (Life Satisfaction Questionnaire) s 9 doménami. Nejvyšší medián spokojenosti se vyskytl v doméně rodinný život, vztahy s partnerem a s přáteli, celkem byli pacienti spokojeni se schopností sebeobsluhy a s finanční situací, méně spokojeni už byli s profesní situací, nejméně spokojeni byli se sexuálním životem (Ooesterveer et al., 2017, s. 224), 31 % probandů žilo bez partnera. V porovnání s holandskou studií naši pacienti také doložili vyšší QOL v oblasti vztahů s lidmi, se soběstačností měli problémy.

Všechny naše výsledky nebyly shodné s výsledky výše uvedených studií, žádná z těchto studií nesledovala rozdíl QOL před rehabilitační léčbou a po jejím skončení.

5. 2 Diskuze k vědecké otázce č. 2

Domény kvality života pacientů

Mobilita a sebeobsluha u pacientů s CMP tvoří základ HRQOL. Pacienti s CMP jsou právě zpravidla nejvíce postiženi poruchou mobility a nedostatečnou schopností sebeobsluhy. V naší studii se hodnotil účinek intenzivní čtrnáctidenní rehabilitační terapie, který profiluje právě v pohybových dovednostech. Fyzioterapie, která je součástí celkové rehabilitace a které se našim pacientům dostávalo nejvíce, je zaměřena především na pohyb. Aplikovaná ergoterapie působí na zlepšení soběstačnosti a sebeobsluhy pacienta. Zmírnění poruch mobility a návrat ke schopnosti základní sebeobsluhy je u pacientů s CMP primárním cílem rehabilitační terapie. Změna QOL v doméně mobility a sebeobsluhy byla po rehabilitaci nejvýraznější a určitě ovlivnila i významné zlepšení v doméně domácích aktivit.

Ostatní domény jako kognice, vztahy s lidmi a sociální participace jsou nedílnou součástí HRQOL. Ale právě od zlepšení pohybu se může odvíjet i zlepšení HRQOL v těchto oblastech. Fyzioterapie tyto domény může ovlivňovat druhotně. Zlepšení pohybových funkcí může v pacientovi vyvolat pocit radosti a spokojenosti.

2 a/ Kognice

Závažnou pro kvalitu života pacienta je také porucha kognice, v případě naší studie však nebyla stěžejní, neboť do studie byli začleněni pacienti bez vážných poruch kognice a komunikace.

Medián skóre disability před rehabilitací byl 5,00%, po léčbě 0,00%. Před léčbou i po léčbě byla minimální hodnota 0,00%, maximální hodnota před léčbou 35%, po rehabilitaci až 55%. Celková změna QOL po léčbě byla minimální, nebyla statisticky signifikantní. Výchozí potíže byly nízké, téměř polovina pacientů neměla žádné, střední potíže měli pouze 3 pacienti. Pacienti měli nejvíce problém zapamatovat si důležité věci, naučit se něco nového a soustředit se na činnost po dobu 10 minut. Na konci léčby došlo k celkovému zlepšení, pouze u 3 pacientů byla zaznamenáno zhoršení HRQOL v této oblasti, což je možno připsat únavě nebo si pacienti uvědomili svůj kognitivní deficit až po léčbě.

Zatímco v naší studii potíže byly mírné, ve španělské studii mělo v této doméně těžkou a extrémní disability 30% pacientů s CMP, nejvyšší, v porovnání s pacienty s CHOPN a se srdečním selháváním (Pedro-Cuesta et al., 2011, s. 24). V jihoafrické studii mělo v oblasti kognice 20% chronických pacientů s CMP těžkou až extrémní disability (Arowoia, et al., 2017, s. 4) a 30% pacientů mírnou až střední disability, často v položce zapamatovat si důležité věci (Arowoia, et al., 2017, s. 3). V taiwanské studii měli chroničtí pacienti z komunit průměr disability v doméně kognice 51,08%, z institucí 77,72% (Hu et al., 2017, s. 859).

2b/ Mobilita

Průměr disability v této doméně byl před rehabilitací 55,76%, po rehabilitaci 30,78%, hodnoty mediánu jsou podobné, před rehabilitací 56,25%, po rehabilitaci 31,25%. Minimální hodnota před rehabilitací byla 6,25%, maximální 91,67%, minimální po rehabilitaci 0,00%, maximální 58,33%. Minimální rozdíl byl 6,25%, maximální 62,50%. Nejméně se zlepšila nejstarší žena, nejvíce se zlepšila nejmladší žena. Nikdo se nezhoršil. V této doméně měla téměř polovina pacientů před léčbou těžké potíže, jeden pacient měl extrémní potíže s pohyblivostí. Po léčbě polovina pacientů měla střední potíže, dva pacienti těžké. Nejtěžší pro pacienty bylo vydržet stát delší dobu a ujít delší vzdálenost, pro některé to byl pohyb po bytě, zvláště tam, kde je třeba zdolávat schody. Vyjít ven z budovy bylo neaplikovatelné pro 5 pacientů již před rehabilitací, po rehabilitaci pro 3 pacienty.

Celkový rozdíl v doméně pohyblivosti před rehabilitací a po rehabilitaci byl ve srovnání s ostatními doménami nejvýraznější, byl statisticky signifikantní. Tento výsledek odráží účinky včasné a intenzivní rehabilitace, která je nezbytná v počáteční fázi nemoci (Coleman et al., 2017, s. 5; Seitz, Donnan, 2015, s. 7). Použití facilitačních metod ještě v období zcela

akutního stádia zvyšuje vyhlídku na obnovení pohybových funkcí a podporuje využití neuroplasticity CNS pro zotavení (Pfeiffer, 2007, s. 151).

Vysoká skóre disability v doméně mobility vykazovaly i jiné studie.

Ve španělské studii mělo 50% pacientů s CMP extrémní a těžkou disability (Pedro-Cuesta et al., 2011, s. 24), v jihoafrické studii 47% pacientů s CMP (Arowoia et al., 2017, s. 4). V jihoafrické studii shodně s naší studií měla nejhorší skóre položka ujít delší vzdálenost, až 65% pacientů v ní mělo těžké až extrémní potíže, a položka stát delší dobu, v níž 56% pacientů mělo těžké až extrémní potíže (Arowoia et al., 2017, s. 3).

V taiwanské studii v doméně mobility měli pacienti po CMP z komunit průměr skóre disability 61,26%, z institucí 84,76% (Hu et al., 2017, s. 859).

Předchozí uvedené studie použily WHODAS 2.0 pro zjišťování schopnosti pohyblivosti u pacientů s CMP v chronickém stádiu v širším rozsahu populace v jednorázovém měření, i tak se zajímavými výsledky pro naše porovnání.

V americké studii s využitím specifického testu BOSS kromě domény nálady představovala vysokou zátěž pro HRQOL všech pacientů s CMP doména mobility. Medián výsledného skóre zátěže v doméně mobility byl 34,1. Při komparaci skupiny pacientů s komunikativními potížemi a pacientů bez komunikativních potíží, horší výsledky vykazovala v doméně mobility skupina pacientů bez komunikativních potíží s mediánem skóre 38,8, zatímco skupina s komunikativními potížemi měla medián skóre zátěže v doméně mobility 34,0 (Doyle et al., 2004, s. 1003). Naši pacienti s nejvyšší disability v pohyblivosti také nepatřili k těm, kteří měli problémy s komunikací. Restrikce v mobilitě nejsou přímo úměrné postižení kognice, případně komunikace, potvrzuje to i naše studie.

Je nesnadné najít studii, která by srovnávala dvojím měřením výsledky rehabilitační terapie u pacientů po CMP v subakutním stádiu přímo nástrojem WHODAS 2.0. Pro komparaci uvádíme alespoň změny výsledku schopností pohyblivosti po rehabilitační terapii podle jiných testů kvality života pacientů s CMP. V indické studii sledovali důležitou složku mobility- funkci horních končetin, ruční a prstovou zručnost u pacientů s CMP. Byli vybráni pacienti v akutním či subakutním stádiu nemoci, 14 až 90 dnů po atace, kteří byli testováni na rehabilitačním oddělení nemocnice před rehabilitační intervencí a tři týdny po intervenci (Chowan, Singh, 2019, s. 19). Během tří týdnů 40 pacientů absolvovalo konvenční terapii – metodu Rood, Bobath koncept a Motor relearning program (Chowan, Singh, 2019, s. 22). Pacienti byli rozděleni do dvou skupin po dvaceti, jedna skupina podstoupila navíc trénink orientovaný na úkol (TOT – Task-Oriented Training) a druhá skupina trénink progresivního posilování (PRE-Progressive Resistance Training) (Chowan, Singh, 2019, s. 22). Kontrolními

testy se zjišťovalo, která z dvou uvedených použitých metod je účinnější pro zlepšení funkce horní končetiny. Obě metody vedly ke zlepšení, signifikantní vliv na vylepšení funkce horní končetiny, a tudíž na zlepšení QOL u pacientů s CMP měla metoda na úkol (Chowan, Singh, 2019, s. 24). Potvrdily to kontrolní testy, zadávané na počátku a na konci terapie, mimo jiné MBI (Modified Barthel Index), nástroj pro zjištění úrovně mobility a sebeobsluhy pacienta a míry jeho samostatnosti, a SSQOL (Stroke Specific Quality of Life), specifický nástroj, který mimo ukazatelů obsažených v doméně mobility v testu WHODAS 2.0, měří navíc energii, náladu, funkci zraku a funkci horní končetiny. Skupina, u níž byla aplikována metoda TOT, zlepšila výkon v MBI z 43,50 na 75,75 (o 32,25) a v SSQOL ze 79, 65 na 98, 60 (o 19, 1) (Chowan, Singh, 2019, s. 23), u skupiny s metodou PRE se v MBI zlepšilo průměrné skóre ze 48,25 na 66,25 (o 18,1) a v SSQOL ze 77,85 na 85,45 (tj. o 14,6) (Chowan, Singh, 2019, s. 24). V obou uvedených kontrolních testech vyšší hodnoty ukazují na lepší výkon, na rozdíl od hodnot získaných ve WHODAS 2.0. Třítýdenní intenzivní rehabilitace měla úspěšný efekt pro zlepšení mobility pacientů. Naši pacienti také byli kontrolováni testem MBI, ale jeho výsledky nejsou předmětem této studie.

2c/ Sebeobsluha

Průměr celkového skóre disability v doméně sebeobsluhy byl před rehabilitací 38,23%, po rehabilitaci 25,88%. Medián celkového skóre v doméně sebeobsluhy byl před léčbou 40,00%, po léčbě 20,00%. Minimální hodnota před rehabilitací byla 0,00%, maximální 80,00%, po léčbě minimální hodnota byla 0,00%, po léčbě 90,00%. Rozdíl skóre před rehabilitací a po jejím skončení byl statisticky signifikantní. Většina pacientů svou soběstačnost po rehabilitaci zlepšila. 6 pacientů mělo těžké potíže se sebeobsluhou před rehabilitací, po léčbě jen 3 pacienti. 2 pacienti po léčbě skóre zhoršili, je pravděpodobné, že byli dotazováni již v pozdních odpoledních hodinách a pociťovali únavu, subjektivně vnímali, že sebeobsluha jim činí stále velké obtíže. Největším problémem pro pacienty bylo najít se a zůstat sám doma několik dní, zvláště pro pacientku, která měla navíc úraz ruky a byla již vdovou. Střední potíže měli pacienti také s oblékáním.

V doméně sebeobsluhy ve španělské studii mělo těžkou až extrémní disability 35% pacientů s CMP (Pedro-Cuesta et al., 2011, s. 24), v jihoafrické studii mělo těžkou a extrémní disability v doméně sebeobsluhy 42% pacientů. (Arowoia et al., 2017, s. 4). Těžké až extrémní potíže mělo 51% pacientů v poloze zůstat několik dní sám doma a 41% pacientů mělo problémy s mytím celého těla.

V taiwanské studii měli pacienti po CMP z komunit průměr skóre disability v doméně sebeobsluhy 42, 29%, z institucí 62,85% (Hu, et al., 2017, s. 859).

Ve velké taiwanské studii disability z důvodu různých onemocnění měla doména sebeobsluhy nejnižší skóre disability (31%) (Yen et al., 2014, s. 843) v porovnání s ostatními doménami. Položka setrvat několik dní sám doma měla vysokou ztrátu hodnot, stávala se bezpředmětnou, neboť Číňani obvykle nežijí sami, ale setrvávají u svých rodin (Yen et al., 2014, s. 845). Autoři studie vysvětlují rozdílné výsledky v doméně sebeobsluhy v různých zemích skutečností, že potíže s výkonem mohou být ovlivněny environmentálními atributy, včetně sociální podpory, lokální politikou sociálního zabezpečení a systémem služeb pro handicapované v rámci té určité země či kultury (Yen et al., 2014, s. 843).

V experimentu naší studie mnozí pacienti měli se sebeobsluhou potíže, byli krátkou dobu po CMP a teprve se znovu učili v nemocnici soběstačnosti, sociální podmínky na jejich vnímání výkonu neměly dočasně vliv.

2d/ Vztahy s lidmi

Průměr disability v doméně vztahy s lidmi byl před léčbou 6,37%, po léčbě 6,86%. Došlo k nepatrnému zhoršení. Mediány měly nulové hodnoty. V této doméně byl patrný podlahový efekt (Yen, et al., 2017, s. 841), který je interpretován naopak jako stropový efekt v dotaznících, kde malé skóre představuje nejmenší handicap, tudíž vyšší kvalitu života (Doyle et al., 2004, s. 1001), a takovým dotazníkem WHODAS 2.0 je. Pacienti měli minimální potíže již na počátku léčby, u devíti pacientů byly potíže nulové před léčbou i po ní, většinou skóre zůstala po rehabilitaci stejná. Ke zhoršení došlo pouze u dvou pacientů, jeden muž a jedna žena. Ojediněle měli pacienti problém získat nové přátele nebo vycházet s blízkými.

Ve španělské srovnávací studii v této doméně mělo těžkou a extrémní disabilitu 20% pacientů s CMP (Pedro-Cuesta et al., 2011, s. 24), v jihoafrické studii 13% pacientů s CMP (Arowoia et al., 2017, s. 4), v taiwanské studii průměr disability v této doméně měli pacienti s CMP opět vysoký, z komunit 58,72 %, z institucí 82,05% (Hu et al., 2017, s. 859). V naší studii se těžké potíže nevyskytly.

