

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Adéla Heřmanová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Adéla Heřmanová

KVALITA ŽIVOTA PACIENA S GONARTRÓZOU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Heřmanová Adéla

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacienta s gonartrózou

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

Počet stran – číslované: 60

Počet stran – nečíslované: 31

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 45

Klíčová slova: kvalita života, ošetrovatelství, pacient, gonartróza, SF-36, kolenní kloub

Souhrn:

Bakalářská práce na téma „Kvalita života pacienta s gonartrózou“ se skládá z teoretické a praktické části. Teoretickou část tvoří dvě kapitoly. První kapitola se zabývá problematikou kvality života v obecném pojetí a druhá kapitola jedním z nejčastějších chorob pohybového muskuloskeletálního systému, jímž je degenerativní onemocnění kloubů nazývané gonartróza. Praktická část je zaměřena na výzkum v oblasti kvality života pacientů s diagnózou gonartrózy v pokročilejších stádiích tohoto onemocnění. Hlavním cílem praktické části práce je zjištění toho, do jaké míry je ovlivněna kvalita života pacientů s diagnostikovanou gonartrózou. Cíle je dosaženo prostřednictvím kvantitativní metody, a to technikou standardizovaného dotazníku SF-36, jenž je rozdělen do osmi dimenzí, doplněného o položky zjišťující sociodemografické údaje respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 85 respondentů. Výsledky výzkumu indikují podprůměrné skóre v oblasti kvality života napříč všemi dimenzemi u oslovených respondentů. Naše studie akcentuje zásadní roli včasné diagnostiky, adekvátní terapie a edukaci pacientů trpící tímto onemocněním.

Abstract

Surname and name: Heřmanová Adéla

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Quality of the patient life with gonarthrosis

Consultant: Mgr. Pavlína Tůmová

Number of pages – numbered: 60

Number of pages – unnumbered: 31

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 45

Keywords: quality of life, nursing, patient, gonarthrosis, SF-36, knee joint

Summary:

The bachelor's thesis on the topic "Quality of Life of Patients with Gonarthrosis" consists of a theoretical and practical part. The theoretical part is made up of two chapters. The first chapter deals with the issue of quality of life in a general concept, and the second chapter with one of the most common diseases of the musculoskeletal system, which is a degenerative joint disease called gonarthrosis. The practical part is focused on research in the area of quality of life of patients diagnosed with advanced stages of gonarthrosis. The main goal of the practical part of the work is to determine the extent to which the quality of life of patients diagnosed with gonarthrosis is affected. This goal is achieved through a quantitative method, namely the technique of a standardized SF-36 questionnaire, which is divided into eight dimensions, supplemented by items ascertaining sociodemographic data of the respondents. A total of 85 respondents participated in the research survey. The research results indicate a below-average score in the area of quality of life across all dimensions among the respondents surveyed. Our study accentuates the crucial role of early diagnosis, adequate therapy, and education of patients suffering from this disease.

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavlíně Tůmové za její odborné a trpělivé vedení, stejně jako za cenné připomínky a rady při tvorbě bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	16
2 KVALITA ŽIVOTA.....	17
2.1 Charakteristika kvality života	17
2.2 Vymezení a význam kvality života v kontextu zdravotní péče	18
2.2.1 Společné charakteristiky.....	19
2.3 Kvalita života podmíněna zdravím	19
2.4 Zdraví.....	20
2.4.1 Determinanty zdraví	20
2.5 Metody měření a hodnocení kvality života u pacientů	21
2.6 Vliv sledování kvality života na celkové blaho pacientů.....	25
3 GONARTRÓZA.....	28
3.1 Definice.....	28
3.2 Etiologie a patofyziologie onemocnění	29
3.3 Klinický obraz gonartrózy	29
3.4 Stadia a progresse gonartrózy.....	30
3.5 Diagnostika gonartrózy	31
3.6 Terapeutické a konzervativní přístupy.....	32
3.7 Podpora pacienta a vzdělávání.....	35
3.7.1 Edukace pacientů.....	36
3.7.2 Lázeňská léčba.....	36
3.8 Dopad gonartrózy na kvalitu života pacientů	36
PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	38
5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	39
5.1 Hlavní cíl.....	39
5.2 Dílčí cíl 1	39
5.3 Dílčí cíl 2	39
5.4 Výzkumné předpoklady	39
5.5 Operacionalizace pojmů	39

6	METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	41
6.1	Metodologie výzkumu	41
6.2	Metodika SF 36.....	41
6.3	Vyhodnocení SF-36	41
6.4	Charakteristika sledovaného souboru	42
6.5	Organizace výzkumu	42
6.6	Zpracování dat	43
7	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	44
7.1	ČÁST 1. DEMOGRAFICKÉ A IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	44
7.2	ČÁST 2: KVALITA ŽIVOTA SF-36.....	53
	DISKUZE.....	65
	ZÁVĚR.....	73
	SEZNAM LITERATURY.....	74
	SEZNAM PŘÍLOH	79
	PŘÍLOHY	80
	Příloha A: Dotazník SF – 36	80
	Příloha B: Populační normy RAND (SF-36).....	86
	Příloha C: Obrázek 1	87
	Příloha D: Seznam internetových skupin účastněných výzkumného šetření	88
	Příloha E: Manuál pro ošetrovatelskou praxi	89

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Stupeň artrózy	44
Graf 2 - Pohlaví respondentů.....	45
Graf 3 - Věk respondentů	46
Graf 4 - Vzdělání respondentů.....	47
Graf 5 - Rodinný stav	48
Graf 6 - Pracovní status	49
Graf 7 - Délka léčení	50
Graf 8 - Přidružená onemocnění.....	52
Graf 9 - Dimenze Fyzické fungování (PF-Physical functioning).....	53
Graf 10 - Dimenze Fyzická omezení (RP-Role physical)	54
Graf 11 - Dimenze Emoční problémy (RE-Role emotional).....	55
Graf 12 - Dimenze Vitalita (VT-Vitality).....	56
Graf 13 - Dimenze Duševní zdraví (MH-Mental health)	57
Graf 14 - Dimenze Sociální fungování (SF-Social functioning).....	58
Graf 15 - Dimenze Tělesná bolest (BP-Bodily pain)	59
Graf 16 - Dimenze Všeobecné zdraví (GH-General health)	60
Graf 17 - Změna zdraví za poslední rok	61
Graf 18 - Skóre dimenzí SF-36 vlastního výzkumu a populační normy RAND.....	63

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1- Vlevo kolenní kloub bez artrózy a vpravo kolenní kloub s artrózou (Hruška,2014, s. 1)	33
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Rozdělení dotazníků (Němec a kol., 2009, s. 20–24).	21
Tabulka 2 - stupeň artrózy	44
Tabulka 3 - Pohlaví respondentů	45
Tabulka 4 - Věk respondentů.....	46
Tabulka 5 - Vzdělání respondentů.....	47
Tabulka 6 - Rodinný stav	48
Tabulka 7 - Pracovní status	49
Tabulka 8 - Délka léčení.....	50
Tabulka 9 - Přidružená onemocnění	51
Tabulka 10 - Dimenze fyzické fungování (PF-Physical functioning).....	53
Tabulka 11 - Dimenze Fyzické omezení (RP-Role physical)	54
Tabulka 12 - Dimenze Emoční problémy (RE-Role emotional).....	55
Tabulka 13 - Dimenze Vitalita (VT-Vitality).....	56
Tabulka 14 - Dimenze Duševní zdraví (MH-Mental health)	57
Tabulka 15 - Dimenze Sociální fungování (SF – Social functioning)	58
Tabulka 16 - Dimenze Tělesná bolest (BP-Bodily pain).....	59
Tabulka 17 - Dimenze Všeobecné zdraví (GH-General health).....	60
Tabulka 18 - Změna zdraví za poslední rok	61
Tabulka 19 – Souhrnné hodnoty skóre dimenzí SF-36	62
Tabulka 20 - Rozdíl hodnot vlastního výzkumu a populační normy RAND	63
Tabulka 21 - Hodnocení celkového psychického a fyzického zdraví	64
Tabulka 22 - Index kvality života.....	64

SEZNAM ZKRATEK

%	Procenta
ACR	American College of Rheumatology
Aj.	a jiné
Apod.	a podobně
BP	Bodily pain (Tělesná bolest)
CS	chondroitin sulfát
Č.	Číslo
ČR.....	Česká republika
Dopl.	Doplňené
GA	glukosamin
GH	General health (Všeobecné zdraví)
HRQoL	Health Related Quality of life (Kvalita života podmíněna zdravím)
Kol.	Kolektiv
MH	Mental health (Duševní zdraví)
MSM.....	metylsulfonylmetan
Např.	Například
PF	Physical functioning (Fyzické fungování)
Přepřac.	Přepřacované
RE.....	Role-emotional (Emoční problémy)
RP	Role-physical (Fyzická omezení)
RTG	rentgenové vyšetření

AS. strana

s. strana

SF Social functioning (Sociální fungování)

SF-36 Short form 36

Tzv. takzvaný

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Viz Vidět

VT Vitality (Vitalita)

Vyd. Vydání

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Téma bakalářské práce se zaměřuje na hodnocení kvality života u pacientů trpících jedním z nejčastějších chorob pohybového muskuloskeletálního systému, jímž je degenerativní onemocnění kolenních kloubů nazývané gonartróza. Tuto problematiku jsem si vybrala s ohledem na mé budoucí zaměstnání na ortopedickém oddělení jako všeobecná sestra. Zvolila jsem toto téma také proto, že se vyskytuje v mé rodině. Můj zájem spočíval v získání podrobnějších informací o této nemoci a porozumění tomu, jak ovlivňuje kvalitu života pacientů s touto diagnózou. Jedná se o aktuální téma, vzhledem ke stále rostoucímu počtu pacientů s tímto onemocněním.