Problematickou se ukázala položka sexuální aktivity, v jihoafrické studii s nimi mělo těžké až extrémní potíže 44% pacientů (Arowoia et al., 2017, s. 3), ve španělské studii byla sexualita jako neaplikovatelná vyloučena pro velkou ztrátu hodnot (Pedro-Cuesta et al., 2011, s. 23). I když v taiwanské studii disability pacientů s různým onemocněním byla tato položka

upravena na intimní chování, byla pro většinu respondentů také neaplikovatelná, neboť Číňani mají velké zábrany bavit se o sexu a intimitách (Yen et al., 2014, s. 845). V naší studii byly sexuální aktivity pojaty i jako intimní kontakt (líbání, objímání, hlazení) (Üstün et al., 2010a, s. 51), i tak jako neaplikovatelné je označili dva ženatí pacienti.

2e/ Domácí aktivity

Domácí aktivity jsou první částí domény životní aktivity.

Průměr disability v domácích aktivitách byl před rehabilitací 63,57%, po rehabilitaci 48,57%, medián před rehabilitací 60,00%, po rehabilitaci 40,00%. Minimální hodnota před rehabilitací byla 20,00%, maximální 100%, po rehabilitaci minimální hodnota byla 10,00%, maximální 90,00%. 3 pacienti doménu nevyplňovali. Změna mezi vstupním a výstupním hodnocením byla statisticky signifikantní. Do výsledků rehabilitace se bezpochyby v této doméně promítly zlepšené výsledky v pohyblivosti a soběstačnosti, které byly také statisticky významné.

V doméně domácí aktivity byla u jednotlivých pacientů vysoká disability, těžké potíže se nejčastěji objevily v položce být hotov se vším, co je potřeba udělat, a udělat vše, co je potřeba, patřičně rychle. Těžkou až extrémní disability mělo 10 ze 14 pacientů při vstupním hodnocení, 2 pacienti dokonce 100%. Po rehabilitaci mělo těžkou disability 6 pacientů, všichni pacienti se zlepšili, kromě jednoho, který byl hodnocen již po týdenní rehabilitaci, měl nejkratší dobu rehabilitace ze všech sledovaných pacientů.

V jihoafrické studii v doméně domácí aktivity mělo těžkou a extrémní disability 52% pacientů s CMP (Arowoia et al., 2017, s. 4). Pacienti měli největší potíže ve stejné položce jako naši probandi, udělat vše, co je potřeba, patřičně rychle (Arowoia et al., 2017, s. 3).

V doméně životní aktivity španělská studie odhalila u 30% pacientů s CMP těžkou a extrémní disability (Pedro-Cuesta et al., 2011, s. 24) V taiwanské studii v doméně životní aktivity měli pacienti průměr disability také vysoký, v komunitách 75,60 %, v institucích 90,72% (Hu et al., 2017, s. 859).

2f/ Pracovní aktivity

Pracovní aktivity jsou druhou částí domény životní aktivity.

Medián skóre disability byl před rehabilitací 78,57%, po rehabilitaci 42,86%. Minimální hodnota před rehabilitací 0,00%, maximální hodnota 78,57%. Minimální hodnota po

rehabilitaci 7,14%, maximální hodnota 100%. Změna výsledků po rehabilitaci nebyla statisticky významná.

Hodnocení se zúčastnilo pouze 5 pacientů, kteří byli ještě v pracovním poměru. Čtyři pacienti měli ve všech aktivitách těžké potíže, dva pacienti se po rehabilitaci ještě zhoršili, jeden z nich měl při výstupním hodnocení disabilitu 100%, domníval se, že již nebude moci vykonávat práci zámečníka. Dva pacienti se zlepšili větší měrou, jeden mírně. Je vidět, že pracující pacienti vnímali své pracovní schopnosti po nemoci reálně, pracovat si nevyzkoušeli, pouze v rámci nemocniční rehabilitace byly některé činnosti napodobeny. Tito pacienti si uvědomili, že svou profesi by vykonávali velice těžce. Výsledky dokládají, že dotazník měří dobře a spolehlivě to, co má měřit, má dobrou validitu a reliabilitu. Pro malý počet probandů je nesnadné srovnávat v naší studii výsledky pracovních aktivit s ostatními doménami.

V jihoafrické studii v pracovních aktivitách mělo těžkou a extrémní disabilitu 34% pacientů (Arowoia et al., 2017, s. 4), méně než v naší studii, ovšem pracujících z celého počtu 226 pacientů bylo dokonce jen 6.

2g/ Sociální participace

Průměrné skóre disability v doméně sociální participace bylo před rehabilitací 24,17%, po rehabilitaci 18,87%. Medián skóre disability v doméně sociální participace byl 20,83% před rehabilitací, po rehabilitaci 12,50%. Minimální hodnota před léčbou 0,00%, maximální 54,14%. Minimální hodnota po rehabilitaci 4,14%, maximální hodnota 54,16%. Rozdíl mezi vstupním a výstupním hodnocením nebyl statisticky signifikantní.

Mnozí pacienti měli mírné až střední potíže s účastí ve společnosti. Ojedinele pacienti označili, že mají těžké potíže při činnostech ve volném čase a potíže se stráveným časem, který mu zabírají přímo jeho zdravotní potíže nebo jejich důsledky. Po rehabilitaci 7 pacientů mělo sníženou kvalitu života, takový počet jiné domény nezaznamenaly, pacienti mnohdy pociťovali zhoršení svého emocionálního stavu, uvědomovali si dopad a následky své nemoci, i po celkovém zlepšení mohla na ně po určité době dolehnout tíseň před návratem do běžného života, mohli být precitlivější. Pacienti minimálně vnímali potíže s finančními prostředky.

V doméně sociální participace ve španělské studii se vyskytla těžká a extrémní disabilita asi u 38% pacientů s CMP (Pedro-Cuesta et al., 2011, s. 24). U pacientů s CMP bylo častější omezení v sociální participaci než u pacientů s CHOPN, ale méně časté než u pacientů se srdečním selháváním (Pedro-Cuesta et al., 2011, s. 21, 24).

V jihoafrické studii v účasti ve společnosti mělo těžkou a extrémní disabilitu 38% pacientů s CMP (Arowoia et al., 2017, s. 4), kde se hodnota vzácně shoduje se španělskou studií. Těžké až extrémní emocionální potíže v důsledku zdravotního stavu mělo ve studii 54% pacientů a 48% pacientů v oblasti finanční. (Arowoia et al., 2017, s. 3).

V taiwanské studii v doméně sociální participace měli pacienti s CMP průměr disability v komunitách 55,75%, v institucích 72,07% (Hu et al., 2017, s. 859).

5.3 Diskuze k vědeckým otázkám č. 3, 4, 5, 6

Demografické faktory

Demografické údaje mohou být prediktory HRQOL. V našem experimentu zjišťujeme, zda determinantem HRQOL může být příslušnost k pohlaví, věk, zaměstnání nebo život s partnerem.

V diskuzi posuzujeme změnu HRQOL u demografických skupin po rehabilitační terapii vzhledem k jejich výchozí kvalitě života po CMP před rehabilitací a přihlížíme i k výsledkům v kanadském dotazníku COPM (viz Tabulka 7 v Příloze 2).

Diskuze k vědecké otázce č. 3

Je HRQOL u pacientů s CMP ovlivněna příslušností k pohlaví?

Ve studii bylo zahrnuto 10 mužů a 7 žen. Ženy po rehabilitaci vnímaly snížení celkové disability o 10,51%, muži o 8,31%. Rozdíl mezi oběma skupinami byl nepatrný, nebyl statisticky signifikantní. Muži měli již před rehabilitací vyšší skóre celkové disability (30,9 %) než ženy (28,85%), tak i v doménách mobility a sebeobsluhy. Celková těžká disability se vyskytovala ve více doménách u 5 mužů a u jedné ženy, 3 ženy měly těžké potíže v položkách mobility vyjít ven z domu a pohyb po bytě, 2 ženy měly střední potíže s kognicí.

Muži zaznamenali nepatrně vyšší míru zlepšení než ženy v sebeobsluze a v sociální participaci. Ženy se zlepšily více než muži v kognici, v mobilitě a v domácích aktivitách. V doméně vztahy s lidmi, byla výchozí disability u obou pohlaví nízká, u žen nepatrně vyšší než u mužů, mužům zůstala stejná, ale ženám se po terapii zvýšila.

Výsledky ve španělské studii byly opačné, ženy měly v doméně vztahů s lidmi podstatně nižší disability než muži, v ostatních doménách však ženy měly horší QOL než muži (Pedro-Cuesta et al., 2011, s. 25). Ve španělské studii byl početnější vzorek probandů,

byli to chroničtí pacienti po CMP, kvalita života se měřila jednorázově ve srovnání s pacienty jiných onemocnění.

V naší situaci ženy byly krátce po atace a po krátké rehabilitaci, stále v nemocničním prostředí, je možné, že si některé ve svém stavu uvědomily, že jejich vztahy s lidmi nebudou už takové jako dříve.

V individualizovaných činnostech podle COPM výchozí spokojenost před rehabilitací měly ženy menší oproti mužům, ale po rehabilitaci se ženy výrazně zlepšily ve spokojenosti s výkonem.

Ženy sice celkově měly vyšší věkový průměr 69,14 než muži 64,90, muži měli širší věkový rozsah od 53 let do 79 let, ženy od 62 let do 80 let. Věkový rozdíl mezi oběma skupinami nebyl markantní a vzhledem k tomu, že ženy žijí o 5-7 let v průměru déle (Payne et al., 2005, s. 275), ženy se mužům ve výkonu vyrovnaly.

Zjištěné malé rozdíly mezi muži a ženami v kvalitě života pacientů v naší studii korespondují s názorem, že v pokročilejším věku postupně mohou mizet rozdíly mezi pohlavími ve spokojenosti se zdravím (Payne et al., 2005, s. 423).

Diskuze k vědecké otázce č. 4

Mají lepší HRQOL mladší či starší pacienti?

Starších pacientů ve věku 65 let a více bylo 10, mladších pacientů do 65 let 7, z toho 2 ženy. V celkové kvalitě života se mladší pacienti zlepšili o 10, 37 %, starší o 8, 41%, rozdíl mezi skupinami nebyl statisticky signifikantní. Mladší probandi před rehabilitací měli vyšší celkovou disabilitu než skupina starších, tak jako v doménách kognice, mobility, vztahů s lidmi i sociální participace. Pouze v domácích aktivitách obě skupiny před rehabilitací byly na stejné úrovni, s dosti vysokou disabilitou. Pracovní aktivity nelze porovnávat, vykazovali je jen mladší respondenti, kromě jedné ženy, která je starší, ale ještě stále pracuje. Mladší pacienti se zlepšili ve všech doménách ve vyšší míře než starší, kromě domény vztahy s lidmi, tam se dokonce zhoršili, a v domácích aktivitách. Je možné, že mladším pacientům se po pobytu v nemocnici zdály vztahy s rodinou a přáteli narušené a pracovní vztahy ztracené. Výchozí skóre v COPM měly obě skupiny vyrovnané, ve výkonu i spokojenosti se více vylepšili starší.

Mnohdy starší pacienti jsou spokojenější a méně nároční než mladší, jejich požadavky s věkem klesají (Payne et al., 2005, s. 276).

Diskuze k vědecké otázce č. 5

Je lepší HRQOL u pacientů, kteří ještě pracují, nebo u pacientů důchodců?

Důchodců bylo 12 a 5 pracujících. U důchodců bylo zaznamenáno po rehabilitaci celkové snížení disability o 9,55%, u pracujících se snížila disability o 8,41%, rozdíl opět nebyl statisticky signifikantní. Pracující měli před rehabilitací horší HRQOL než důchodci ve všech doménách. Pracující se nepatrně vyšší měrou zlepšili v mobilitě, v domácích aktivitách a v sebeobsluze, po rehabilitaci se zhoršili v kognici a ve vztazích s lidmi. Důchodci se více než pracující zlepšili v kognici, ve vztazích s lidmi a v sociální participaci. V individualizovaných činnostech bylo zlepšení ve výkonu po rehabilitaci u obou skupin vyrovnané, vyšší spokojenost však prokazovali důchodci.

Výsledek u těchto skupin by měl odpovídat předchozímu, ale není tomu tak. Nepatrně větší zlepšení po rehabilitaci měli důchodci než pracující. Lepší skóre důchodců mohl ovlivnit fakt, že mezi nimi byli dva mladší pacienti, jeden invalidní důchodce a jeden muž, který sloužil kdysi u vojska a je v předčasném důchodu. Naopak mezi pracujícími byla žena v kategorii starších, která ještě pracuje na plný úvazek a po nemoci se chce do práce vrátit.

Diskuze k vědecké otázce č. 6

Je HRQOL ovlivněna životem s partnerem nebo bez partnera?

Pacienti žijící s partnerem v domácnosti jednoznačně převažovali, bylo jich 13, bez partnera 4. Zadaní se zlepšili po rehabilitaci o 9,51%, žijící bez partnera o 8,23%, rozdíl byl nepatrný, nebyl statisticky signifikantní. Zadaní měli před rehabilitací horší celkovou HRQOL než osamocení, měli větší potíže s pohyblivostí, sebeobsluhou a ve vztazích s lidmi. Osamocení měli před rehabilitací horší HRQOL v doméně kognice a v sociální participaci. Zadaní se po rehabilitaci více než pacienti bez partnera zlepšili v mobilitě, a především v sebeobsluze, v níž se osamocení vůbec nezlepšili. Pacienti bez partnera měli po rehabilitaci lepší výsledky než zadaní v doméně kognice, ve vztazích s lidmi a v domácích aktivitách, a minimálně lepší v sociální participaci, nikdo z nich již nepracuje. V individuálních vybraných problémech podle COPM se ve výkonu i ve spokojenosti zlepšili osamocení. Je nesnadné posoudit rozdíly mezi oběma skupinami, vzorek osamocených pacientů byl malý.

Jiné podobné studie rozdíl v HRQOL podle rodinného stavu často nedokládají. Studie v zemích východní Evropy nezjistily žádné významné souvislosti HRQOL s rodinným stavem

(Payne et al., 2005, s. 422). Někteří odborníci ale uvádějí, že HRQOL souvisí s rodinným zázemím (Heřmanová, 2012, s. 55; Slováček, 2004, s. 6), což ovšem přesně není rodinný stav.

Závěr k demografii

Jak výsledky ukazují, demografické aspekty neovlivnily míru změny HRQOL u našich pacientů po rehabilitaci. Působení demografických podmínek na HRQOL by se projevilo pravděpodobně až delší dobu po atace, ve výzkumu většího vzorku chronických pacientů.

5. 4 Diskuze k vědeckým otázkám č. 7, 8

Kanadský dotazník cílí na konkrétní potřeby pacienta

V rámci dotazníku COPM pacienti měli možnost si vybrat problémové aktivity, které byly pro ně důležité. Určovali si činnosti jako obléci se, najíst se příborem, oholit se, provést ranní hygienu, vstát z postele, zvládnout úchopy, psaní, čtení, cvičení paměti, vaření, koupání, nakupování, praní a žehlení, sprchování, pohyb na schodech, úklid doma, ale také udržet si práci a vykonávat svou profesi, zachovat si dobré vztahy s rodinou. Mnozí uváděli jako vybranou problémovou činnost práci na zahradě, stříhání plotu, kutilství na chalupě, opravu a řízení auta, práci v dílně, provádění menších oprav v domácnosti, jízdu na kole, jít na vycházku, na fotbal, zajít si do restaurace, navštívit kamarády, ale i ojedinělé činnosti jako zajistit čerpání vody ze studny nebo pletení.

Problémových činností bylo identifikováno více jak 40. Každý pacient si vybral 3-5 problémů (7 pacientů si vybralo 5 problémů, 8 pacientů 4 problémy a 1 pacient 3 problémy). Nejčastěji se opakovaly činnosti jako obléci se, jíst příborem, zvládnout osobní hygienu, pracovat na zahradě, řídit auto a chůze v terénu.

Jako nejdůležitější převažovaly činnosti v oblasti soběstačnosti, které představovaly asi 60% z celkově vybraných problémů, následovaly činnosti volnočasové - 22% z celkově vybraných problémů a jako nejméně důležité byly uvedeny činnosti v oblasti produktivity - 18%.

Procentuální údaje o zastoupení vybraných činností v doménách jsou přibližné, neboť některé aktivity by se daly zařadit do vícero domén. Např. řízení auta může být chápáno jako samostatnost v komunitě nebo funkční mobilita v doméně soběstačnosti, ale může být také kategorizováno jako aktivní odpočinek v doméně volný čas (Law et al., 2008, s. 57,60).

V oblasti soběstačnosti spatřovali pacienti nejvíce problémů v osobní péči a posléze ve funkční mobilitě, v oblasti volného času v aktivitách souvisejících s aktivním odpočinkem.

V oblasti produktivity pacienti upřednostňovali spíše činnosti k zajištění chodu domácnosti než činnosti související s profesí, což je dáno i tím, že většina respondentů byli již důchodci.

Ve srovnání s doménami v testu WHODAS 2.0 vybrané činnosti v COPM byly zaměřeny na mobilitu, sebeobsluhu a domácí aktivity.

Výkon zaměstnávání

Průměr celkového skóre výkonu byl u našich pacientů před rehabilitací 4,62 bodů, po rehabilitaci 6,47, rozdíl činil 1,85. Změna byla po rehabilitaci statisticky signifikantní. Před rehabilitační léčbou byl nejnižší výkon jednotlivce 1,50, po rehabilitaci 2,75, nejvyšší výkon před rehabilitací 8,00, po rehabilitaci 9,25, nejnižší rozdíl činil -1, nejvyšší rozdíl 5,60. Vyjma jednoho pacienta, který byl hodnocen shodou okolností jen po týdenní rehabilitaci, se všichni ostatní při vnímání svého výkonu zlepšili (viz Obrázek 19 v Příloze 4). 9 pacientů z 16 vnímalo zlepšení chůze, mnozí pociťovali zlepšení v doméně soběstačnosti, především v osobní péči – oblékání, hygiena, jíst příborem. 7 pacientů se zlepšilo o 2 a více bodů, což je klinicky signifikantní (Law et al., 2008, s. 47).

Spokojenost s výkonem

Průměr celkového skóre spokojenosti našich pacientů byl před rehabilitací 4,61 bodů, po rehabilitaci 6,55, rozdíl činil 1,94. Změna byla po rehabilitaci statisticky signifikantní. Před rehabilitací byla nejnižší spokojenost 2,00, po rehabilitaci 1,25, nejvyšší spokojenost před rehabilitací byla 8,50, po rehabilitaci 9,50, nejnižší rozdíl činil -0,75 a nejvyšší rozdíl 5,00. Kromě dvou pacientů se spokojenost u všech zlepšila. Pacienti zaznamenali zlepšení spokojenosti s chůzí a s oblékáním (viz Obrázek 20 v Příloze 4). 7 pacientů mělo zlepšení o 2 a více bodů.

Brazilská observační studie zkoumala prostřednictvím dotazníku COPM výsledky ergoterapie aplikované u pacientů po CMP. Byla provedena tři měření, vstupní, pak první kontrolní po třech měsících terapie a druhé kontrolní po šesti měsících terapie od vstupního měření (Meneses et al., 2014, s. 515). První částí výzkumu se zúčastnilo 17 pacientů, stejný počet jako v naší studii, ve věku 36-74 let, 8 žen a 9 mužů, 6 až 31 měsíců po CMP (chroničtí pacienti). Terapie probíhala jednou až dvakrát týdně 45 minut po dobu 3 měsíců (Meneses et al., 2014, s. 517). V oblasti výkonu průměr vstupního měření byl 2,8 bodu a při prvním kontrolním měření 5,1. Všichni pacienti vylepšili své skóre. V oblasti spokojenosti průměr

vstupního měření byl 2,3 a prvního kontrolního měření 4,8. Kromě jednoho pacienta se všichni zlepšili. V obou oblastech, výkon i spokojenost, došlo ke statisticky i klinicky signifikantnímu zlepšení (Meneses et al., 2014, s. 517, 518)

Druhého kontrolního měření se v této studii zúčastnilo pouze 13 pacientů, kteří absolvovali terapii 6 měsíců, tito všichni se zlepšili ve srovnání se vstupním měřením ve výkonu i ve spokojenosti (Meneses et al., 2014, s. 518). Ve srovnání s naší studií lepší výsledek v brazilské studii je pochopitelný, pacienti byli mladší a především kontrolní měření podstoupili po tříměsíční terapii, zatímco naši pacienti jen po dvoutýdenní.

Jiná brazilská studie zkoumala účinek využití virtuální reality v rehabilitaci pacientů po CMP. Výsledky byly ještě lepší než v předchozím výzkumu. Bylo vybráno 10 pacientů v subakutním a chronickém stádiu onemocnění (Aramaki et al., 2019, s. 622), kteří podstoupili 12 týdenní terapii a to 3x týdně 40 min, celkem 36 sezení (Aramaki et al., 2019, s. 622). Pacienti byli ambulantní rehabilitačního centra univerzitní nemocnice (Aramaki et al., 2019, s. 623), 2 měsíce až 2 roky po CMP. Pacienti byli ve věku 21-59 let, 4 ženy 6 mužů, polovina v manželství, nikdo nepracoval, 9 z nich iCMP a 8 ve chronické fázi (Aramaki et al., 2019, s. 624). Výzkum proběhl ve 3 fázích. První fáze byla předintervenční evaluace stavu pacientů pomocí testu COPM a testem Participation Scale (zkoumala společenskou účast pacientů) (Aramaki et al., 2019, s. 623), druhá fáze byla vlastní intervence – pacienti měli možnost z 9 virtuálních programů si při každém sezení vybrat dva až tři, každý program trval 10 minut a poté byla mezi programy přestávka po dobu 2 minut z důvodu prevence únavy (Aramaki et al., 2019, s. 624). Pacienti se nacházeli v ortostatické pozici, 4m od obrazovky v místnosti s přirozeným světlem. Programy byly zaměřeny na trénink motorických dovedností horních a dolních končetin, na trénink motorické koordinace a kognitivních dovedností. Virtuálními činnostmi byly atletika, box, bowling, stolní tenis, tenis, golf aj. (Aramaki et al., 2019, s. 625). Třetí fází výzkumu bylo provedení kontrolních testů COPM a Participation Scale a rozhovor trvající 15 minut, kdy pacient zhodnotil své pocity. Aktivitu, které si pacienti vybrali v rámci COPM, byly mnohdy shodné s vybranými činnostmi našich pacientů, převléci se, vykoupat se, jíst samostatně, připravit jídlo, povídat si, navštívit přátele, procházet se, psát, číst, nakoupit si, uklidit, oholit se. Navíc si pacienti vybrali i činnosti jako cestovat, hrát fotbal, použít PC, mýt sklenice, výběr těchto činností odlišných od naší studie odpovídal mladšímu vzorku probandů (Aramaki et al., 2019, s. 626). Z hlediska domén i v brazilské studii byla nejčastěji zvolena doména soběstačnosti (48%), nejvíce osobní péče, doména produktivity pokryla 26% činností, nejvíce organizace domácnosti, doména volný čas pokryla také 26% činností, nejvíce pacienti upřednostňovali aktivní odpočinek (fotbal) před

pasivním a ve společenském životě dávali víc přednost povídání s přáteli než uskutečňování návštěv (Aramaki et al., 2019, s. 624, 627). Výsledky v testu COPM byly signifikantní (Aramaki et al., 2019, s. 624). Ve výkonu zaměstnávání byla změna po téměř tříměsíční rehabilitaci vedené s neobvyklými prostředky 4,28 bodů, ve spokojenosti s výkonem 4,58 bodů (Aramaki et al., 2019, s. 626).

5. 5 Diskuze k vědecké otázce č. 9

Korelace výkonu a spokojenosti

V obou kategoriích se pacienti zlepšili, mezi změnou výkonu a změnou spokojenosti po rehabilitaci byla z velké části přímá úměrnost. Pouze ojediněle nastaly případy, že pacient zlepšil výkon, např. oblékání nebo chůzi, ale spokojenost s výkonem se zhoršila. Mohlo to být způsobeno rozpoložením, vyčerpáním, únavou pacienta, který i přes zlepšenou představu o svém výkonu s ním nebyl spokojen, myslel si, že se mohl zlepšit ještě více. Naopak jedna pacientka po rehabilitaci vnímala zhoršení ve výkonu jíst příborem, ale spokojenost s tímto výkonem označila jako lepší. Mohla mít optimističtější náhled, slevila na nárocích.

Rozdíl mezi vstupním a výstupním hodnocením výkonu a spokojenosti byl statisticky signifikantní, ve spokojenosti nepatrně lepší. Statistická významnost vypovídá o tom, že je nepravděpodobné, aby průměrná změna nastala zcela náhodně. Statistickou významnost ale nemůžeme zaměňovat s klinickou významností, která vypovídá o tom, že průměrná změna má významné důsledky pro funkci. Výzkumy ukázaly, že změna o 2 a více bodů je klinicky významná (Law et al., 2008, s. 47). Naše výsledky 1,85 a 1,94 se ke klinické významnosti přibližují. Statistická i klinická významnost jsou důležité indikátory úspěšnosti léčebného rehabilitačního programu.

S kritériem důležitosti aktivit pro pacienta pracovala korejská studie, která zkoumala vztah mezi výkonem zaměstnávání a pohodou u pacientů s CMP. Studie se zúčastnilo 92 pacientů v chronickém stádiu nemoci, převážně 12 měsíců po CMP. Pacienti podstoupili ergoterapii v institucích jako všeobecné nemocnice, rehabilitační centra, centra sociální péče ve dvou městech v Korei. Výkon zaměstnávání byl zjišťován testem Occupational Self - Assessment version 2.2 (OSA), pohoda se hodnotila testem Personal Well being-Index Adult (PWI-A) (Chae, Chang, 2016, s. 1712, 1713). Test OSA měl dvě části, Myself – Já sám, a My Environment- Mé okolí. V části Myself respondenti hodnotili ve 21 činnostech své výkony a jejich důležitost na čtyřbodové škále a vybírali, kterou aktivitu by chtěli podle důležitosti nejvíc změnit. Nejlepší výkony měli v aktivitě vztahy s ostatními a zvládat své základní

potřeby, největší důležitost přičítali činnosti postarat se sám o sebe, což chtěli také ještě nejvíce zlepšit, za nejméně důležité považovali zapojit se jako pracující (Chae, Chang, 2016, s. 1713), stejně jako naši pacienti v COPM. V části My Environment pacienti ocenili pomoc od lidí, kteří s nimi potřebné činnosti vykonávají a povzbuzují je. Hodnotitelé výsledků pak upozorňovali, že respektování požadované pomoci pacientům od jiných lidí by v dalším plánu ergoterapie nevedlo ke snižování závislosti pacientů na okolí (Chae, Chang, 2016, s. 1714).

V testu PWI-A, který měl 8 položek, respondenti hodnotili u každé položky pocit pohody na škále 0-10 bodů, kdy nízké skóre znamenalo nespokojenost, 10 bodů velmi spokojen. Nejvyšší spokojenost zaznamenaly vztahy s lidmi, náboženství a spiritualita a životní standard. Nejméně spokojeni byli pacienti s osobním zdravím (Chae, Chang, 2016, s. 1714).

Mezi výkonem zaměstnávání a osobní pohodou pacientů se potvrdila mírná korelace.

Korejskou studii s využitím jiných testů jsme použili pro porovnání s naší studií, protože bylo nesnadné najít takovou studii, která by zkoumala korelaci výkonu a spokojenosti v rámci COPM.

5. 6 Diskuze k vědecké otázce č. 10

Korelace WHODAS 2.0 a COPM

Test WHODAS 2.0 je všeobecný test, který měří disabilitu pacienta, udává ji v procentech, čím vyšší skóre, tím nižší HRQOL. COPM je individualizovaný test, boduje výkon a spokojenost pacienta, čím vyšší skóre, tím lepší HRQOL. Žádné potíže ve WHODAS 2.0 by označovalo skóre 0%, v COPM 10 bodů, maximální potíže ve WHODAS 2.0 odpovídá skóre 100%, v COPM 0 bodů. Ve WHODAS 2.0 jsou sledované aktivity dány, v COPM si je pacient sám vybírá. Posuzovali jsme korelaci HRQOL po rehabilitaci podle rozdílu celkového skóre disability ve WHODAS 2.0 a celkového rozdílu výkonu v COPM. Podle obou dotazníků naši pacienti vcelku zlepšili vnímání své HRQOL. Ve WHODAS 2.0 o 9,22% v průměru, ve výkonu podle COPM o 1,85 bodu. Co do jednotlivců se disability po rehabilitaci zvýšila u 3 pacientů, výkon se zhoršil u 1 pacienta. Ti, co zhoršili disability, nezhoršili však výkon a naopak. Změny v disability a ve výkonu u jednotlivců nebyly v závislosti, byly nahodilé. Korelace mezi oběma testy nebyla statisticky prokázána.

Signifikantní korelace COPM s jinými testy nebyla prokázána ani v čínské studii (Yang et al., 2017, s. 553), ani v holandské studii (Cup et al., 2003, s. 402).