Cílem této bakalářské práce je posoudit kvalitu života pacientů s gonartrózou prostřednictvím standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím. Tento dotazník hodnotí osm základních oblastí života (dimenzí) a je široce využíván v různých lékařských disciplínách. Je vysoce ceněn pro svou schopnost zachytit i sociální aspekty kvality života. U pacientů s touto diagnózou je kvalita života ovlivněna především omezením kloubní hybnosti. Dané onemocnění má dopad na fyzickou, psychickou, sociální a spirituální dimenzi jedince. Podle Světové zdravotnické organizace postihuje toto onemocnění více než 10 % populace starší šedesáti let a první radiologické příznaky se objevují přibližně ve věku čtyřiceti let.

Bakalářská práce je strukturována do teoretické a praktické části. Teoretická část je založena na zpracování literární rešerše týkající se všech podstatných poznatků o kvalitě života v obecném slova smyslu a o onemocnění ve formě gonartrózy. První kapitola teoretické části práce je zaměřena všeobecně na kvalitu života. Jsou v ní uvedeny zejména metody měření a hodnocení kvality života pacientů. Druhá kapitola teoretické části práce představuje komplexní deskripci onemocnění v podobě gonartrózy. Nejprve uvádí definici tohoto onemocnění. Dále identifikuje etiologii a patofyziologii gonartrózy. Poté představuje klinický obraz gonartrózy. V další podkapitole jsou uvedena jednotlivá stádia a progrese této choroby. Dále nechybí ani diagnostika, včetně terapeutických a konzervativních přístupů ke zlepšení stavu pacientů s gonartrózou. Pozornost je věnována také problematice dopadu gonartrózy na kvalitu života zahrnující rovněž prognostické hledisko. Součástí teoretické části textu je taktéž podpora pacienta a vzdělávání. V neposlední řadě je zmíněna souvislost mezi bolestí, omezenou pohyblivostí a kvalitou života u pacientů s gonartrózou.

Praktická část je založena na výzkumu v oblasti kvality života pacientů s diagnózou gonartrózy v pokročilejších stádiích tohoto onemocnění. Obsahuje charakteristiku všech podstatných náležitostí kvantitativního výzkumu, a to zejména formulaci výzkumného problému, cíle, výzkumné otázky a předpoklady, metodologii a metodu výzkumu, organizaci výzkumu, zpracování získaných dat, a v neposlední řadě prezentaci a interpretaci výsledků výzkumu. V praktické části byla provedena metodologická analýza kvantitativního výzkumu. K získání dat byl použit anonymní, standardizovaný dotazník kvality života SF-36, který byl rozšířen o 8 otázek vlastní konstrukce. Dotazník obsahoval celkem 44 položek týkajících se fyzické aktivity, omezení fyzického fungování, emočních problémů, vitality, duševního zdraví, sociálního fungování, tělesné bolesti a všeobecného zdraví.

Součástí bakalářské práce je diskuse shrnující významné poznatky z výzkumu a vyhodnocení splnění hlavního a dílčího výzkumného cíle, včetně ověření předem stanovených výzkumných předpokladů. Její součástí je uvedení limitů výzkumu a doporučení pro ošetrovatelskou praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Úvod teoretické části rešerše by měl zahrnovat komplexní deskripci konceptu kvality života a jeho specifických aspektů, stejně jako důkladné pojednání o patologii gonartrózy z různých úhlů pohledu. Artróza představuje globálně nejfrekventovanější kloubní patologii v dospělé populaci. Longitudinální studie realizovaná v Německu v období 2008 až 2011 demonstrovala, že 20,3 % jedinců ve věkovém rozmezí 18 až 79 let vykazuje klinické známky artrotického onemocnění. Incidence tohoto patologického stavu se signifikantně liší v závislosti na genderu, kdy ženy jsou touto patologií postiženy ve vyšší míře než muži. Nejčastěji diagnostikovanou formou artrózy v rámci zmíněné studie byla právě gonartróza (Liebscher-Bracht & Bracht, 2020). Náležitá teoretická základna by měla být v intencích stanoveného cíle výzkumu koncipována způsobem poskytujícím adekvátní úroveň pochopení problematiky kvality života u pacientů trpících gonartrózou.

Rešeršní strategie byla zrealizována s využitím specifických klíčových slov vztahujících se k dané problematice, konkrétně: kvalita života, ošetřovatelství, pacient, gonartróza, SF-36, kolenní kloub. Literární prameny byly excerpovány z databází Národní lékařské knihovny, Google Scholar, Linkos.cz a Solen.cz. Primární selekce materiálů byla realizována aplikací vylučovacích kritérií zahrnujících absenci abstraktu a citací, starší publikace a jazyk. Přestože bylo původně stanoveno vylučovací kritérium pro zdroje starší deseti let, některé starší materiály byly začleněny z důvodu jejich kontinuální relevance a přítomnosti stále platných faktických údajů. Finální soubor použitých literárních pramenů sestával převážně z přehledových článků, elektronických zdrojů a knižních publikací. Uvedená rešeršní strategie měla za cíl zajistit adekvátní literární základnu pro výzkumné šetření zaměřené na problematiku kvality života u pacientů trpících gonartrózou.

2 KVALITA ŽIVOTA

„Z filozofického hlediska lze říci, že kvalitu života netvoří pouze příčina materiální a formální, tj. výběr z možností, které pak člověk uskutečňuje, ale patří sem i to, k čemu člověk směřuje a čemu říká smysl života“ (Dvořáčková, 2012).

2.1 Charakteristika kvality života

Na začátku této práce je zapotřebí si definovat základní pojmosloví, kterým zde je kvalita života. Ovšem definice kvality života je velmi složitá a ani v současné době není možné nalézt definici, se kterou by souhlasili všichni odborníci. Výraz „kvalita života“ byl poprvé použit v 50. letech minulého století jako politický slogan a v odstupu několika málo let byl mnohdy citován i v kruzích medicínských. Monitorovat kvalitu života je rovněž značně problematické z důvodu subjektivnosti. Tato veličina vypovídá o závažnosti onemocnění z pohledu samotného pacienta. Při definici je možné se inspirovat u Maslowovy teorie potřeb, tj. potřeby spánku, jídla, pití apod. Pak je možné ji vymezit jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“ (Němec a kol., 2009, s. 20–24).

Kvalita života je velmi často skloňovaným pojmem současné doby, a to jak z aspektu zdravotnického, ošetrovatelského, tak např. i psychologického nebo sociologického aj. Vymezení kvality života se podle potřeby daného oboru přizpůsobuje. Ani tak se stále vnímání kvality života nesjednotilo a neucelilo. Při snaze vymezit kvalitu podle původu je možné termín “kvalita” odvodit od latinského slova *qualis*, jehož základem je slovo *qui* – kdo, ve významu “kdo to je”, či také “jaké to je”? Kořen slova *Kdo* – “k” může směřovat i k původu “kěž” či “kýžený”, tedy žádoucí stav. Takto se ke kvalitě přistupuje i v českém ekvivalentu kvality, kterým je slovo “jakost”- např. ve spojení s dobrá, skvělá až nejlepší či naopak nedostatečná jakost. Lze si tak všimnout typické vlastnosti toho, o čem se mluví, jak se nějaká věc odlišuje od nějakého jiného (ve smyslu lepší nebo horší než), případně od skupiny podobných osob (Křivohlavý, 2004, s. 9).

Přesto, že se o definici kvality života snaží mnozí autoři, jednou z nejdůležitějších a nejužívanějších definic kvality života po celém světě je definice Světové zdravotnické organizace (WHOQOL: Measuring Quality of Life, © 2023 WHO): *„...jedincem vnímanou vlastní pozicí v životě, v kontextu své kultury a hodnotového systému, ve vztahu k jeho cílům,*

očekáváním, normám a obavám. Takto chápaná kvalita života je ovlivňovaná zdravím jedince, jeho psychickým stavem, osobními postoji, sociálními podmínkami a vztahy k životnímu prostředí“.