Holandské studie se zúčastnilo 26 pacientů s CMP, často 6 měsíců po atace (Cup et al., 2003, s. 402, 405). Měření proběhla dvakrát, vstupní a po osmi dnech výstupní (Cup et al., 2003, s. 402). Celkový výkon při prvním měření byl 3,3 bodů, při druhém měření 3,5 bodů, celková spokojenost při prvním měření byla 3,3 bodu, při druhém měření 3,5 (Cup et al., 2003, s. 405). Jak vidíme, změny byly minimální, pacienti neměli žádnou terapii, studie sledovala reliabilitu a validitu testu COPM, reliabilita pro výkon a spokojenost byla potvrzena (Cup et al., 2003, s. 402).

V prvním měření pacienti vybrali 115 problémů, z nichž bylo 45% z oblasti soběstačnost, 17% produktivita, 38% volný čas (Cup et al., 2003, s. 405). Rozložení výběru aktivit podle domén COPM odpovídá naší studii. Ve druhém měření měli pacienti možnost identifikovat problémy znovu, 64 (56%) činností bylo shodných s prvním výběrem.

Posuzovala se korelace COPM s pěti standardními testy - MBI (Modifikovaný Barthel Index), FAI (Frenchay Activity Index – měří disabilitu v instrumentálních činnostech a některé aspekty handicapu), SA SIP -30 (Stroke Adapted Sickness Impact Profile-30), EQ 5D (Euroqol 5D), Rankin Scale (měří především fyzickou disabilitu) (Cup et al., 2003, s. 404).

Bylo zjišťováno, v jaké míře byly vybrané problémy v COPM zastoupeny v ostatních 5 testech, a to přímo v jejich specifických položkách nebo obecněji v jejich doménách. Např. stříhání nehtů v COPM bylo shledáno v ostatních testech jako ekvivalent pro péči o vzhled, podobně hrát fotbal se posuzovalo jako aktivně se věnovat koníčkům (Cup et al., 2003, s. 405).

Provedla se korelace mezi skóre výkonu v COPM a skóre výkonu v každém srovnávacím testu. Z 64 aktivit COPM, stejných pro obě měření, bylo 17-25% zastoupeno ve specifických položkách ostatních testů, 4-77% v doménách ostatních testů, a 30-94% problémů z COPM bylo zastoupeno celkem v doménách i specifických položkách ostatních testů. Nejvíce aktivit z COPM bylo zastoupeno v EQ -5D(94%), nejméně v MBI (30%) (Cup et al., 2003, s. 405). Žádný test neměl signifikantní korelaci ve výkonu se skóre výkonu v COPM (Cup et al., 2003, s. 407), byla tím potvrzena diskriminační validita COPM. Ostatní testy mezi sebou signifikantní korelaci měly (Cup et al., 2003, s. 402, 407).

Pokud bychom vycházeli z tohoto příkladu, zkoumali jsme, jak souvisí položky a domény WHODAS 2.0 s výběrem aktivit v COPM.

V naší studii bylo přímo v položkách dotazníku WHODAS 2.0 zastoupeno 9 ze 43 aktivit, které pacienti udávali v COPM, tj. necelých 20%, např. obléci se, umýt se, najíst se, udržet si přátelské vztahy, udržet hovor, jít ven aj. Avšak mnohé aktivity uváděné pacienty v COPM bychom našli v doménách WHODAS 2.0 pod obecnější formulací. Např. v doméně

domácí aktivity do položky vykonat povinnosti v domácnosti bychom mohli z COPM zařadit uklidit si, umýt nádobí, uvařit si, vyprat, vyžehlit, nebo v doméně sociální participace do položky potíže ve volném čase bychom mohli zahrnout aktivity z COPM jako návštěva restaurace, jít na fotbal nebo jízdu na kole. V našem experimentu sepětí aktivit v obou testech je srovnatelné s principem holandské studie, kde se hledaly společné aktivity v šesti testech v různých kombinacích. Test WHODAS 2.0 formuluje aktivity v širším významu, COPM je zaměřen na konkrétní individuální potřeby pacienta (Cup et al., 2003, s. 407), což může být příčinou odlišného vnímání změny daných aktivit po rehabilitaci. WHODAS 2.0 se táže pacienta, jak velké potíže máte s činnostmi, COPM se dotazuje, jak dobře jste schopen činnost vykonávat, rozdíl mezi oběma testy je i v rozsahu, WHODAS 2.0 má 36 položek, COPM maximálně 5. WHODAS 2.0 je komplexní dotazník, COPM pracuje s důležitostí a výběrem aktivity. I přes odlišnou koncepci, oba testy se doplňují pro zjištění kvality života pacienta a jsou nápomocné ke stanovení cílů a plánu terapie.

5.7 Limitace studie a možnosti dalšího výzkumu

Jako určité omezení využitelnosti výsledků pro hodnocení kvality života v této studii byl malý vzorek zkoumaných pacientů, kteří byli krátkou dobu po atace CMP a podstoupili relativně krátkou dobu rehabilitační terapie. Časový interval mezi vstupním a kontrolním měřením tvořily převážně jen dva týdny. Pro ucelenější a důkladnější výzkum HRQOL by bylo vhodné hodnotit pacienty v chronickém stádiu nemoci, v období, kdy již by si pacienti mohli dostatečně vyzkoušet všechny aktivity v domácím prostředí, případně i v práci, a absolvovali by delší období rehabilitace. I tak studie přináší důležité výsledky a může tvořit základ pro další výzkum. Zajímavé by bylo zkoumat, např. jak objektivní zdravotní stav pacientů souvisí s jejich subjektivně vnímanou QOL, nebo v návaznosti na naši studii provést korelaci změny výkonu zaměstnávání v COPM po rehabilitaci a změny disability v doméně mobility a sebeobsluhy, v nichž bylo procentuálně nejvyšší zastoupení vybraných problémů z COPM.

5.8 Přínos studie pro praxi

Studie odhalila subjektivní pocity pacientů spojené s HRQOL, které mohou ovlivnit sestavení plánu dalších intervencí a léčby a stanovení cílů terapie dle individuálních potřeb pacienta. Je možné vybrané problémové činnosti s pacienty nacvičovat cíleně v rámci fyzioterapie a ergoterapie, a tak je motivovat ke zlepšení jejich celkového stavu. Studie dává směr k další komunikaci a spolupráci s pacientem a k pochopení jeho nelehké situace.

Závěr

Diplomová práce zkoumá subjektivní hodnocení kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě. Sleduje dopad onemocnění na kvalitu života pacienta a na její změnu po 14 denní rehabilitační léčbě. Vzorek probandů tvořilo 17 pacientů po CMP hospitalizovaných na Rehabilitačním lůžkovém oddělení ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Pacientům byly předloženy dotazníky WHODAS 2.0 a COPM. Dotazník WHODAS 2.0 zjišťoval u pacientů disabilitu a omezení jejich participace. Na počátku rehabilitačního programu pacienti měli mírné až střední potíže, horší kvalitu života vnímali v pohyblivosti, sebeobsluze a životních aktivitách. Po léčbě se celkové vnímání kvality života výrazně v těchto doménách zlepšilo.

Minimální potíže vnímali pacienti ve vztazích s lidmi, ojediněle s kognicí. Účast ve společnosti jim činila mírné potíže, po terapii se některým pacientům zhoršilo vnímání kvality života ve využití volného času a dostavily se i emocionální potíže, kdy si pacienti uvědomili následky svého zdravotního stavu. Pacienti mohli vnímat obavy z návratu do běžného života.

V dotazníku COPM měli pacienti možnost vybrat si podle důležitosti problémové činnosti, které by chtěli do budoucna zlepšit. Zaměřovali se především na aktivity osobní péče a funkční mobility a na aktivní odpočinek ve volném čase. Po komplexní rehabilitaci zlepšili celkové vnímání svého výkonu zaměstnávání a spokojenosti s výkonem.

V experimentu nebyla zjištěna signifikantní závislost mezi změnou celkové kvality života pacientů a změnou jejich výkonu konkrétního zaměstnávání po rehabilitaci, což potvrzuje odlišný koncept zadaných dotazníků. Oba dotazníky však mají schopnost zaznamenat změnu kvality života pacienta především v oblasti jeho pohybových funkcí i v průběhu dvoutýdenní hospitalizace.

Ve studii se ukázalo, že demografické faktory jako příslušnost k pohlaví, věk, zaměstnání a život s partnerem, neměly na změnu kvality života pacientů v krátké době sledování vliv.

Významné zlepšení kvality života v oblasti mobility, sebeobsluhy, životních aktivit, výkonu a spokojenosti dokládá příznivý efekt fyzioterapie a ergoterapie aplikované ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Referenční seznam

AMBLER, Z. 2011. *Základy neurologie. Učebnice pro lékařské fakulty*. Sedmé vydání, Praha: Galén, 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.

ARAMAKI, A. et al. 2019. Use of client-centered virtual reality in rehabilitation after stroke: a feasibility study. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [online]. **77**(9), s. 622-631 [cit. 16. 3. 2020]. ISSN 1678-4227 Dostupné z: doi: 10.1590/0004-282x20190103.

AROWOIYA, A. et al. 2017. Using the World Health Organization's Disability Assessment Schedule (2) to assess disability in community-dwelling stroke patients. *South African Journal of Physiotherapy* [online]. 73(1), s. 1-7 [cit. 19. 2. 2020]. ISSN 2410-8219. Dostupné z: doi 10.4102/sajp.v73i1.343.

BENCKO, V., HNILICOVÁ, H. 2005. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 85, č. 11, s. 656- 660. ISSN 0032-6739.

BUCK, D. et al. 2000. Evaluation of Measures Used to Assess Quality of Life After Stroke, *Stroke*, 31(8), s. 2004–2010, [cit. 22. 8. 2019] ISSN 00392499. Dostupné z: doi: 10.1161/01.str.31.8.2004.

COLEMAN, E. R. et al. 2017. Early Rehabilitation After Stroke: a Narrative Review. *Current Atherosclerosis Reports* [online]. 19(12) s. 1-20 [cit. 21. 4. 2020]. ISSN 1523-3804. Dostupné z: doi: 10.1007/s11883-017-0686-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5802378/pdf/nihms938255.pdf>.

COPM, [cit. 1. 8. 2019]:

Learn to Use the COPM. Dostupné z: <http://www.thecopm.ca/learn/>

About the COPM. Dostupné z: <http://www.thecopm.ca/about/>

Psychometric Properties of the COPM. Dostupné z: <http://www.thecopm.ca/casestudy/psychometric-properties-of-the-copm/>

CUP, E. H. C. et al. 2003. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation* [online]. 17(4), s. 402-409 [cit. 20. 09. 2019]. ISSN 0269-2155. Dostupné z: doi: 10.1191/0269215503cr635oa.

DE GROOT, M. H. et al. 2003. Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: Implications for stroke rehabilitation. *Archives of Physical medicine and Rehabilitation*. 84 (11), s. 1714-1720, [cit. 1. 12. 2019], ISSN 1532-821X. Dostupné z: doi: 10.1053/S0003-9993(03)00346-0.

DE PEDRO-CUESTA, J. et al. 2011. ICF disability measured by WHO-DAS II in three community diagnostic groups in Madrid, Spain. *Gaceta Sanitaria* [online]. 25, s. 21-28 [cit. 19. 2. 2020]. ISSN 0213-9111. Dostupné z: doi: 10.1016/j.gaceta.2011.08.005.

DOYLE, P. J. et al. 2004. The Burden of Stroke Scale (BOSS) provides valid and reliable score estimates of functioning and well-being in stroke survivors with and without communication disorders. *Journal of Clinical Epidemiology* [online]. 57(10), s. 997-1007 [cit. 20. 02. 2019]. ISSN 0895-4356. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jclinepi.2003.11.016.

DŽUKA, Jozef. 2012. Subjektívne hodnotenie kvality života: definícia, meranie a východiská ďalšieho výskumu. *Československá psychologie*. 56(2), s. 148-156. [cit. 16. 9. 2019] ISSN: 1804-6436. Dostupné z: https://kramerius.lib.cas.cz/search/nimg/IMG_FULL/uuid:5b5eda7e-5ed5-499e-a8bc-43dc69a7eb46#page=1.

FEDERICI, S. et al. 2017. World Health Organisation disability assessment schedule 2.0: An international systematic review, *Disability and Rehabilitation*, 39(23), s. 2347-2354, [cit. 16. 8. 2019] ISSN 0963-8288. Dostupné z: doi: 10.1080/09638288.2016.1223177.

GRABER, M. et al. 2019. Association Between Fatigue and Cognitive Impairment at 6 Months in Patients With Ischemic Stroke Treated With Acute Revascularization Therapy. *Frontiers in Neurology* [online]. 10 [cit. 5. 12. 2019]. ISSN 1664-2295 Dostupné z: doi: 10.3389/fneur.2019.00931.

GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 223 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.

HEŘMANOVÁ, E. 2012 *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 239 s. Studijní texty, sv. 54. ISBN 978-80-7419-106-0.

HUGUES, A., et al. 2019. Limited evidence of physical therapy on balance after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Public library of science ONE* [online]. 14(8) [cit. 5. 12. 2019]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi: 10.1371/journal.pone.0221700.

HU, H. et al. 2017. The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 can predict the institutionalization of patients with stroke. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* [online]. 53(6), s. 856-862 [cit. 19.2.2020]. ISSN 1973-9095. Dostupné z: doi: 10.23736/S1973-9087.17.04615-9.

CHAE, G. S., CHANG M. 2016. The correlation between occupational performance and well-being in stroke patients. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(6), s. 1712 – 1715. [cit. 22. 8. 2019] ISSN 09155287. Dostupné z: doi: 10.1589/jpts.28.1712.

CHOWAN, N., SINGH, P. 2019. The comparison Of The Effect Of Task- Oriented Training And Progressive Resistance Training in Stroke Subjects on Upper limb function and Quality of life in Stroke Subjects- A Randomized Clinical Trial, *National Journal of Integrated Research in Medicine*, 10(5), s. 19- 27 [cit. 7. 1. 2020] ISSN 0975-9840 Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=42a3dc44-77f5-4161-85b1-f461330b3009%40sessionmgr4008>.

KAČMÁROVÁ, M., BABINČÁK P. a MIKULÁŠKOVÁ G. 2013. *Teórie a nástroje merania subjektívne hodnotenej kvality života*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 253 s., Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Prešovensis. ISBN 978-80-555-0972-3.

KOLÁŘ, P. et al. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání (dotisk). Praha: Galén, 2012. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRANČIUKAITĖ, D., RASTENYTĖ, D. 2006. Measurement of quality of life in stroke patients. *Medicina (Kaunas)*, 42(9), s. 709 – 716 [cit. 14. 2. 2019]. ISSN 1648-9144. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17028468>.

LAW, M. et al. 2008. *Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání*, Praha, Česká asociace ergoterapeutů, 66 s. ISBN 978-80-254-2744-6.

LAW, M. et al. 1990. The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), s. 82 - 87 [cit. 16. 04. 2019] ISSN 0008-4174. Dostupné z: doi: 10.1177/000841749005700207.

LEHNERER, S. et al. 2019. Social work support and unmet social needs in life after stroke: a cross-sectional exploratory study. *BMC Neurology* [online]. 19(1) s. 1-10 [cit. 5. 12. 2019]. ISSN: 1471-2377. Dostupné z: doi: 10.1186/s12883-019-1451-y.; <https://bmneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-019-1451-y>.

LIPPERTOVÁ- GRŮNEROVÁ, M. 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. První vydání. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-225-1.

LUDÍKOVÁ, L. 2013. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 240 s. Monografie. ISBN 978-80-244-3827-6.

LYNCH, E. B. et al. 2008. A qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships. *Journal of Rehabilitation Medicine* [online]. 40(7), s. 518-523 [cit. 5. 12. 2019]. ISSN 1650-1977. Dostupné z: doi: 10.2340/16501977-0203.

MÄURER, H. - Ch., MÄURER, R. 1995. *Náhlá mozková příhoda*. Praha: Victoria Publishing, 142 s., ISBN 80-85605-65-1.

MENESES, K. V. et al. 2014. Occupational performance and satisfaction of individuals after cerebral vascular accident. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, Universidade Federal de São Carlos. 22(3), s. 515-520. Portuguese. [cit. 18. 3. 2020] ISSN: 0104-4931. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.4322/cto.2014.072>.

MÜHLPACHR, P. 2005. Měření kvality života jako metodologická kategorie. *Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Prešovensis, Humanistický sborník 10*. Prešov: Prešovská univerzita. s. 59- 70, [cit. 14. 10. 2019] ISBN 80-8068-425-1 . Dostupné z: http://www.jozefmiko.sk/03_aktivity_disponujuce_k_slobode/04_vedecke_konferencie/medzi_nar_konfer_atp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf#page=59.

NEBUDOVÁ, J. 1998. *Cévní mozkové příhody: [minimum pro praxi]*. V Praze: Triton, 86 s. Levou zadní, sv. 10. ISBN 80-85875-54-3.

NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA E., TICHÝ J. et al. 2002. *Neurologie*. Praha: Galén, 368 s., ISBN 80-7262-160-2.

OOSTERVEER D. M. et al. 2017. Depression is an independent determinant of life satisfaction early after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 49, s. 223 – 227, [cit. 2. 2. 2019] ISSN 1650-1977. Dostupné z: doi: 10.2340/16501977-2199.

ORSZÁGH, J. a KÁŠ S. 1995. *Cévní příhody mozkové*. 3. přeprac. vyd., 1. vyd. v Bráně. Praha: Brána, 142 s. ISBN 80-901783-8-3.

PARK, J. H., OVBIAGELE, B., FENG, W. 2015. Stroke and sexual dysfunction — A narrative review. *Journal of the Neurological Sciences* [online]. 350(1-2), s. 7-13 [cit. 5. 12. 2019]. ISSN 0022-510X. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jns.2015.02.001.

PARK, S. H. et al. 2017. The Characteristics of Cognitive Impairment and Their Effects on Functional Outcome After Inpatient Rehabilitation in Subacute Stroke Patients. *Annals of Rehabilitation Medicine* [online]. 41(5), s. 734-742 [cit. 5. 12. 2019]. ISSN 2234-0645. Dostupné z: doi: 10.5535/arm.2017.41.5.734.

PAVLŮ, D. 2003. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody I.*, Koncepty a metody spočívající převážně na neurologické bázi. 2. opravené vydání, Brno: CERM, 239 s., ISBN 80-7204-312-9.

PAYNE, J. et al. 2005. *Kvalita života a zdraví*, Praha, Triton, 629 s., ISBN 80-7254-657-0.

PFEIFFER, J. 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, s. 151 ISBN 978-80-247-1135-5

POLÍVKA, J. a ŠEVČÍK P. 1998. *Mozkové cévní příhody: stručný přehled o ischemických iktech*. Praha: Apotex ČR, 64 s.

POMEROY, V. et al. 2011. Neurological Principles and Rehabilitation of Action Disorders. *Neurorehabilitation and Neural Repair* [online]. 25(5_suppl), s. 33-43 [cit. 5. 12. 2019]. ISSN 1545-9683. Dostupné z: doi: 10.1177/1545968311410942.

Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky. 2004. Praha: Grada, ISBN 80-247-0592-3.

ROWE F. J. 2017. Stroke survivors' views and experiences on impact of visual impairment. *Brain and Behavior*. 7(9), s. 1-9, [cit. 1. 12. 2019], ISSN 2162-3279, Dostupné z: doi: 10.1002/brb3.778.; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5607544/pdf/BRB3-7-e00778.pdf>.

ŘASOVÁ, K. et al. 2017. *Možnosti fyzioterapie v léčbě roztroušené sklerózy*. Praha: Garmedis, ISBN 978-80-906747-0-7.

SEITZ, R. J., DONNAN, G. A. 2015. Recovery potential after acute stroke. *Frontiers in Neurology* [online]. 6, s. 1-13 [cit. 21. 4. 2020]. ISSN 1664-2295. Dostupné z: doi: 10.3389/fneur.2015.00238; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4641432/pdf/fneur-06-00238.pdf>.

SLOVÁČEK, L. 2004. Kvalita života nemocných-jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*, Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie JEP, 1, s. 6-9. ISSN 0372-7025.

SUL, B. et al. 2019. Association of Lesion Location With Long-Term Recovery in Post-stroke Aphasia and Language Deficits. *Frontiers in Neurology* [online]. 10, s. 1-7 [cit. 5. 12. 2019]. ISSN 1664-2295. Dostupné z: doi: 10.3389/fneur.2019.00776.; <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fneur.2019.00776/full>.

ŠVESTKOVÁ, O. 2008. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO jako nástroj moderní rehabilitace. *Praktický lékař*, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 88, č. 3, s. 161-165. ISSN 0032-6739.

ÜSTÜN, T. B., KOSTANJSEK, N., CHATTERJI, S., REHM, J. 2010a. *Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*, World Health Organization. ISBN 978 92 4 154759 8 (NLM classification: W 15) [cit. 30. 3. 2019] Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9789241547598_eng.pdf;jsessionid=2A51125A096796CBD9D4562D6C934BE6?sequence=1.

ÜSTÜN, T. B., CHATTERJI, S., KOSTANJSEK, N., et al. 2010b. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. 88(11), s. 815-823 [cit. 2020-02-19]. ISSN 0042-9686. Dostupné z: doi: 10.2471/BLT.09.067231; <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/09-067231.pdf>.

VAŇÁSKOVÁ, E., BEDNÁŘ, M. 2013. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. *Neurologie pro praxi*, 14(3), s. 133-135 [cit. 16. 9. 2019]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/05.pdf>.

VOTAVA, J. 2001. Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě. *Neurologie pro praxi*. 4, s. 184 - 189 [cit. 16. 9. 2019] ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://adoc.tips/rehabilitace-osob-po-cevni-mozkove-pihod.html>

WHODAS 2,0 WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) [cit. 10. 1. 2019] Dostupné z:

<https://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

https://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/

<https://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/WHODAS>

Český překlad skórování dotazníku WHODAS 2.0:

<https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--who-disability-assessment-schedule#publikace>

Český překlad k dotazníku WHODAS 2.0, 36 otázek, verze pro odborného testujícího (PDF)

Dostupné z:

https://www.uzis.cz/system/files/u44/WHODAS-2.0-36_interview_CZ_20180829.pdf

Český překlad k dotazníku WHODAS 2.0, 36 otázek, verze pro samostatné vyplnění (PDF)

Dostupné z:

https://www.uzis.cz/system/files/u44/WHODAS-2.0-36_self-administered_20180829.pdf

Manuál k českému překladu WHODAS 2.0 (PDF) Dostupné z:

<https://www.uzis.cz/system/files/u44/WHODAS-Manual-k-ceskemu-prekladu-WHODAS-2-0.pdf>.

YANG, S.Y. et al. 2017. The Canadian occupational performance measure for patients with stroke: a systematic review. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(3), s. 548-555 [cit. 5. 2. 2019], ISSN 0915-5287 Dostupné z: doi: 10.1589/jpts.29.548.

YEN, C. F. et al. 2014. Validity and reliability of the Functioning Disability Evaluation Scale-Adult Version based on the WHODAS 2.0-36 items. *Journal of the Formosan Medical Association* [online]. 113(11), s. 839-849 [cit. 16. 9.2019]. ISSN 0929-6646. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jfma.2014.08.008

ZAHURANEC D. B. et al. 2017. Activity limitations and subjective well - being after stroke. *Neurology*, 89(9), s. 944 – 950 [cit. 2. 2. 2019]. ISSN 0028-3878 Dostupné z: doi: 10.1212/WNL.0000000000004286

Seznam zkratek

ACM	- arteria cerebri media
BOSS	- The Burden of Stroke Scale (specifický dotazník pro pacienty s CMP)
CMP	- cévní mozková příhoda
COPM	- Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (Canadian Occupational Performance Measure)
FNOL	- Fakultní nemocnice Olomouc
HRQOL	- kvalita života spojená se zdravím (Health Related Quality of Life)
CHOPN	- chronická obstrukční plicní nemoc
ICF	- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health)
MBI	- Modifikovaný Barthel index
QOL	- kvalita života (Quality of Life)
VB povodí	- vertebrobazilární povodí
WHO	- Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
WHODAS 2.0	- Dotazník Světové zdravotnické organizace k hodnocení disability (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0)

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Krabicový graf celkového skóre HRQOL před a po rehabilitaci.....	54
Obrázek 2 - Krabicový graf HRQOL v doméně kognice před a po rehabilitaci.....	55
Obrázek 3 - Krabicový graf HRQOL v doméně mobility před a po rehabilitaci.....	56
Obrázek 4 - Krabicový graf HRQOL v doméně sebeobsluhy před a po rehabilitaci.....	57
Obrázek 5 - Krabicový graf HRQOL v doméně vztahy s lidmi před a po rehabilitaci... ..	58
Obrázek 6 - Krabicový graf HRQOL v doméně domácí aktivity před a po rehabilitaci	59
Obrázek 7 - Krabicový graf HRQOL v doméně pracovní aktivity před a po rehabilitaci.....	60
Obrázek 8 - Krabicový graf HRQOL v doméně sociální participace před a po rehabilitaci...61	
Obrázek 9 - Krabicový graf rozdílu vstupního a výstupního hodnocení HRQOL u mužů a u žen	62
Obrázek 10 - Krabicový graf rozdílu vstupního a výstupního hodnocení HRQOL u pacientů ve věku 65 let a výše (1) a u pacientů do 65 let (2)	63
Obrázek 11 - Krabicový graf rozdílu vstupního a výstupního hodnocení HRQOL u pacientů důchodců (1) a pracujících pacientů (2).....	64
Obrázek 12 - Krabicový graf rozdíl vstupního a výstupního hodnocení HRQOL u pacientů žijících s partnerem (1) a bez partnera (2).....	65
Obrázek 13 - Krabicový graf výkonu zaměstnávání pacientů před rehabilitací a po rehabilitaci.....	66
Obrázek 14 - Krabicový graf spokojenosti s výkonem pacientů před rehabilitací a po rehabilitaci	67
Obrázek 15 – Bodový graf korelace změny výkonu zaměstnávání pacientů a změny spokojenosti s výkonem po rehabilitaci	68
Obrázek 16 – Bodový graf korelace změny celkového skóre HRQOL a změny výkonu zaměstnávání pacientů po rehabilitaci.....	69

Obrázek 17 - Graf znázorňuje přehled průměrných skóre jednotlivých domén a celkové kvality života podle dotazníku WHODAS 2.0 před a po rehabilitaci.....	108
Obrázek 18 - Graf znázorňuje průměrné skóre výkonu a spokojenosti podle dotazníku COPM před a po rehabilitaci.....	108
Obrázek 19 - Graf komparace celkového skóre výkonu u jednotlivých pacientů podle COPM před a po rehabilitaci.....	109
Obrázek 20 - Graf komparace celkového skóre spokojenosti u jednotlivých pacientů podle COPM před a po rehabilitaci.....	109
Obrázek 21 - Graf komparace rozdílu skóre výkonu a rozdílu skóre spokojenosti mezi vstupním a kontrolním hodnocením podle COPM.....	110

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Souhrnná demografická charakteristika souboru (n= 17)	50
Tabulka 2 - Věk pacientů.....	50
Tabulka 3 - Skóre kvality života na počátku rehabilitace a po jejím skončení podle dotazníku WHODAS 2.0.....	52
Tabulka 4 - Rozdíl celkového skóre kvality života před a po rehabilitaci podle demografických skupin	52
Tabulka 5 – Výsledky výkonu a spokojenosti podle COPM při vstupním a výstupním hodnocení	53
Tabulka 6 - Základní demografická charakteristika jednotlivých pacientů.....	104
Tabulka 7 - Průměry výchozích skóre před rehabilitací a průměry rozdílů vstupního a výstupního hodnocení po rehabilitaci u demografických skupin.....	105
Tabulka 8 - Výsledky párových T-testů.....	106
Tabulka 9 - Výsledky Wilcoxonových párových testů.....	106
Tabulka 10 - Výsledky nepárových T testů dvouvýběrových.....	106
Tabulka 11 - Výsledky Pearsonových korelačních testů	107

Seznam příloh

Příloha 1 – Demografický profil jednotlivých pacientů.....	104
Příloha 2 - Kvalita života pacientů podle demografických skupin.....	105
Příloha 3 - Přehled výsledků ověření hypotéz.....	106
Příloha 4 – Sloupcové grafy komparace výsledků před rehabilitací a po rehabilitaci.....	108
Příloha 5 - Dotazník WHODAS 2.0, verze 36 otázek.....	111
Příloha 6 – Dotazník COPM	123
Příloha 7 – Informovaný souhlas pacienta	126