Jednou z místních definic je například ta od Gurkové (2011, s. 23), která uvádí, že „...koncept kvality života zahrnuje celou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka – od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí“. Aspekty lidského života (sociální, kulturní, ekonomické, medicínské, politické, mezilidské, psychologické, filosofické a historické) jsou ovšem různě a v různém sociokulturním kontextu začleňovány do většího množství definic a přístupů k pojmu kvality života. Oblast kvality a vymezení specifické lidské zkušenosti je však samo o sobě specifické a lze je uchopit a hodnotit různými metodami.

2.2 Vymezení a význam kvality života v kontextu zdravotní péče

Křivohlavý (2004, s. 9-10) pak rozdílnost ve vnímání a definicích kvality stvrzuje odlišným nahlížením na kvalitu života:

- **Deskriptivní a preskriptivní vymezení kvality života** – vnímání kvality života jako aktuálního stavu. Na kvalitu života je ovšem možné nahlížet i tak, že nemusí znázorňovat jen to, jaká kvalita života zrovna je, ale i do budoucna, tedy jaká by ta kvalita života mohla být. Popisován je žádoucí stav. Pak se jedná o úmysl, na který mají být konkrétní snahy orientovány.
- **Statické a dynamické vnímání kvality života** – o životě lidí je možné hovořit ve vztahu k nějakému časovému údaji: např. kvalita života obyvatel jižních Čech, nebo kvalita života vězňů v českých věznicích. Na kvalitu života je možné ale nahlížet i v dynamickém pojetí – např. ve vztahu k vývoji kvality života pacientů v dané nemocnici během posledních 10 let.

Kvalita nepředstavuje absolutní hodnotu, nýbrž relativní kategorií, poněvadž ji lze vyjádřit kvalitativními (vyplývajícími z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje) a kvantitativními (objektivními, měřitelnými) indikátory. Tím současně zahrnuje proces hodnocení. Ve snaze si stanovit, na jaký druh hodnocení se kvalita zaměřuje, je třeba vymezit jeho předmět a současně normu (standard), s níž je předmět porovnáván. Jelikož v případě kvality života je předmětem hodnocení život, je nezbytné zodpovědět základní otázku: Kvalita, jakého života je hodnocena? Nejčastěji se hodnocení týká individuálního života, jehož součástí

jsou jevy a činnosti typické pro živý organizmus v kontextu paradigmatu ošetrovatelství – lidského jednotlivce, osobu. Život člověka nelze chápat pouze v úzkém významu biologické existence, resp. jako protiklad smrti, nýbrž jako komplexní termín zahrnující veškeré projevy, oblasti jeho činnosti (rodinný, společenský, pracovní a citový život apod.). Navíc může být kvalita života vnímaná různě v závislosti na oboru, pro který je vymezována. V ošetrovatelství lze sledovat např. kvalitu života pacientů s diabetes mellitus, s onkologickým onemocněním apod. V sociologii např. o kvalitu života konkrétního národa, obyvatel (Gurková, 2011, s. 21).

2.2.1 Společné charakteristiky

Vzhledem k náročnosti přesné definice "kvality života" QOL (Quality of Life) existují společné charakteristiky, pomocí nichž lze tuto kvalitu života popsat.

- Kvalita života je individuální a subjektivní a závisí na tom, jak ji vnímá jedinec.
- Rozlišuje mezi skutečným stavem událostí a očekáváním. Tento rozdíl lze částečně zmírnit prostřednictvím ošetrovatelských intervencí.
- Kvalita života je spojena s konkrétními situacemi a životními fázemi, protože má nejistý charakter.
- Jedná se o obecný, komplexní a multidimenzionální termín. Indikátory se zaměřují především na uspokojování lidských potřeb (Hudáková a kol., 2013).

2.3 Kvalita života podmíněna zdravím

Jednou z možností, jak objektivizovat stav žití a kvalitu života ve všech aspektech, je Health Related Quality of Life (HRQoL) v českém jazyce označovaný jako „kvalita života ovlivněna zdravím“. Tento koncept umožňuje vnímat jedince jako bio-psycho-sociální jednotku a popisuje, jak subjektivně prožívá následky nemoci. Hodnotí se schopnost zvládat běžné denní činnosti a srovnání kvality života s vlastním ideálem jedince. Tato hodnota je považována za důležitý prvek lékařské a ošetrovatelské péče (Gurková, 2011; Masaryková, 2014).

V roce 2010 zveřejnila American Thoracic Society definici Health-Related Quality of Life (HRQoL), která určuje, že kvalita života ovlivněna zdravím je: „*Pocit štěstí nebo spokojenost s tím, v jakém rozsahu ovlivňují oblasti života jedince, jeho zdraví nebo jsou zdravím ovlivňované. HRQoL představuje pokus o zjištění toho, jak proměnné související se zdravím ovlivňují ty oblasti života, které jsou u lidí všeobecné nebo u lidí s určitou nemocí považovány za důležité*“. HRQoL zahrnuje faktory, zdroje, zdravotní politiku a praktické strategie, které ovlivňují zdravotní a funkční stav populace (Řehulková, 2008; Gurková,

2011). Koncept HRQoL začal být používán v osmdesátých letech, a to v souvislosti s konceptualizací zdraví, hodnocením zdravotních dopadů a podporou zdraví. Vývoj HRQoL byl především ovlivněn vývojem nástrojů pro její měření. HRQoL stanovuje několik ukazatelů pro hodnocení kvality života (Gurková, 2011).

2.4 Zdraví

Definice dle Světové zdravotnické organizace (WHO) říká, že, *zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. A nejen nepřítomnost nemoci a vady*“.

Zdraví je individuální subjektivní pocit pohody, který je pro každého člověka odlišný. Je to jeden z klíčových prvků plnohodnotného a kvalitního života. Každý jedinec vnímá svůj zdravotní stav individuálně. Například, jeden jedinec se může cítit zdravý, zatímco druhý jedinec se ve stejných podmínkách a situaci může cítit nemocný. Zdraví je ovlivňováno širokou škálou vnitřních i vnějších faktorů, které společně formují pocit pohody a spokojenosti jedince a určují délku a kvalitu jeho života. Vnitřní faktory, jako je věk a pohlaví, nelze ovlivnit, ale je důležité je brát v úvahu při úpravě životního stylu a zdravotní péče. Zdravotní péče hraje důležitou roli, ale ovlivňuje zdraví jedince pouze z části, asi z 20 %. Klíčovými determinanty jsou životní prostředí, životní podmínky a způsob života, které mají významný vliv na zdraví z 80 %. Subjektivní vnímání zdraví závisí na vnitřním pocitu jedince, zatímco objektivní zdraví zahrnuje fyzickou kondici, vzhled a vnitřní harmonii. Zdraví má významný dopad na život jedince ve společnosti, tedy i na jeho sociální zdraví. (Vurm, 2004).

2.4.1 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou faktory, které jednotlivě nebo společně ovlivňují celkové zdraví jedince, vzájemně se navzájem posilují nebo oslabují. Určují kvalitu a délku života a formují pocit pohody a spokojenosti každého jedince. Tyto faktory můžeme rozdělit na vnitřní a vnější.

Vnitřní faktory zahrnují genetický predispozice, vrozené dispozice, věk a pohlaví, které jsou neměnné a neovlivnitelné. Vnější faktory zahrnují životní prostředí, zdravotní péči a životní styl, které může jedinec ovlivnit sám. Nesprávným životním stylem, expozicí škodlivým vlivům prostředí, nedostatečnou péčí a změnami v životním a sociálním prostředí se zhoršuje zdravotní stav jedince. Zdraví, prostředí a kvalita života jsou tedy nedílně spojeny a vzájemně propojeny (Kebza, 2005; Payne, 2005)

2.5 Metody měření a hodnocení kvality života u pacientů

Jak uvádí Hnilicová (2003, s. 27–29), hodnocení kvality života zaznamenává nebývalý rozmach v posledních několika desítkách let. Na různých pracovištích po celém světě se otázkou hodnocení kvality života zabývají celé expertní týmy, které se na podkladě různých koncepčních rámců snaží z různých hledisek pojmout toto atraktivní a současně důležité téma. Z obecného pohledu prezentuje monitorování kvality života aktuálně hledání a zjišťování faktorů, které pomáhají ke kvalitnímu a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Výzkumníci se rovněž zajímají o interakce a vztahy mezi danými faktory

Kvalitu života je možné posuzovat na podkladě objektivních a subjektivních přístupů. Druhé hledisko je důležitější, neboť jde ohodnocení samotného pacienta, jak sám své onemocnění vnímá. K hodnocení kvality života standardizovaným způsobem se používají dotazníky kvality života, které kvantifikují dopady onemocnění na konkrétního jedince a dopad samotné léčby na běžný život pacienta. V praxi taky bylo vytvořeno mnoho dotazníků ke zjišťování kvality života, přičemž spolehlivost a výpovědní hodnota byla testována dle současných standardů „měření zdraví“. Dotazníky samotné se v praxi rozlišují na generické (obecné) a specifické (orientované na určité onemocnění nebo na specifický aspekt kvality života). Rozdělení a jednotlivé příklady měření uvádí níže uvedená tabulka (Němec a kol., 2009, s. 20–24).