Přílohy

Příloha 1 – Demografický profil jednotlivých pacientů

Tabulka 6 - Základní demografická charakteristika jednotlivých pacientů

Pacient	Pohlaví	Věk	Typ CMP	Vzdělání	Zaměstnání	Rodinný stav	Kuřák	Dny
1	M	55	iCMP ACM sin.	SOU	inv.důchodce	ženatý	ano	14
2	M	76	iCMP ACM sin.	SOU	důchodce	ženatý	ne	9
3	M	56	iCMP ACM dx.	SOU	traktorista	s družkou	ano	13
4	M	72	iCMP ACM sin.	SOU	důchodce	ženatý	ano	13
5	M	79	iCMP ACM sin.	SOU	důchodce	vdovec	ne	6
6	Ž	65	iCMP VB dx.	VŠ	učitelka	vdaná	ne	14
7	M	70	hCMP CI dx.	SOU	důchodce	ženatý	ne	14
8	Ž	79	iCMP VB dx.	ZŠ	důchodce	vdaná	ne	13
9	Ž	69	iCMP ACM dx.	SŠ	důchodce	vdova	ne	13
10	Ž	80	iCMP ACM sin.	SOU	důchodce	vdova	ne	6
11	Ž	62	iCMP ACM sin.	SOU	důchodce	vdaná	ano	8
12	M	53	iCMP ACM dx.	SŠ	zámečník	ženatý	ne	13
13	Ž	64	iCMP ACM sin.	ZŠ	kuchařka	s druhem	ne	14
14	M	57	iCMP VB sin.	SOU	zámečník	ženatý	ne	12
15	M	62	iCMP VB dx.	SOU	důchodce	ženatý	ne	4
16	M	69	iCMP VB sin.	SOU	důchodce	rozvedený	ano	12
17	Ž	65	iCMP VB sin.	ZŠ	důchodce	vdaná	ne	9

*Dny – počet dní mezi vstupním a výstupním hodnocením

iCMP – ischemická cévní mozková příhoda
hCMP – hemoragická cévní mozková příhoda
ACM – arteria cerebri media
VB – vertebrobazilární povodí
CI – capsula interna
dx. – vpravo
sin. - vlevo

Příloha 2 - Kvalita života pacientů podle demografických skupin

Tabulka 7 - Průměry výchozích skóre před rehabilitací a průměry rozdílů vstupního a výstupního hodnocení po rehabilitaci u demografických skupin

WHODAS 2.0 Disabilita	Muži	Ženy	Starší	Mladší	Důchodci	Pracující	Zadaní	Bez partnera
Průměry	%	%	%	%	%	%	%	%
Celkové skóre 1.	30,87	28,66	25,27	36,65	27,85	35,00	31,07	26,34
Celkový rozdíl	8,31	10,51	8,41	10,37	9,55	8,41	9,51	8,23
D1 1.	5,00	15,70	7,50	12,4	8,33	12,00	7,69	15,00
Rozdíl D1	-1	5,70	1,50	2,14	2,91	-1,00	0,76	5,00
D2 1.	58,3	52,08	47,50	67,56	53,99	60,00	58,81	45,83
Rozdíl D2	22,00	28,00	21,62	29,76	24,44	26,25	25,96	21,77
D3 1.	45,00	28,00	35,00	42,85	36,66	42,00	42,30	25,00
Rozdíl D3	13,00	11,42	11,00	14,28	10,83	16,00	16,15	0,00
D4 1.	5,8	7,14	2,49	11,90	5,55	8,33	7,05	4,16
Rozdíl D4	0,00	-1,19	1,66	-3,57	2,08	-6,66	-1,92	4,16
D 5(1)	62,00	67,5	63,75	63,3	61,11	68,00	64,54	60,00
Rozdíl D5(1)	14,00	17,5	22,50	5,00	14,44	16,00	14,54	16,66
D5(2)	69,00	39,28	0,00	71,42		57,14	57,14	
Rozdíl D5(2)	4,76	21,43	-7,14	16,07		11,42	11,42	
D6	22,91	25,97	2,49	26,56	25,22	21,66	23,60	26,04
Rozdíl D6	5,83	4,55	5,00	5,74	6,82	1,66	5,33	5,21
COPM(průměr)	body	body	body	body	body	body	body	body
Výkon1	4,59	4,66	4,80	4,31	4,47	4,94	4,25	5,70
Rozdíl výkon	1,89	1,78	2,13	1,37	1,85	1,84	1,73	2,18
Spokojenost 1	5,07	3,82	4,48	4,80	4,58	4,64	4,23	5,70
Rozdíl spokojenost	1,54	2,60	2,82	0,47	2,19	1,38	1,58	3,02

Příloha 3 - Přehled výsledků ověření hypotéz (Tabulky 8-11)

Tabulka 8 - Výsledky párových T-testů

Párový T-test			
Proměnná	Vědecká otázka č.	Výsledná p hodnota	Signifikantní výsledek na hladině $p < 0,05$
WHODAS 2.0 celkové skóre 1 a celkové skóre 2	1	0,0003	ano
COPM výkon 1 a výkon 2	7	0,0006	ano
COPM spokojenost 1 a spokojenost 2	8	0,0012	ano

Tabulka 9 - Výsledky Wilcoxonových párových testů

Wilcoxonův párový test			
WHODAS 2.0 Disabilita	Vědecká otázka č.	Výsledná p hodnota	Signifikantní výsledek na hladině $p < 0,05$
Doména 1 kognice	2 a	0,5536	ne
Doména 2 mobilita	2 b	0,0003	ano
Doména 3 sebeobsluha	2 c	0,0125	ano
Doména 4 vztahy s lidmi	2d	0,6858	ne
Doména 5 (1) domácí aktivity	2 e	0,0121	ano
Doména 5 (2) pracovní aktivity	2 f	0,3452	ne
Doména 6 sociální participace	2 g	0,1930	ne

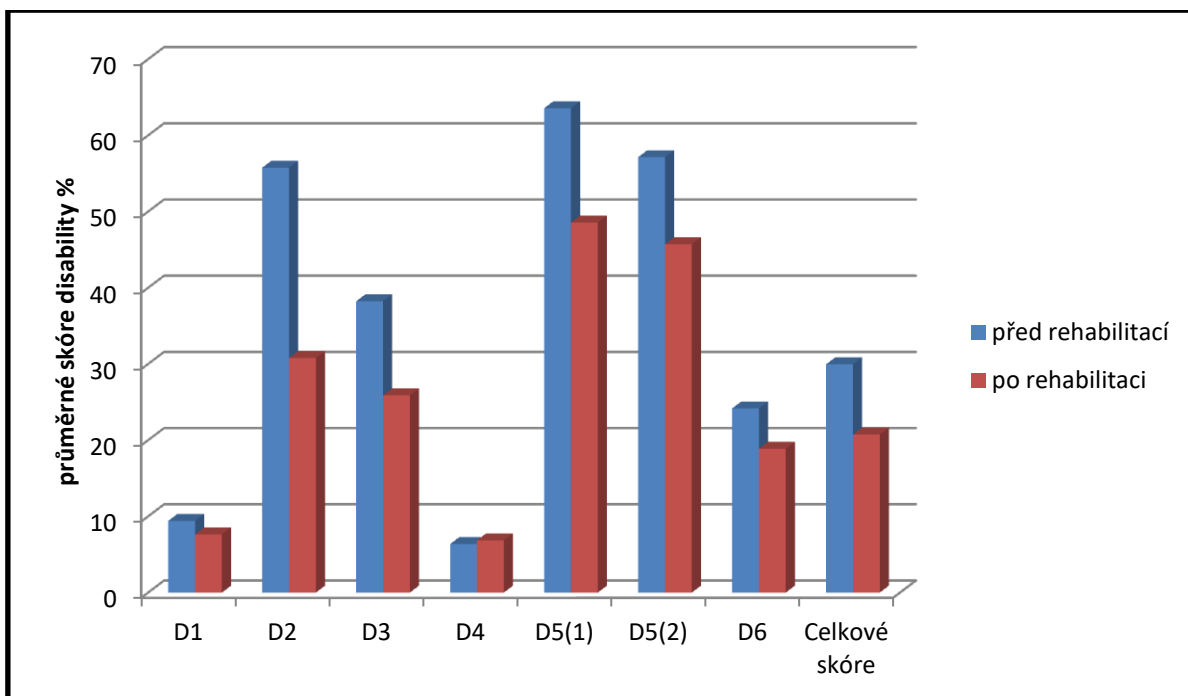
Tabulka 10 - Výsledky nepárových T testů dvouvýběrových

Nepárový T-test dvouvýběrový			
WHODAS 2.0 Rozdíl v celkovém skóre disability Demografické skupiny	Vědecká otázka č.	Výsledná p hodnota	Signifikantní výsledek na hladině $p < 0,05$
Muži a ženy	3	0,6028	ne
Věk od 65 a do 65 let	4	0,6437	ne
Důchodci a pracující	5	0,8047	ne
Žijící s partnerem a bez partnera	6	0,7939	ne

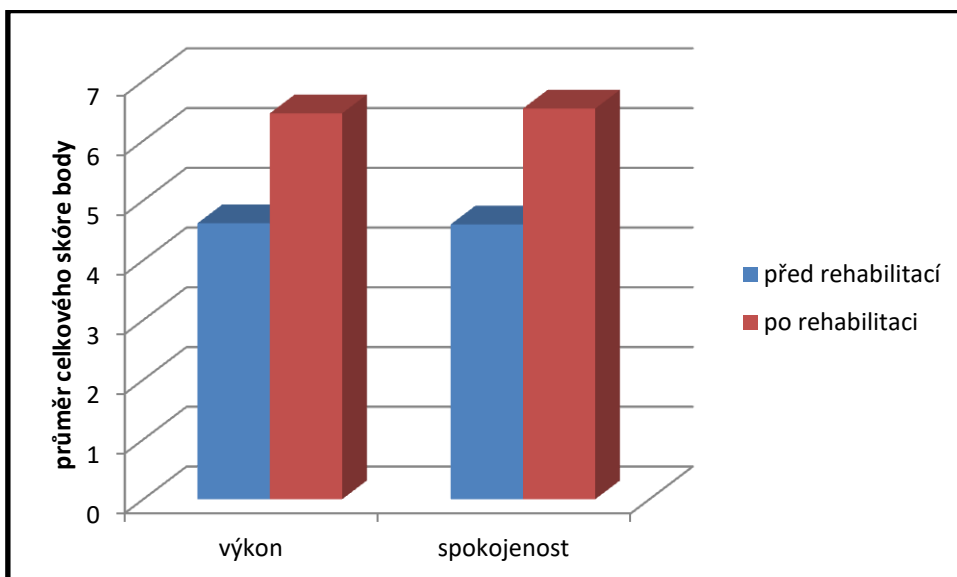
Tabulka 11 - Výsledky Pearsonových korelačních testů

Pearsonův korelační test				
Korelace	Vědecká otázka č.	Míra závislosti r	p value	Signifikantní výsledek na hladině $p < 0,05$
COPM rozdíl skóre celkového výkonu a celkové spokojenosti	9	0,6949	0,003	ano
Rozdíl celkového skóre disability WHODAS 2.0 a celkového rozdílu výkonu COPM	10	0,3208	0,226	ne

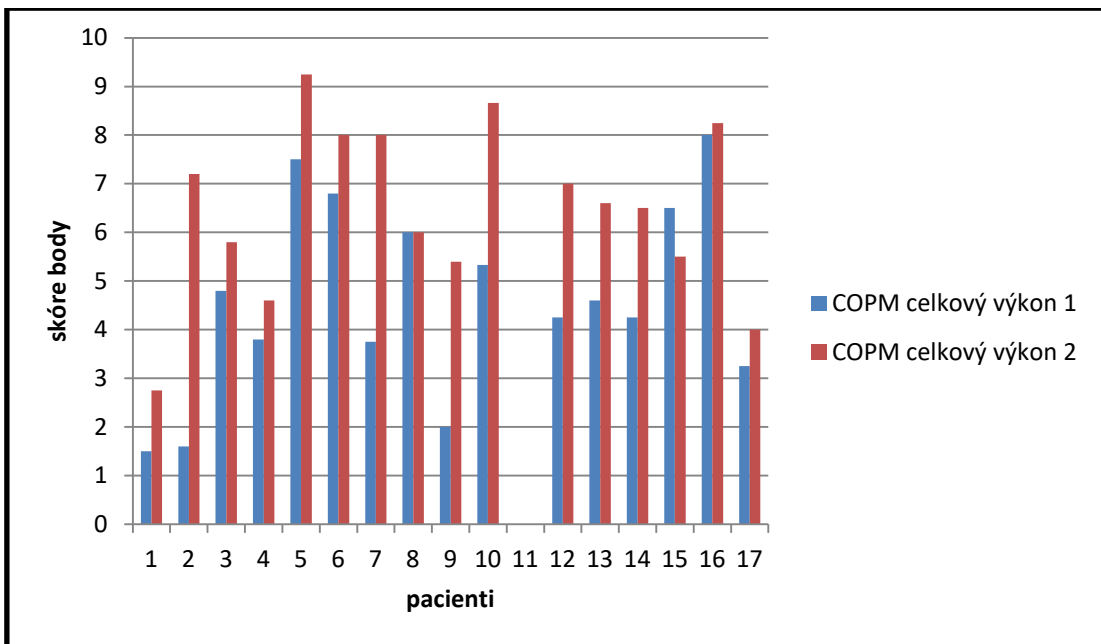
**Příloha 4 – Sloupcové grafy komparace výsledků před rehabilitací a po rehabilitaci
(Obrázky 17 – 21)**



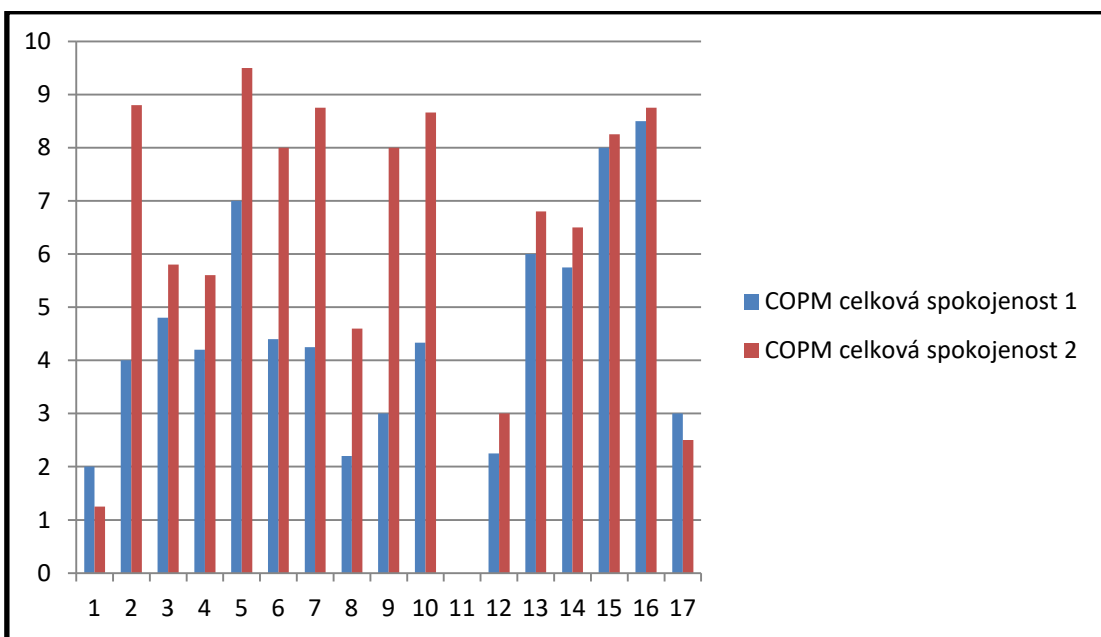
Obrázek 17 Graf znázorňuje přehled průměrných skóre jednotlivých domén a celkové kvality života podle dotazníku WHODAS 2.0 před a po rehabilitaci