Tabulka 1 - Rozdělení dotazníků (Němec a kol., 2009, s. 20–24).

Subjektivní	Celkový zdravotní stav: Generické dotazníky	SF-36, SF-12, Sickness impact profile, EuroQuol
	Specifické dotazníky	NASS, Prolo stupnice, Low back outcome score, Dallas dotazník bolesti, Roland Morris disability scale
	Spokojenost pacienta	Index spokojenosti pacienta
	Úroveň bolesti	VAS
	Užití léků	Dávka, užití léků před apo operaci
	Návrat do práce	Prolo ekonomická škála, délka nemocenské

Objektivní	Ekonomické výsledky	Přímé a nepřímé výdaje spojené s operační léčbou a rehabilitací, Prolo ekonomická škála, délka nemocenské
	Biomechanické výsledky	Trvanlivost implantátu
	Chirurgické výsledky	Častost atyp revize, reoperace, náhrada
	Radiologické výsledky	Stav fúze

Zmiňovaný dotazník **SF-36** prezentuje zkratku short-form, jde tedy o zkrácenou verzi s 36 otázkami. Zaměřuje se na hodnocení kvality života napříč široké věkové složení (doporučován od věku 14 let), s různým onemocněním i typem léčby. Dotazník nachází často využití v různých medicínských oborech, je velmi rozšířen. K dispozici je i jeho překlad do češtiny. V roce 1991 byl vytvořen projekt International Quality of Life Assessment, který se zaměřuje na překlad, validizaci a normování zdravotního výzkumu SF-36. Dotazník existuje v několika formách. Vyplňovat jej může buď pacient sám, nebo může probíhat jeho vyplňování jako pohovor lékaře a pacienta, existuje i v online podobě pro možnost rozesílání e-mailem, což je v současnosti značně vítané. Vyplnění dotazníku trvá zhruba 5-10 minut. Díky pozměněné formě může být použit i např. u pacientů připoutaných na invalidní vozík apod. Jednotlivé výsledkové části dotazníku se dělí do 8 podkategorií a do 2 hlavních kategorií, tj. vlivu psychické složky a vlivu fyzické složky. V rámci podkategorií jde zejména o bolest, vitalitu, vliv duševního zdraví, fyzické funkce, sociální vlivy atd. Dotazník **SF-12** vznikl jako kratší varianta k dotazníku SF-36, jeho vyplnění trvá jen zhruba 5 minut. Může vyplnit sám pacient nebo v rámci rozhovoru, ale třeba i telefonicky nebo emailem (Němec a kol., 2009, s. 20–24).

Sickness Impact Profile (SIP) zahrnuje 136 otázek. Vyplňovat jej může buď samotný pacient, nebo jej lze vést jako pohovor. Jeho vyplnění trvá zhruba 20-30 minut. Výsledkem jsou dvě hlavní kategorie – fyzická a psychosociální, jenž zahrnují 12 podkategorií. Součástí fyzické kategorie je např.: schopnost chůze, pohyblivost, péče o sebe. Psychosociální zahrnuje sociální vztahy, komunikaci, emoční ostražitost, emoční chování, spánek a odpočinek, přísun potravy, péči o domácnost, rekreaci a dovolenou a rovněž zaměstnání. Skóre může vyplývat buď z jednotlivých podkategorií, či z hlavních kategorií. Je považován za

spolehlivý nástroj a je rovněž validizován. Nachází uplatnění např. ve studiích zaměřených na bolest krční páteře či herniaci disku krční a bederní páteře, spinální stenózu a bolest v zádech, deformity páteře aj. **Nottingham Health Profile (NHP)** prezentuje dotazník vytvořený k vyplnění samotným pacientem, popř. jako pohovor lékaře a pacienta. Zahrnuje 38 položek rozdělených do 6 podoblastí (mobilita, bolest, sociální izolace, emoční reakce, vitalita a spánek). Vyplnit jej zvládne pacient do 10 minut. Každá z kategorií má rozsah od 0 do 100. Vypočítat je možné souhrnné průměrné skóre. **EuroQol dotazník** má výhodu velké jednoduchosti. Dotazník je použitelný v populačních zdravotních studiích či ke kombinaci se specifickými dotazníky. Má vysokou spolehlivost i validitu, jeho součástí je 5 dimenzí – mobilita, sebeobsluha, denní aktivity, bolest/diskomfort, úzkostlivost/deprese. Součástí každé dimenze se vztahují 3 úrovně – „bez problému“, „s nějakými problémy“ a „s velkými problémy“. Součástí dotazníku je ale i druhá část – 20 cm VAS (vizuální analogová škála), s koncovými možnostmi „můj nejhorší zdravotní stav“ a „můj nejlepší zdravotní stav“ (Němec a kol., 2009, s. 20–24).

Dotazník SF-6D vychází z dotazníku SF-36. Stojí na 6 podkategoriích z dotazníku SF36. Vznikl ve Velké Británii. Jako u SF-36 má 6 podkategorií: fyzická funkce, sociální funkce, bolest atd. (Němec a kol., 2009, s. 20–24).

Existují také specifické dotazníky zaměřené na různé specifické skupiny pacientů nebo onemocnění (Němec a kol., 2009, s. 20–24).

- **Rolland Morris disability questionnaire (RMDQ)** – dotazník používaný vesměs pro pacienty s problémy s páteří. Zahrnuje 24 otázek, na které pacient odpovídá jednoduchými a srozumitelnými odpověďmi typu ANO/NE. V případě užití v kombinaci s některým nástrojem pro určení celkového zdravotního stavu, pak prezentuje výbornou volbu k hodnocení léčby menších i větších problémů pacientů s onemocněním páteře (Němec a kol., 2009, s. 20–24).
- **Dotazník Quality of Life after Myocardial Infarction** – dotazník pro pacienty po překonání akutního koronárního syndromu. Podobně jsou pak zaměřeny také dotazníky **Minnesotský dotazník kvality života se selháním srdce**, který posuzuje míru dopadu selhání srdce na kvalitu života pacientů; eventuálně **Peripheral Artery Questionnaire** neboli dotazník kvality života pro pacienty s ischemickou chorobou dolních končetin (Gurková, 2011, s. 10).

- **Dotazníky WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD** – dotazníky kvality života hodnotící generickou (obecnou) kvalitu života dospělé a seniorské populace. Pro hodnocení kvality života pacientů v paliativní péči se pak doporučují například tyto dotazníky (FACIT, LASAS, MQOL a AQUEL)(Bužgová, 2015, s. 103-104).
- **Lequesnův index ISK** (Index of severity of knee osteoarthritis) – dotazník zaměřený specificky na pacienty s gonartrózou. Lequesnův index vyplňuje sestrou v rámci rozhovoru s pacientem. Součástí dotazníku jsou otázky na subjektivní problémy (bolest), omezení pohybových funkcí vztahujících se na kolenní kloub, a na užívání opěrných pomůcek. Jednotlivé otázky jsou posuzovány číslem a součet prezentuje hodnotu indexu ISK. Dotazník je celkem jednoduchý, rychlý a srozumitelný. Lequesnův index byl v roce 1999 validizován do češtiny a publikován (Olejárová a kol., 2005, s. 47–53).
- **Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)** – další dotazník zaměřený specificky na pacienty s gonartrózou. Na rozdíl od Lequesnova indexu si tento dotazník vyplňuje pacient sám. Index WOMAC se skládá ze tří částí: WOMACA zahrnuje 5 otázek na různé varianty bolesti, WOMAC-B dvě otázky na ztuhlost kolenních kloubů, součástí WOMAC-C je celkem 17 otázek na aktivity běžného denního života, které může gonartróza omezovat omezeny. U tohoto indexu lze tedy zvlášť posuzovat bolest, ztuhlost a poruchu funkce, jakož i celkový index algofunkčního postižení. Lze použít dva způsoby kvantitativního hodnocení odpovědí na otázky dotazníku WOMAC: kategoričké (pomocí Likertovy škály) či spojité (vizuální analogová škála). Tento dotazník, který se řadí k nejčastěji užívaným nástrojům hodnocení algofunkčního postižení u gonartrózy, zatím do češtiny validizován nebyl, i když se běžně používá v českých klinických studiích (Olejárová a kol., 2005, s. 47–53).