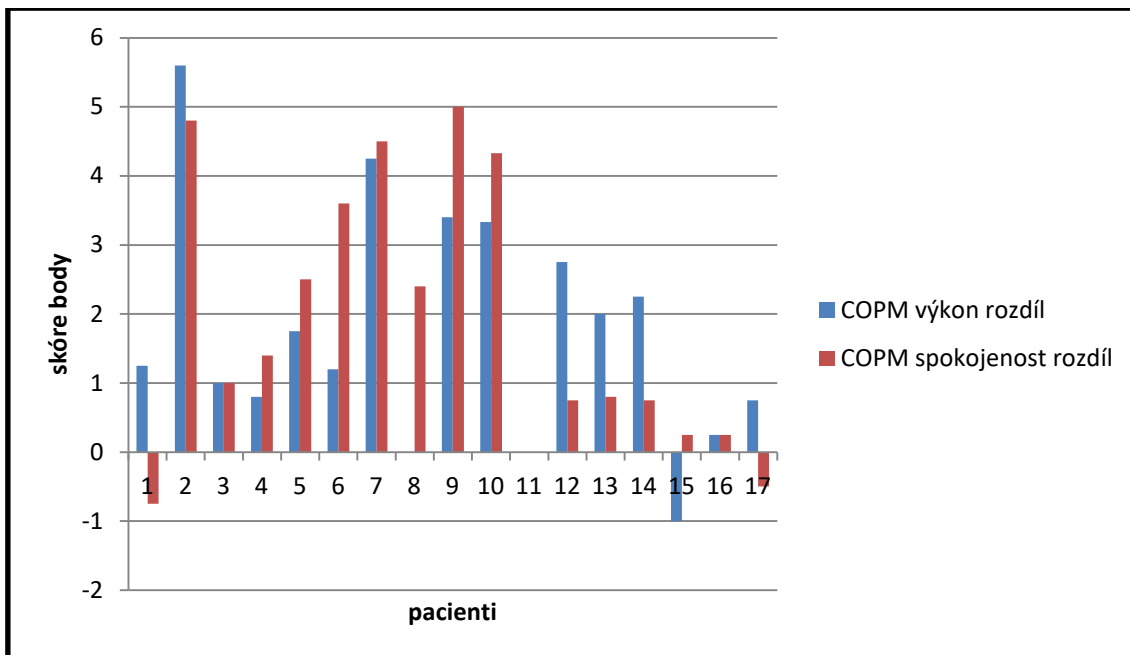
Obrázek 18 Graf znázorňuje průměrné skóre výkonu a spokojenosti podle dotazníku COPM před a po rehabilitaci



Obrázek 19 Graf komparace celkového skóre výkonu u jednotlivých pacientů podle COPM před a po rehabilitaci



Obrázek 20 Graf komparace celkového skóre spokojenosti u jednotlivých pacientů podle COPM před a po rehabilitaci



Obrázek 21 Graf komparace rozdílů skóre výkonu a rozdílů skóre spokojenosti mezi vstupním a kontrolním hodnocením podle COPM

Příloha 5 - Dotazník WHODAS 2.0, verze 36 otázek

(https://www.uzis.cz/system/files/u44/WHODAS-2.0-36_interview_CZ_20180829.pdf)

WHODAS 2.0

World Health Organization
Disability Assessment Schedule 2.0

36 otázek
verze pro odborného
testujícího

Dotazník Světové zdravotnické organizace k hodnocení disability

36 otázek, verze pro odborného testujícího

Úvod

Tento nástroj byl vyvinut týmem Světové zdravotnické organizace (WHO) pro klasifikace, terminologii a standardy v rámci WHO/National Institutes of Health (NIH) Joint Project on Assessment and Classification of Disability.

Před použitím nástroje WHODAS musí být profesionálové v roli tazatelů vyškoleni v používání manuálu *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* (WHO 2010), který obsahuje průvodce rozhovorem a další výukové materiály.

Dotazník WHODAS 2.0 je k dispozici v následujících verzích:

- 36 otázek, verze pro odborného testujícího^a
- 36 otázek, verze pro samostatné vyplnění tazaným
- 36 otázek, verze pro vyplnění prostředníkem^b
- 12 otázek, verze pro odborného testujícího^c
- 12 otázek, verze pro samostatné vyplnění tazaným
- 12 otázek, verze pro vyplnění prostředníkem
- 12+24 otázek, verze pro odborného testujícího

- a) Elektronická verze dotazníku (*iShell*) je dostupná pro počítačově asistovaný rozhovor nebo pro zadávání dat
- b) Příbuzným, známým nebo ošetřující osobou
- c) Verze s dvanácti otázkami vysvětluje 81 % variance 36otázkové verze

Pro další podrobnosti a verze odkazujeme na manuál WHODAS 2.0 *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* (WHO 2010) a jeho českou verzi Dotazník Světové zdravotnické organizace k hodnocení disability: Manuál k českému překladu (2016).

Souhlas k překladu tohoto nástroje do jakéhokoliv jazyka je možné obdržet od Světové zdravotnické organizace. Překlad by měl být vytvořen podle Doporučeného postupu WHO pro překlad (WHO translation guidelines), jak je uvedeno v příloženém manuálu.

Další informace naleznete na webové adrese www.who.int/icidh/whodas/, případně kontaktujte:

Dr T. Bedirhan Üstün
Classification, Terminology and Standards
Health Statistics and Informatics
World Health Organization (WHO)
1211 Geneva 27
Switzerland
Tel: + 41 22 791 3609
E-mail: ustunb@who.int

Přeloženo se svolením Světové zdravotnické organizace (WHO) podle *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*, Geneva, World Health Organization, 2010, www.who.int/classifications/icf/whodasii/en, staženo 5. 12. 2016.

Překlad MUDr. Bc. Petra Sládková, Ph.D.
Grafická úprava MUDr. Jitka Vašková, MUDr. Miroslav Zvolský, Ústav zdravotnických informací a statistiky, ÚZIS ČR 2016 (verze z 29. 8. 2018)

WHODAS 2.0
World Health Organization
Disability Assessment Schedule 2.0

36 otázek
verze pro odborného
testujícího

Tento dotazník obsahuje verzi WHODAS 2.0 pro odborného testujícího s 36 otázkami.

Instrukce pro tazatele jsou psány tučnou kurzívou – nečtěte je nahlas.

Text, který má slyšet tázaný, je psán

ve standardním písmu modře.

Takový text čtete nahlas.

Sekce 1 Obálka

<i>Položky F1-F5 vyplňte před začátkem každého rozhovoru</i>				
F1	Identifikační číslo tázaného			
F2	Identifikační číslo tazatele			
F3	Číslo testování (1, 2, atd.)			
F4	Datum provedení testování			
		den	měsíc	rok
F5	Životní situace v době rozhovoru (zakroužkujte pouze jednu možnost)	Nezávislý/á v komunitě		1
		S asistencí		2
		Hospitalizovaný/á		3

Sekce 2 Informace o demografii a souvislostech

Tento rozhovor byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací za účelem lepšího porozumění potížím, vznikajícím v důsledku zdravotního stavu. Informace, které v rámci tohoto rozhovoru poskytnete, jsou důvěrné a budou použity jen pro potřeby výzkumu. Rozhovor bude trvat 15-20 minut.

Lidem, kteří byli do výzkumu zařazeni z obecné populace (tj. těm, kteří nejsou pacienti zdravotnických zařízení) řekněte:

I když jste zdravý/á a žádné potíže nemáte, je nutno pro úplnost probrat všechny otázky.

Začnu s obecnými otázkami.

A1	Zaznamenejte pohlaví dotazovaného	Ženské	1
		Mužské	2
A2	Jaký je Váš věk?	_____ let	
A3	Kolik let celkem jste strávil/a <u>studiem ve školách</u> či v učení?	_____ let	
A4	Jaký je Váš <u>současný rodinný stav</u> ? (Vyberte jednu nejlepší volbu)	Nikdy v manželském vztahu	1
		V manželství	2
		V manželství, ale odděleně	3
		Rozvedený/á	4
		Vdovec / vdova	5
		S druhem / družkou	6
A5	Jaká charakteristika nejlépe popisuje Vaše <u>hlavní pracovní postavení</u> ? (Vyberte jednu nejlepší volbu)	Placená práce	1
		Osoba samostatně výdělečně činná	2
		Neplacená práce (charita)	3
		Student	4
		V domácnosti	5
		Důchodce	6
		Nezaměstnaný/á (zdravotní důvody)	7
		Nezaměstnaný/á (jiné důvody)	8
		Jiná situace (upřesněte)	9

WHODAS 2.0

World Health Organization
Disability Assessment Schedule 2.0

36 otázek

verze pro odborného
testujícího

Sekce 3 Úvod do testu

Řekněte respondentovi (dotazovanému):

Tento dotazník je o potížích, které lidé mají v důsledku svého zdravotního stavu.

Ukažte respondentovi kartu č. 1 a řekněte:

Slovem zdravotní stav myslíme nemoci fyzické i duševní, jakož i další zdravotní potíže, krátkodobé či dlouhodobé, může jít o poranění, poruchy mozku, potíže emočního charakteru a rovněž potíže s alkoholem nebo drogami.

Během odpovědi na otázky zvažte všechny Vaše zdravotní problémy. Když se Vás zeptám, jaké potíže máte při vykonávání nějaké činnosti, vezměte v úvahu...

Předěte ke kartě č. 1 a vysvětlíte, že „obtíže s činností“ znamenají:

- zvýšenou námahu
- nepříjemné pocity nebo bolest
- pomalost
- změnu způsobu, jakým vykonáváte jednotlivé činnosti

Řekněte respondentovi:

Každá otázka, na kterou budete odpovídat, se vztahuje na potíže v době posledních 30 dnů. Současně je třeba zodpovědět, jak velké potíže jste měl/a v průměru za posledních 30 dní při vykonávání činností obvyklým způsobem.

Ukažte respondentovi kartu č. 2 a řekněte:

Při odpovědi použijte tuto stupnici.

Čtěte škálu nahlas:

Žádné, lehké, střední, těžké, extrémní nebo nelze provést.

Ujistěte se, že respondent může karty č. 1 a č. 2 v průběhu rozhovoru snadno vidět.

WHODAS 2.0

World Health Organization
Disability Assessment Schedule 2.0

36 otázek

verze pro odborného
testujícího

Sekce 4 Přehled hlavních oblastí

Doména 1 Kognice

Položím Vám teď několik otázek o [porozumění a komunikaci](#).

Ukažte respondentovi karty č. 1 a č. 2

Jak velké potíže jste měl/a v posledních 30 dnech v těchto činnostech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/nelze provést
D1.1	Soustředit se na činnost po dobu 10 minut?	0	1	2	3	4
D1.2	Zapamatovat si důležité věci , které je třeba udělat?	0	1	2	3	4
D1.3	Rozebrat a vyřešit problémy v každodenním životě?	0	1	2	3	4
D1.4	Naučit se něco nového (nový úkol), například jak se dostat na nové místo?	0	1	2	3	4
D1.5	V obecném smyslu rozumět tomu, co lidé říkají?	0	1	2	3	4
D1.6	Začít a udržet rozhovor (konverzaci)?	0	1	2	3	4

Doména 2 Mobilita

Teď se Vás budu ptát na [potíže s pohyblivostí](#).

Ukažte respondentovi karty č. 1 a č. 2

Jak velké potíže jste měl/a v posledních 30 dnech v těchto činnostech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/nelze provést
D2.1	Vydržet stát delší dobu , například 30 minut?	0	1	2	3	4
D2.2	Vstát ze sedu?	0	1	2	3	4
D2.3	Pohybovat se po bytě?	0	1	2	3	4
D2.4	Vyjít ven z domu?	0	1	2	3	4
D2.5	Ujít delší vzdálenost , například 1 km (nebo ekvivalent)?	0	1	2	3	4

Pokračujte prosím na další stránku...

Doména 3 Sebeobsluha

Teď se Vás budu ptát na potíže se [sebeobsluhou](#).

Ukažte respondentovi karty č. 1 a č. 2

Jak velké potíže jste měl/a v posledních 30 dnech v těchto činnostech:	žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/nelze provést
D3.1 Umýt si celé tělo?	0	1	2	3	4
D3.2 Obléci se?	0	1	2	3	4
D3.3 Najíst se?	0	1	2	3	4
D3.4 Zůstat několik dní sám/sama?	0	1	2	3	4

Doména 4 Vztahy s lidmi

Teď se Vás budu ptát na potíže s [navazováním a udržením kontaktu s lidmi](#). Mějte prosím na paměti, že jde jen o potíže, které vyplývají z Vašeho zdravotního stavu. Tím myslím nemoci tělesné či duševní, poranění, potíže s alkoholem nebo drogami.

Ukažte respondentovi karty č. 1 a č. 2

Jak velké potíže jste měl/a v posledních 30 dnech v těchto činnostech:	žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/nelze provést
D4.1 Jednat s lidmi, které neznáte?	0	1	2	3	4
D4.2 Udržet přátelský vztah?	0	1	2	3	4
D4.3 Vycházet s lidmi, kteří jsou Vám blízcí?	0	1	2	3	4
D4.4 Získat nové přátele?	0	1	2	3	4
D4.5 Sexuální aktivity?	0	1	2	3	4

Pokračujte prosím na další stránku...

WHODAS 2.0

World Health Organization
Disability Assessment Schedule 2.0

36 otázek

verze pro odborného
testujícího

Doména 5 Životní aktivity (domácnost, práce, škola)

5(1) Domácnost

Teď se Vás budu ptát na potíže se zvládním domácnosti, péče o členy rodiny, případně ostatní blízké. Jedná se o vaření, úklid, nákupy, péči o ostatní a péči o Váš majetek.