S dotazníky kvality života však souvisí určité problémy, na které upozorňuje Němec a kol. (2009, s. 20–24). Problémy související s hodnocením kvality života vyvstávají už od samotných pacientů. Poněvadž většinu dotazníků vyplňují samotní pacienti, musí být pro ně dostatečně srozumitelný, patřičně strukturovaný a výstižný. V případě pohovoru s lékařem či jiným zasvěceným personálem, by měla být pomoc dotyčné osoby jen stran vlastního dotazníku, určitě je zapotřebí se vyvarovat podsouvání odpovědí na konkrétní otázku. Problémem může být také dlouhodobé užívání jednoho a toho samého dotazníku, který postupně už nemusí adekvátně odrážet vlastní vývoj onemocnění a vliv léčby. Další potíže mívají

technickou povahu – grafická úprava dotazníku, psaná podoba dotazníku. Za nejvíce účinnou se jeví metoda sběru dat prostřednictvím online dotazníku (ideálně s dotykovou obrazovkou). Problém může být s tím, kdy dotazník pacientovi podat. Existují přesné časové intervaly, kdy se určitý dotazník pacientovi dává. Ty jsou pochopitelně závislé na cíli studie, diagnóze a vlastní léčbě konkrétního onemocnění. Doporučují se např. zhruba dvouleté intervaly pro monitoring, ovšem po operačním výkonu jako dekomprese pro spinální stenózu se doporučuje perioda 6 měsíců. Značným problémem mohou být chybějící data zejména při statistickém vyhodnocení dopadu léčby. Mohou se objevit potíže s textem. Pokud pacient nepochopí otázku (často při špatném překladu z originálního jazyka), nemusí ji vyplnit. Neadekvátní nebo komplikované otázky mohou zkrát zejména seniory, pacienty s nižším vzděláním či špatně edukované pacienty ve vztahu k vážnosti vyplnění dotazníku. Dosti ožehavé bývají pro pacienty hlavně otázky týkající se intimního života. Tyto odpovědi mnohdy chybí nebo je pacienti nevyplní úplně. V neposlední řadě se na kompletnosti vyplnění dotazníku může podepsat vyčerpání pacienta při vyplňování příliš obsáhlých, dlouhých a nevhodně strukturovaných dotazníků (Olejárová a kol., 2005, s. 47–53).

2.6 Vliv sledování kvality života na celkové blaho pacientů

Apel na sledování kvality života pacientů už aktuálně existuje v mnoha oblastech klinické medicíny. Jedná se o jednu z hlavních složek různých medicínských či zdravotnických intervencí. Zdravotníci se tak musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti po úrazech či jaký je účinek nastavené léčebné intervence na kvalitu jejich života. Ve zdravotnictví pak stojí těžiště hodnocení kvality života odsunuto do sféry psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se pak zachází s pojmem kvalita života ovlivněna zdravím. Uvedenou definici je možné specifikovat jako „...*subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky*“ (Hnilicová, 2003, s. 27–29). I Kalová a kol. (2005, s. 165–168) doplňuje, že za velmi důležitý aspekt hodnocení kvality života pacientů lze považovat snahu o rozluštění subjektivní dimenze této situace, tohoto vztahu. To, jak jednotlivec subjektivně vidí a prožívá sám sebe, jak je sám se sebou spokojen, je velmi důležité pro zhodnocení úspěšnosti nebo neúspěšnosti ošetrovatelských (nursing), rehabilitačních, ale i medicínsko-terapeutických intervencí.

Kvalitu života je možné považovat za vícerozměrnou veličinu, která zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost příznaků nemoci nebo léčby, ale v celkovém pohledu i jako psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty atd.

Dalšími faktory, které mají na kvalitu života vliv, jsou pochopitelně věk, pohlaví, rasa, vzdělání, rodinný stav nebo aktuální sociální situace, upřednostňované hodnoty, ekonomická situace, religiozita, kulturní zázemí, polymorbidita atd. (Němec a kol., 2009, s. 20–24).

Kvalita života ve vztahu k onemocnění se využívá zejména pro monitorování vlivu nemoci a její léčby na pacienta. Vymezuje a hodnotí to, co pacient zažívá (jaká je jeho zkušenost) v důsledku poskytování zdravotní péče. Faktory, které mají na kvalitu života pacienta vliv, vymezuje například Slováček a kol. (2004, s. 7) následovně:

- *fyzická kondice* – lze ji vymezit jako výskyt symptomů onemocnění, nebo nežádoucí účinky léčby,
- *funkční zdatnost* – stav fyzické aktivity, schopnost komunikace, uplatnění v zaměstnání a rodině aj.,
- *psychický stav* – převažující nálady, postoje k nemoci a životu, prožívání bolesti aj.,
- *spokojenost s léčbou* – zhodnocení prostředí, ve kterém je pacient léčen, technické schopnosti personálu, způsob komunikace s pacientem aj.,
- *sociální stav* – vztahy pacienta, jeho postavení ve společnosti aj.

Mareš a Marešová (2008, s. 10-15) zmiňují paradox příznivých účinků narušení zdraví na vnímání kvality života. Z výzkumů totiž vyplývá, že nemocní lidé uvádějí stejnou, někdy i vyšší kvalitu života než lidé zdraví. Tento jev jako jeden z prvních identifikoval Cassileth se spolupracovníky. Zjistil, že pět skupin pacientů s chronickým onemocněním (artritidou, diabetem, onkologickým onemocněním, renálním selháváním a dermatologickým onemocněním) vnímá kvalitu svého života, na rozdíl od očekávání, stejně jako běžná zdravá populace. Důvodem je, že psychologická adaptace u pacientů s chronickým onemocněním na život s tímto onemocněním bývá velmi efektivní a v zásadě nezávislá na typu chronické nemoci. Podobné výsledky pak byly zjištěny i u pacientů s artritidou, poškozením míchy, mozkovou obrnou, ortopedickými vadami, roztroušenou sklerózou, HIV/AIDS, chronickým obstrukčním plicním onemocněním, diabetem, chronickou bolestí. Je tedy otázkou, proč mnozí lidé s vážným onemocněním nebo přetrvávající poruchou zdraví zmiňují, že mají dobrou či výbornou kvalitu života, ačkoliv většina pozorovatelů má dojem, že tito lidé musí žít velmi těžký život. Tento rozpor mezi objektivně doloženým vážným nálezem i předpoklad jeho vážných důsledků ze strany vnějších posuzovatelů (včetně profesionálů) na jedné straně

a subjektivně pozitivním vnímáním kvality života pacienty s těmito vážnými nemocemi na straně druhé byl zvolen výraz „paradox poruchy – disability paradox“.

Podobné efekty ve svém výzkumu prezentuje i Blatný a kol. (2008, s. 37-41) sledující dětské pacienty po onkologické léčbě. U těchto pacientů lze zaznamenávat menší účast na sociálních aktivitách, což může být důsledkem léčby v podobě zvýšené unavitelnosti či častější nemocností, nebo omezených sociálních kompetencí díky delšího pobytu mimo vrstevnický kolektiv a společnosti lidí v běžných životních podmínkách. Významný vliv zde může mít i zvýšená protektivita rodičů obávajících se o zdravotní stav dítěte. Na druhou stranu při dotazování samotných dětí na jejich vnímání kvality života nebyly zjištěny žádné rozdíly v porovnáním s běžnou dětskou populací. Bývalí onkologičtí pacienti dokonce dosahují o dost nižší úroveň depresivity než děti z kontrolní skupiny, přičemž průkazný rozdíl byl identifikován ve věkové skupině 13–14let.

3 GONARTRÓZA

3.1 Definice

Osteoartróza představuje nejčastější onemocnění periferních kloubů, u něhož v posledních letech neustále stoupá jeho epidemiologický význam. Ve spojitosti s demografickým vývojem a prodlužováním střední délky života začíná narůstat i počet pacientů s touto poruchou, zvyšuje se také potřeba přímých i nepřímých nákladů, a proto je problematice její diagnostiky, a především léčby věnována v posledních desetiletích ze strany lékařské veřejnosti i farmaceutického průmyslu velká pozornost (Olejárová, 2010, s. 470–474).

Gonartrózu je možné definovat jako běžnou komplexní kloubní poruchu, pro kterou je charakteristická fokální ztráta chrupavky, formace nové kosti a současné postižení veškerých kloubních tkání. Typicky se projevuje námahovou bolestí a snížením funkce kloubu, strukturální tkáňové změny se odrážejí v klasických radiografických rysech (Olejárová, 2010, s. 470–474). Gonartróza prezentuje degenerativní onemocnění kloubů, které se řadí k nejčastějším chorobám pohybového muskuloskeletálního systému. Prevalence symptomatické gonartrózy v dospělé populaci se pohybuje v rozmezí 1,6–9,4 %, její incidence podstatně narůstá s věkem (Olejárová a kol., 2005, s. 47–53).