Ukažte karty č. 1 a č. 2

Jak velké zdravotní potíže jste měl/a v posledních 30 dnech v těchto činnostech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/nelze provést
D5.1	Vykonat Vaše <u>povinnosti v domácnosti</u> ?	0	1	2	3	4
D5.2	Udělat <u>dobře</u> nejdůležitější domácí práce?	0	1	2	3	4
D5.3	<u>Být hotov/a</u> se vším, co je potřeba udělat?	0	1	2	3	4
D5.4	Udělat vše, co je potřeba, patřičně <u>rychle</u> ?	0	1	2	3	4

Pokud některá z odpovědí D5.1-D5.4 je hodnocena výše než „žádné“ (kódováno jako "0"), zeptejte se:

D5.01	V kolika z posledních 30 dnů jste <u>domácí práce</u> zcela nebo částečně vynechal/a, protože jste měl/a zdravotní potíže?	Zapište počet dnů _____
-------	--	-------------------------

Pokud respondent pracuje (placená práce, neplacená práce, osoba samostatně výdělečně činná), nebo chodí do školy, projděte otázky D5.5-D5.10 na další straně. V opačném případě přejděte k D6.1 na následující straně.

WHODAS 2.0

World Health Organization
Disability Assessment Schedule 2.0

36 otázek

verze pro odborného
testujícího

5(2) Práce nebo školní aktivity

Teď Vám položím několik otázek na práci nebo školní aktivity.

Ukažte karty č. 1 a č. 2

Jak velké zdravotní potíže jste měl/a v posledních 30 dnech v těchto činnostech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/nelze provést
D5.5	Vaše každodenní <u>práce/škola</u> ?	0	1	2	3	4
D5.6	Udělat <u>dobře</u> nejdůležitější úkoly v práci/ve škole?	0	1	2	3	4
D5.7	<u>Být hotov/a</u> se vším, co je potřeba udělat?	0	1	2	3	4
D5.8	Udělat práci patřičně <u>rychle</u> ?	0	1	2	3	4
D5.9	Měl/a jste v důsledku zdravotních potíží <u>nižší pracovní zařazení</u> ?				ne	1
					ano	2
D5.10	Vydělal/a jste v důsledku zdravotních potíží <u>méně peněz</u> ?				ne	1
					ano	2

Pokud je některá z odpovědí D5.5-D5.8 hodnocena výše než žádné (kódováno jako "0"), zeptejte se:

D5.02	V kolika z posledních 30 dnů jste <u>chyběl/a</u> v práci/škole na půl dne nebo více kvůli svému zdravotnímu stavu?	Zapište počet dnů _____
-------	---	-------------------------

Pokračujte prosím na další stránku...

WHODAS 2.0

World Health Organization
Disability Assessment Schedule 2.0

36 otázek

verze pro odborného
testujícího

Doména 6 Účast ve společnosti (participace)

Teď se Vás budu ptát na Vaši účast ve společnosti a na to, jaký dopad na Vás a na Vaši rodinu mají Vaše zdravotní potíže. Některé tyto otázky se mohou týkat potíží, které trvají déle než posledních 30 dnů, nicméně v odpovědi se, prosím, soustředte právě na posledních 30 dnů. Znovu připomínám, že otázky se týkají potíží, vznikajících v důsledku zdravotního stavu: fyzického, duševního nebo emocionálního, potíží s alkoholem nebo drogami.

Ukažte karty č. 1 a č. 2

V posledních 30 dnech:		žádné	mírné	střední	těžké	extrémní/ nelze provést
D6.1	Jak velké potíže jste měl/a, bylo-li třeba <u>zapojit se do společenských aktivit</u> (například oslavy, náboženské, kulturní akce či jiné aktivity) stejným způsobem jako ostatní?	0	1	2	3	4
D6.2	Jak velké potíže Vám dělaly různé <u>překážky</u> ve světě kolem Vás?	0	1	2	3	4
D6.3	Jak velké potíže máte s postoji a chováním ostatních, abyste <u>žil/a</u> přiměřeně <u>důstojně</u> ?	0	1	2	3	4
D6.4	Jak velké potíže máte se stráveným <u>časem</u> , který zabírají přímo Vaše zdravotní potíže nebo jejich důsledky?	0	1	2	3	4
D6.5	Jak velké <u>emocionální potíže</u> Vám vznikají v důsledku Vašeho zdravotního stavu?	0	1	2	3	4
D6.6	Jak velké potíže Vám vznikají tím, že Vaše zdravotní problémy <u>spotřebovávají vlastní nebo rodinné finanční prostředky</u> ?	0	1	2	3	4
D6.7	Jak velké potíže měla <u>rodina</u> v důsledku Vašeho zdravotního stavu?	0	1	2	3	4
D6.8	Jak velké potíže jste měl/a při činnostech ve <u>volném čase</u> (relaxace, dovolená)?	0	1	2	3	4

WHODAS 2.0
World Health Organization
Disability Assessment Schedule 2.0

36 otázek
verze pro odborného
testujícího

H1	V <u>kolika</u> z posledních 30 dnů byly potíže přítomny?	Zapište počet dnů _____
H2	V kolika z posledních 30 dnů jste <u>byl/a zcela neschopen/neschopna</u> vykonávat své obvyklé činnosti nebo práci kvůli svému zdravotnímu stavu?	Zapište počet dnů _____
H3	V kolika z posledních 30 dnů jste musel/a <u>vynechat</u> nebo <u>omezit</u> své běžné denní aktivity nebo práci kvůli Vašemu zdravotnímu stavu, nepočítáme-li dny, kdy jste byl/a těchto činností zcela neschopen/neschopna?	Zapište počet dnů _____

Jsmo u konce, děkuji Vám za spolupráci.

Karta č. 1

Zdravotní stav zahrnuje:

- Nemoci nebo jiné zdravotní problémy
- Zranění
- Duševní nebo emocionální problémy
- Problémy s alkoholem
- Problémy s drogami

Mít potíže s nějakou činností znamená:

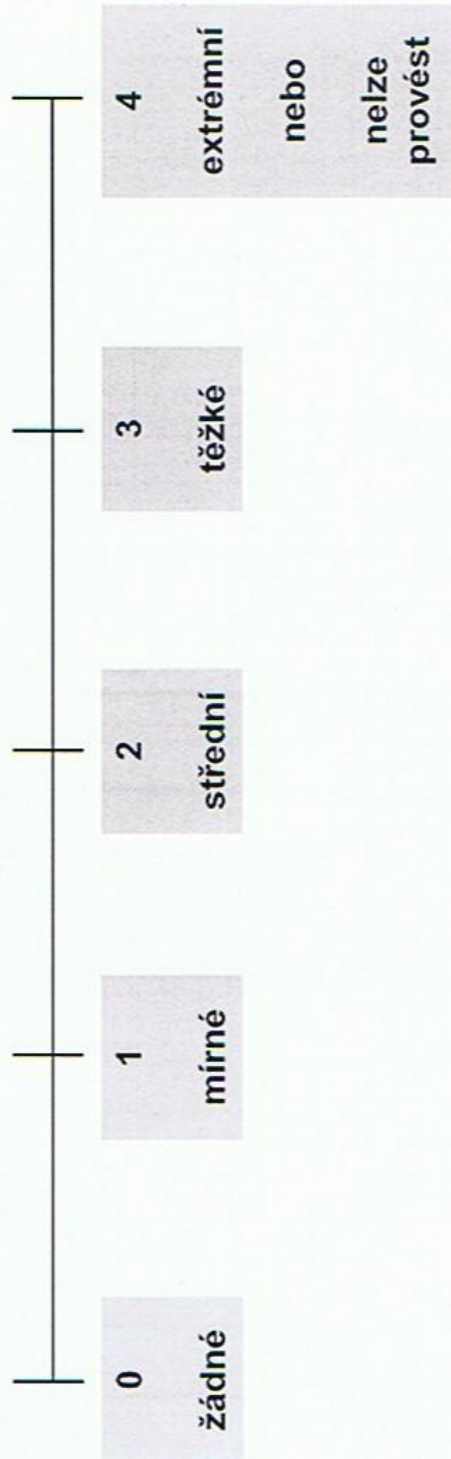
- Zvýšenou námahu
- Nepříjemné pocity nebo bolest
- Pomalost
- Změnu ve způsobu, jak činnost provádíte

Bereme v úvahu jen posledních 30 dnů

WHODAS 2.0
World Health Organization
Disability Assessment Schedule 2.0

36 otázek
verze pro odborného
testujícího

Karta č. 2



Příloha 6 – Dotazník COPM (Law et al., 2008, s. 64, 65)

KANADSKÉ HODNOCENÍ VÝKONU ZAMĚŠTNÁVÁNÍ

Autori: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McCall, Heleně Polatajko, Nancy Pollock

Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM)
je individualizované hodnocení vytvořené pro potřeby ergoterapeutů
k zjišťování subjektivně vnímané změny ve výkonu zaměstnávání v průběhu času

Jméno klienta: _____ věk: _____ Pohlaví: _____ Rodné číslo: _____

Respondent (pokud nejde o klienta): _____

Datum hodnocení: _____ Plánované datum kontrolního hodnocení: _____ Datum kontrolního hodnocení: _____

Terapeut: _____

Čiřzení / Organizace: _____

Program: _____

Verze C-407 Publications ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McCall, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

KROK 1: IDENTIFIKACE PROBLÉMOVÝCH OBLASTÍ VE VÝKONU ZAMĚŠTNÁVÁNÍ
 Abyste identifikovali problémové oblasti ve výkonu zaměstnávání, proveďte s klientem rozhovor, ptejte se ho na jeho denní aktivity v oblasti soběstačnosti, produktivity a volného času. Požádejte klienta, aby určil denní činnosti, které chce dělat, potřebuje dělat, nebo které se od něho očekávají. Poradte mu, aby si představil svůj běžný den. Poté požádejte klienta, aby určil, které z těchto činností je pro něj nyní obtížné vykonávat k plné spokojenosti. Zaznamenejte tyto problémové činnosti do KROKŮ 1A, 1B, 1C.

KROK 2: HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI
 Požádejte klienta, aby s pomocí přiložených bodovacích karet ohodnotil na škále od 1 do 10 důležitost každé aktivity. Hodnocení zapíšte do odpovídajících kolonek u kroku 1A, 1B anebo 1C.

	DŮLEŽITOST
<p>KROK 1A: Soběstačnost</p> <p>Osobní péče (např. oblékání, koupání, stravování, osobní hygiena)</p> <p>_____</p> <p>Funkční mobilita (např. přesuny, pohyb venku, v domácnosti)</p> <p>_____</p> <p>Samostatnost v komunitě (např. doprava, nakupování, manipulace s penězi)</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>KROK 1B: Produktivita</p> <p>Placená / Neplacená práce (např. hledání / udržení si pracovního místa, dobrovolná práce)</p> <p>_____</p> <p>Organizace domácnosti (např. úklid, praní prádla, vaření)</p> <p>_____</p> <p>Hra / Škola (např. dovednosti při hře, domácí úkoly)</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

KROK 1C: Volný čas

DŮLEŽITOST

Pasivní odpočinek

(např. koníčky, rukodělné činnosti, čtení)

Aktivní odpočinek

(např. sporty, výlety, cestování)

Společenský život

(např. návštěvy, telefonování, návštěva nebo organizace večírků, korespondence)

KROKY 3 a 4: BODOVÁNÍ – VSTUPNÍ A KONTROLNÍ HODNOCENÍ

Potvrďte společně s klientem 5 nejdůležitějších problémových oblastí a zapíšte je do níže uvedených řádků. Požádejte klienta, aby s pomocí bodovacích karet hodnotil u každého problému svůj výkon a spokojenost. Potom spočítejte celkové skóre. Celková skóre dostaneme sečtením hodnot skóre výkonu nebo skóre spokojenosti v každé problémové oblasti a vydělením této hodnoty počtem identifikovaných problémů. Při kontrolním hodnocení opět klient ohodnotí výkon a spokojenost u každého problému. Spočítejte nové celkové skóre a zaznamenejte jeho změny.

Vstupní hodnocení:

Kontrolní hodnocení

PROBLÉMOVÉ OBLASTI VE VÝKONU ZAMĚSTNÁVÁNÍ:

VÝKON 1

SPOKOJENOST 1

VÝKON 2

SPOKOJENOST 2

BODOVÁNÍ

$$\text{Celkové skóre} = \frac{\text{Celkové skóre výkonu nebo spokojenosti}}{\text{počet problémových oblastí}}$$

SKÓRE VÝKONU 1

$$= \frac{\quad}{\quad}$$

SKÓRE SPOKOJENOSTI 1

$$= \frac{\quad}{\quad}$$

SKÓRE VÝKONU 2

$$= \frac{\quad}{\quad}$$

SKÓRE SPOKOJENOSTI 2

$$= \frac{\quad}{\quad}$$

ZMĚNA VE VÝKONU = Skóre výkonu 2

- Skóre výkonu 1

ZMĚNA VE SPOKOJENOSTI = Skóre spokojenosti 2

- Skóre spokojenosti 1

DŮLEŽITOST

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nepodstatné

mimořádně
důležité

VÝKON

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

vůbec nejsem
schopen
činnost provést

jsem schopen
činnost provádět
velmi dobře

SPOKOJENOST

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

zcela
nespokojen

mimořádně
spokojen

Příloha 7 – Informovaný souhlas pacienta



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt:

Subjektivní hodnocení kvality života u pacientů po cévní mozkové příhodě

Období realizace: duben 2019 až duben 2020

Řešitelka projektu: Bc. Kamila Bleierová

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Kateřina Wolfová

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zjistit, jak se subjektivně změnila Vaše kvalita života po cévní mozkové příhodě. Informace, které v rámci rozhovoru poskytnete, budou důvěrné a budou použity jen pro potřeby výzkumu. Budou Vám předloženy dva dotazníky, WHODAS 2.0 a Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání. Dotazník WHODAS 2.0, vytvořený Světovou zdravotnickou organizací, zkoumá rozsah poruch funkcí pacienta a omezení jeho činnosti v důsledku nemoci. Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (COPM) mapuje největší deficity v oblastech a aktivitách, které si pacient po cévní mozkové příhodě sám určí. Oba dotazníky budou vyplňovány dvakrát, poprvé na počátku hospitalizace na lůžkové rehabilitaci a podruhé při kontrolním hodnocení po čtrnácti dnech od prvního měření nebo na konci pobytu na oddělení lůžkové rehabilitace FNOL. Z výsledků bude zjištěno, zda a jak vnímáte změnu svého zdravotního stavu. Každé testování bude trvat 15-30 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplyvají zdravotní ani jiná rizika. V průběhu testování můžete kdykoliv vyjádřit nesouhlas s jeho průběhem a testování bude ukončeno. Výhodou

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz

účasti na výzkumu je větší pozornost věnovaná Vaší zdravotní situaci a Vaším pocitům s důrazem na individuální přístup při léčbě. Součástí sběru dat výzkumu mohou být i Vaše demografické, sociální a zdravotní údaje, které však zůstanou v anonymitě.

Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: _____