Artróza představuje na celém světě nejčastější kloubní onemocnění dospělých. Ze studie v Německu realizované v letech 2008 až 2011 vyplynulo, že 20,3 % osob ve věku 18 až 79 let má diagnostikovanou artrózu. Mnohem častěji bývají artrózou zasaženy ženy než muži. Nejčastěji diagnostikovanou artrózou v dané studii byla právě gonartróza (Liebscher-Bracht a Bracht, 2020, s. 20).

Gonartróza je heterogenní skupinou stavů odlišného původu s různými rizikovými faktory (věk nad 50 let, ženské pohlaví, vyšší BMI, předešlý úraz kolene, porucha osového uspořádání kloubu, kloubní laxita či instabilita, vyšší pracovní nebo sportovní zátěž, pozitivní rodinná anamnéza a přítomnost Heberdenových uzlů). Konkrétní formy (podtypy) gonartrózy lze charakterizovat v závislosti na lokalizaci (patelofemorální, mediální tibiofemorální, laterální tibiofemorální), reakci subchondrální kosti (atrofická, hypertrofická), celkovém obrazu (generalizovaná, lokalizovaná), přítomnosti krystalů (pyrofosfát, zásaditý fosforečnan vápenatý) a podle stupně a rozsahu zánětlivých změn (Olejárová, 2010, s. 470–474).

3.2 Etiologie a patofyziologie onemocnění

Z etiopatogenetického hlediska byla do nedávné doby osteoartróza pokládána za důsledek stárnutí, degenerace a opotřebení chrupavky. Ovšem na základě studií z poslední doby vyplývá, že častěji se jedná o aktivní proces zahrnující změny destruktivní a regenerační povahy, a že jde tudíž o výrazně heterogenní skupinu (Horčíčka, 2004, s. 238-242). Artrózy jako takové se podle příčin dělí (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 148):

- **Primární** (tzv. idiopatické, bez známé příčiny) – jsou zapříčiněny zřejmě trvalým přetěžováním kloubů při obezitě, během náročné sportovní aktivity, či vlivem nevhodné stravy, kouření, alkoholu apod.
- **Sekundární** – rozvíjí se na podkladě jiného onemocnění, nejčastěji úrazu, Perthesovy choroby, vývojové dysplazie kyčlí, či aseptické nekrózy hlavice femuru, jako následek užívání kortikoidů, cytostatik nebo i dialyzovaných pacientů.

Z patofyziologického hlediska se má za to, že onemocnění představuje výsledek poškození kloubní chrupavky komplexním působením genetických, metabolických, biochemických a biomechanických faktorů se sekundární zánětlivou komponentou. Součástí procesu jsou souběžně uskutečňované degradační a reparační změny chrupavky, kosti a synovie. Chondrocyty prezentují zřejmě nejvýznamnější buňky odpovědné za vývoj gonartrózy. Lidské i zvířecí modely tohoto onemocnění potvrzují na chondrocytech množství abnormálních metabolických změn. Zahrnují vyšší úroveň proliferativních, syntetizujících a degradačních aktivit. Fyziologický stav chrupavky je určen rovnovážným stavem syntetizujících a katabolických procesů. Narušením této rovnováhy je způsobena degradace chrupavky, uvolnění matrixových molekul, jejich fragmentů a degradačních enzymů z chondrocytů do nitrokloubního prostředí. Úloha zánětu v patogenezi osteoartrózy zůstává kontroverzní. Zánětlivá komponenta může být přítomna u některých pacientů a v určité etapě onemocnění (Horčíčka, 2004, s. 238-242).

3.3 Klinický obraz gonartrózy

Gonartróza je charakteristická bolestí lokalizovanou do kloubních štěrbin a úponů měkkých tkání. V důsledku výpotku a tlaku na kloubní pouzdro a úpony v podkolenní mnohdy pacienti zmiňují bolest i dorzálně do popliteální jamky. Pokud se dlouhodobý výpotek a oslabení kloubního pouzdra nachází mezi úpony v podkolenní, může se na daném místě vytvořit Bakerská pseudocysta. Nejčastějším problémem a příčinou bolesti v oblasti kolene bývá patelofemorální skloubení. U mladších jedinců bývá příčinou chondromalacie, jakožto důsledek

vychudnutí stehenních svalů (m. quadriceps femoris), které způsobuje změknutí chrupavky. Vliv mají i různé varianty dysplazie, změna tvaru kloubních ploch pately, a posun na stranu mimo centrum femorálního žlábků. U starších pacientů přibývá degenerace a patelofemorální artróza. Bolest se lokalizuje do oblasti pately, na přední stranu kolene s vystřelováním proximálně i distálně. Charakteristické bývají bolesti při ohnutí kolene, kleku, dřepu, při chůzi ze schodů, při delším sezení s ohnutým kolenem – cestování, v divadle. Klinicky je zjištěna palpační citlivost okrajů pately. Pozitivní při vyšetření bývá příznak hoblíku, zatlačení na patelu a zároveň posun nahoru a dolů způsobující bolest (Ryba a kol., 2018, s. 215–220).

Bolest v kloubu se v počátku onemocnění objevuje na začátku pohybu (tzv. startovací bolest), po rozhybání se následně zmenší či úplně ustoupí. S postupem postižení se bolest rozvíjí i během pohybu či po námaze, výrazně bývá vyznačena meteorotropní závislost, v nejpokročilejším stádiu pak i bolest klidová a noční. Typická bývá i ztuhlost kloubů, která se manifestuje komplikovaným „rozhybáním“ kloubu při prvních pohybech, trvající zhruba 10–15 minut. Při klinickém vyšetření je možné zaznamenat dle tíže postižení různý stupeň deformace kloubů, zhrubění kontury kloubu se ztrátou jeho ušlechtilého tvaru. Rovněž lze zaznamenat drásoty při pohybu v kloubu a zmenšení rozsahu pohybů v kloubu s bolestivými krajními polohami. V komplikovanějších případech nastává změna osového postavení kostí účastnících se na konfiguraci kloubu. U přítomnosti následné synovity se může objevit otok přilehlých měkkých tkání, klouby hřejí a objevuje se kloubní výpotek (Horčíčka, 2004, s. 238-242).

3.4 Stadia a progresse gonartrózy

Artróza jako taková se vyvíjí v rámci několik stádií. Záleží na tom, v jakém systému jsou hodnocena. Nejčastější rozdělení vychází z radiologického vyšetření, kdy se rozlišuje artróza do 4 stupňů, přičemž 1. stupeň je nejmírnější a 4. nejrozvinutější (Lepší péče, 2012):

- **Stadium I** – dochází ke zúžení kloubní štěrbiny (díky ztenčování chrupavky).
- **Stadium II** – dochází k progresi zúžení kloubní štěrbiny, menší nerovnosti kloubních ploch, subchondrální sklerotizace.
- **Stadium III** – dochází k progresi zúžení kloubní štěrbiny, tvorba marginálních osteofytů, osteoporóza, pseudocysty, osteoskleróza.
- **Stadium IV** – nastává úplné vymizení kloubní štěrbiny, deformace kloubních konců kostí, splývání pseudocyst, osteonekrotické změny, patologické postavení kloubní

(tzv. těžká artróza). U tohoto stádia onemocnění je již indikována kloubní náhrada (endoprotéza).

3.5 Diagnostika gonartrózy

Pro diagnostiku gonartrózy je aktuálně základem správné vyhodnocení klinického obrazu a morfologických změn (Horčička, 2004, s. 238-242). Diagnostika gonartrózy v běžné klinické praxi vychází z charakteristického klinického a rentgenového nálezu. Pro kvalitní diagnostiku, např. pro potřeby klinického výzkumu, se aktuálně využívají již klasická kritéria podle ACR (American College of Rheumatology). Uvedená kritéria dokážou spolehlivě identifikovat rozvinutou gonartrózu, ovšem neodhalí např. případy časně symptomatické artrózy s minimálními či žádnými rentgenovými změnami. Charakteristické rentgenové změny, na kterých stojí současná diagnostika gonartrózy, se vyvíjejí až po biochemických a klinických změnách jako poslední. Diagnostika časných forem, bez prokazatelných rentgenových změn je tak vesměs nemožná. Zatím neexistuje ani žádný biochemický ukazatel nebo marker, který by na počínající artrózu upozornil (Olejárová, 2010, s. 470–474).

U osob starších 40 let s námahovou bolestí, krátkou ranní ztuhlostí, snížením funkce a jedním a více z charakteristických vyšetřovacích nálezů (krepitace, omezení hybnosti, osteofyty) lze diagnózu gonartrózy stanovit i bez rtg vyšetření nebo v případě, kdy jsou rtg snímky normální. Na diagnózu gonartrózy svědčí krepitace, bolestivá či omezená hybnost, osteofyty a žádný či pouze malý výpotek. Rovněž se mohou při klinickém vyšetření objevit deformity (nejčastěji fixovaná flekční a varózní deformita, méně často valgózní), instabilita kloubu, periartikulární bolestivost a bolest při tlaku na patelu. Varovné příznaky svědčící pro závažnou patologii (např. sepse, krystalová artritida) prezentuje těžký zánět kloubu, zarudnutí a narůstající bolest bez vazby na pohyb. Také i přítomné postižení dalších kloubů (polyartritida) může naznačovat mnoho dalších diagnóz. Rovněž je nutné věnovat pozornost přenesené bolesti, lézi vazů a menisků a lokalizované burzitidě (Olejárová, 2010, s. 470–474).

Zlatým standardem zůstává pořád prostý rtg snímek obou kolen, realizovaný vstoje, v semiflekční zadopřední projekci a v laterální a „skyline“ projekci. Za klasické rtg projevy artrózy se považují osteofyty, fokální zúžení kloubní štěrbiny, subchondrální kostní skleróza a subchondrálně uložená cystoidní projasnění. Další zobrazovací metody (MRI, sonografie, scintigrafie) se pro diagnózu gonartrózy používají výjimečně (Olejárová, 2010, s. 470–474). Přesto Horčička (2004, s. s. 238-242) jejich význam neopomíjí, například sonografie je podle

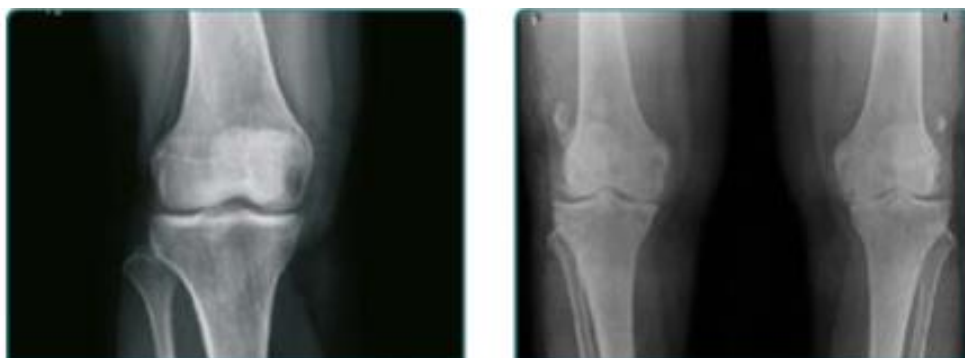
něj suverénní metodou pro stanovení kloubního výpotku, a to i v kloubech obtížně dostupných vyšetření. Scintigrafie dává informace o perfuzi kosti a kostní aktivitě.

Pro diagnózu gonartrózy není sice laboratorní vyšetření krve, moči a synoviální tekutiny nutné, ovšem realizuje se spíše pro potvrzení nebo vyloučení jiného, závažnějšího, hlavně zánětlivého onemocnění (pyrofosfátová artropatie, dna, revmatoidní artritida aj.). Pakliže je zjištěn nitrokloubní výpotek, je nutné jej evakuovat punkcí a uskutečnit analýzu synoviální tekutiny včetně zjištění krystalů k vyloučení zánětlivého onemocnění a krystalové artropatie. Artrotická synoviální tekutina má v charakteristickém případě nezápovědnou povahu, obsahuje méně než 2 000 leukocytů/mm³; mnohdy se v ní nachází krystaly zásaditého fosforečnanu vápenatého (Olejárová, 2010, s. 470–474).

3.6 Terapeutické a konzervativní přístupy

Léčba gonartrózy by měla být zaměřena zejména na snížení bolesti, eliminaci kloubní ztuhlosti a udržení funkce. Zároveň je snahou bránit rozvoji kloubní deformity, řetězení pohybových poruch, eliminovat funkční handicap a celkově pozitivně ovlivnit kvalitu života. Zároveň je třeba vždy léčit konkrétního člověka s rozdílnými možnostmi, potřebami a očekáváními. Mimo to by měla být jakákoliv intervence dobře snášená, s minimem nežádoucích účinků a finančně akceptovatelná (Gallo, 2018, s. 191–196). Léčba zpravidla začíná aplikací nesteroidních antirevmatik, rehabilitací a fyzikální terapií a omezením zátěže (Hruška, 2014, s. 1).

Pro časná stadia jakéhokoliv onemocnění jsou indikovány postupy bránící dalšímu rozvoji (progresi). Je vhodné je tedy volit i v případě léčby gonartrózy. Dosud ovšem nejsou k dispozici léky, které by uměly spolehlivě zabránit vzniku, eventuálně rozvoji už existující gonartrózy. Několik látek se této pozici blíží, je však nutné provést další kvalitní studie (Gallo, 2018, s. 191–196).



Obrázek 1- Vlevo kolenní kloub bez artrózy a vpravo kolenní kloub s artrózou (Hruška, 2014, s. 1)

Optimální léčba gonartrózy se skládá z kombinace nefarmakologické léčby a farmakoterapie. Všechny pacienty je nezbytné edukovat o možnostech léčby a o nezbytnosti úpravy životního stylu, pravidelného cvičení, a snížení váhy. Značnou pozornost a velké úsilí je nezbytné v praxi věnovat motivaci pacienta pro spolupráci při léčbě. Klinický stav pacientů je možné zlepšit pouhými pravidelnými telefonickými kontrolami pacientů lékařem nebo sestrou. Pravidelná péče omezuje bolest a mírně zlepšuje i funkci. Vhodné bývá i jednorázové nebo opakované vyšetření fyzioterapeutem, který posoudí stav pacienta a realizuje instruktáž k individuálnímu cvičení, orientovanému na snížení bolesti a zlepšení funkční kapacity kloubu dle aktuálního stavu. Pro pacienty s gonartrózou je důležité pravidelné cvičení (ideální je běžné aerobní cvičení, cvičení na posilování svalstva či cvičení pro zlepšení rozsahu hybnosti v postiženém kloubu). Obézní pacienti by se měli nažít snížit svou váhu (redukce váhy je ve výzkumech potvrzována jako pomáhající s úlevou od bolesti, ztuhlosti i zlepšením funkce kolenního kloubu). U pacientů s aktivovanou artrózou se hodí opěrné pomůcky (hole, berle), které pomáhají s odlehčením zasažené končetiny. Pacienty je ovšem nutné instruovat v jejich správném používání. Ortézy se indikují u stavů, souvisejících s lehkou až středně závažnou instabilitou kolenního kloubu; u běžné, nekomplikované artrózy jejich nošení není vhodné. Všichni pacienti s koxartrózou a gonartrózou musí být poučeni o výběru vhodné obuvi, případně vložek do bot. Doklady o účinnosti fyzikální léčby u artrózy jsou značně omezené; symptomaticky mohou mít efekt např. aplikace tepla a chladu, krátkovlnná diatermie či transkutánní elektrická nervová stimulace. Symptomaticky může ulevit i akupunktura. U dalších fyzikálních procedur přesvědčivé důkazy o efektu dosud chybí (Olejárová, 2010, s. 470–474).

Z možností léků aplikovaných přímo do kloubu je mimo výlučně analgeticky působících kortikoidů přípustné i podání viskosuplementů („promazání“), které zlepšují funkci

kloubu, a navíc se jedná o preparáty příbuzné s látkami nacházejícími se v chrupavce a kloubním mazivu. V posledních letech se začínají uplatňovat postupy s aplikací plazmy obohacené krevními destičkami, která se získá odběrem a zpracováním krve pacienta. Analgetický a protizánětlivý účinek je právě v trombocytech. Aktuálně se provádí i aplikace kmenových buněk získaných z tukové tkáně či kostní dřeně. Všechny uvedené metody mají společné to, že díky nim dochází ke zmírnění potíží, ovšem nikdo neprokázal regeneraci chrupavky tam, kde již zanikla a kde nepokrývá vlastní kost (Hruška, 2014, s. 1).

Dosud jedinou metodou trvalé úlevy pro pacienta je kompletní náhrada kloubu (TEP-totální endoprotéza). Tyto operace se realizují již od 70. let minulého století. Dlouhodobé studie uvádí přežití TEP více než po 20 letech od operace. Náhrad existuje velké množství, obvykle na podkladě kovových slitin a titanu, vlastní kluznou složkou bývá značně odolný polyetylén. Pro alergiky na kovy lze využít keramiky, anebo poslední dobou sloučeniny titanu, které se na první pohled podobají zlatu. Náhrady jsou upevněny cementem. Existují také varianty bez cementu, ovšem za poměrně vyšší cenu, dlouhodobé výsledky ovšem lepší nebývají. Po operaci se dokáže pacient vrátit do plné zátěže zpravidla za 6 týdnů. Náhrada umožní i rozumný rekreační sport. V případě selhání náhrady lze provést reoperaci sice se složitější technikou, ovšem v podstatě s velmi dobrým funkčním výsledkem (Hruška, 2014, s. 1-2).

Aktuálně pořád více pozornosti odborné veřejnosti poutá otázka, jestli lze zabránit nebo alespoň zpomalit rozvoj gonartrózy prostřednictvím tzv. výživových prostředků. Přes rozsáhlý klinický výzkum o nich pořád není možné říci, že mají prokázáný spolehlivý, déle trvající a silný úlevný ochranný účinek. I tak ovšem mnoho pacientů prostředky z této skupiny látek pravidelně užívá, a dokonce si veřejně pochvalují výsledky po jejich užívání. Nejčastěji jsou zmiňovány glukosamin (GA), chondroitin sulfát (CS) a metylsulfonylmetan (MSM). Některé jsou u nás považovány za léčivé přípravky a jsou vázány na předpis (např. DONA nebo Condrosulf 800), ve většině ostatních případů jde o léčivé přípravky volně prodejné (např. Condrosulf 400 nebo GS Condro 1 500) případně jsou součástí doplňků stravy (např. Geladrink Forte, Proenzi 3+). Zejména glukosamin a chondroitin sulfát představují vděčnou skupinu látek, které bývají nasazovány u časně až středně pokročilé gonartrózy. U mnoha pacientů je takto možné poměrně efektivně a dlouho kontrolovat příznaky a jejich naléhavost kompromitující kvalitu života. Glukosamin, chondroitin sulfát i MSM prezentují látky s jasně vymezeným původem, chemickou strukturou a očekávanou účinností. Mají

nízké riziko nežádoucích účinků. Používání obou sacharidů a MSM by mohlo mimo zmíněných klinických účinků způsobit i snížení denní spotřeby analgetik, eventuálně nesteroidních antirevmatik. Není ale vhodné uvedená nutraceutika podávat izolovaně, ale jako součást komplexní léčebné a preventivní strategie (Gallo, 2018, s. 191–196).

3.7 Podpora pacienta a vzdělávání

Podpora a vzdělávání pacienta s gonartrózou prezentuje jeden z prvních úkolů sestry po stanovení diagnózy. Pacientovi je třeba poskytnout dostatek informací o původu jeho onemocnění, prognóze a možnostech léčby, o důležitosti úpravy životního stylu a pohybového režimu. Péče o pacienta s gonartrózou by měla probíhat v pravidelných intervalech, návštěvy lékaře je možné u nekomplikovaných případů suplovat pravidelnými telefonickými kontrolami pacientů lékařem nebo sestrou. Pravidelný telefonický kontakt s pacientem dokáže snížit bolest a mírně zlepšuje i funkci, aniž by docházelo k ovlivnění psychosociálních aspektů léčby (spokojenost pacienta apod.) (Olejárová, 2009, s. 552–557).

Většina odborných společností doporučuje vzdělávání jako nedílnou součást léčby zejména na začátku onemocnění, ačkoliv objektivní průkaz o efektivitě vzdělávání ve smyslu randomizované studie poskytnut nebyl. Mimo pohovoru s pacientem lze dobře využít také tištěné materiály, někteří pacienti upřednostňují poskytnutí informací na elektronických médiích. V některých zemích jsou populární materiály patientských organizací. Pacientovi by měla být objasněna nejen podstata onemocnění, ale i její pravděpodobný vývoj, nutnost úpravy životního stylu, jak již bylo uvedeno, ale současně je třeba klást důraz na větší užitečnost modalit s aktivní účastí pacienta než pasivních procedur (např. elektroléčby) (Pavelka, 2012, 20(3): 138-157).

Ravaud a kol. (2009, s. 421) však upozorňují, že získat si pacienta pro aktivní přístup k onemocnění bývá někdy celkem komplikované a v klinické praxi mnohdy skoro neproveditelné. Přitom ve studii uvedených autorů z běžné klinické praxe provedené ve Francii byl srovnáván vliv tří odborných konzultací, orientovaných na edukaci o možnostech léčby osteoartrózy, instruktáž k pravidelnému cvičení a informace o redukci hmotnosti, s obvyklou péčí. Po 4 měsících autoři výzkumu zjistili, že u poučených pacientů došlo k větší redukci váhy a také pacienti trávili více času cvičením, což dokládá důležitost práce s pacientem a jeho vzdělávání.

3.7.1 Edukace pacientů

Správné vzdělávání pacienta je zásadní a důležitou součástí. Pacient, který má dostatek znalostí o nemoci jako je artróza, zvládá každodenní život celkově lépe než pacient s omezenými informacemi. Jedním z opatření je snížení tělesné hmotnosti v kombinaci s dostatečným pohybem. Data ukazují, že pacienti se silnějším svalstvem kolem kolenních kloubů trpí artrózou méně. Pohybové aktivity jsou nezbytné dlouhodobě a pravidelně, nikoli nárazově. V počátečních stádiích onemocnění je vhodná přiměřená pohybová aktivita. Cvičení pomáhá udržovat a zlepšovat rozsah pohybu v kloubu a také posiluje přilehlé svalové skupiny. Nedoporučují se sporty zatěžující klouby, zejména s tvrdými doskočnými pohyby. Mezi nevhodné patří volejbal, basketbal a téměř všechny míčové hry, dále vysokohorská turistika a dlouhé pochody po nerovném terénu. Odlehčení bolestivého kloubu pomocí zevních pomůcek je dalším opatřením. V raném stadiu artrózy se doporučuje vycházková hůl na opačné straně, než je postižený kloub. V těžších případech jsou vhodné francouzské nebo podpažní berle. Důvodem používání berlí je odlehčení poškozeného kloubu. Další možností jsou vhodné ortézy, považované za léčebnou metodu. Pro pacienty, u nichž není možná operace, se zhotovuje ortopedická obuv (Gallo, 2011).

3.7.2 Lázeňská léčba

Česká republika představuje jednu z předních destinací pro lázeňské pobyty. V současnosti nabízí 36 lázeňských míst. Velká část lázní je navštěvována pacienty s poruchami pohybového aparátu. Lázeňská léčba může probíhat ambulantně nebo formou pobytu. Pobytová lázeňská péče se poskytuje třemi způsoby. Délka pobytů v lázních se různí, většinou trvají 21 až 27 dní. Lázně Jáchymov, Jeseník, Slatinice, Třeboň, Běláhořad a Darkov se přímo specializují na léčbu pohybového aparátu. Při této léčbě se využívá františkolázeňská sirnoželezitá slatina, která zmírňuje bolesti pacientům s artrózou kolenních, kyčelních a dalších kloubů. Léčba pomáhá pacientům před vznikem nemoci, v různých stádiích onemocnění, ale zejména stabilizuje stav. Slatina obsahuje přírodní steroidy a sirmé sloučeniny, které příznivě ovlivňují chronický zánět a napomáhají regeneraci kloubů. Lázeňské pobyty nabízejí širokou škálu procedur, mezi které patří například balneoterapie (Navrátil, 2019).

3.8 Dopad gonartrózy na kvalitu života pacientů

Kvalita života s jakýmkoliv onemocněním může být ovlivněna nejen obvyklými faktory (viz výše v textu), ale pochopitelně i daným onemocněním, respektive jeho nepříznivými projevy. V případě gonartrózy je to především omezením hybnosti a mnohdy i bolestivost. Yamamotová a Papežová (2010, s. 110–114) potvrzují, že chronická bolest prezentuje

komplexní stav, který ovlivňuje myšlení, náladu i chování a v důsledku snížené hybnosti může pozvolna vyústit do úplné sociální izolace, včetně závislosti na lécích. Má podstatný dopad na každodenní činnost jedince, omezuje jeho nezávislost a značně zasahuje do interpersonálních vztahů. U lidí trpících chronickou bolestí navíc existuje průměrně 3krát vyšší riziko výskytu jistých psychiatrických symptomů a u pacientů s depresí je také 3krát vyšší riziko vzniku chronické bolesti. Pacienti trpící současně depresí a chronickou bolestí navíc častěji využívají zdravotnické služby, a to i v případě, když nemají žádné jiné závažnější onemocnění. Navíc neustávající bolest pak může komplikovat i léčbu deprese.

Pacienti s chronickou bolestí trpí depresivní náladou, neboť je omezena jejich schopnost aktivního společenského života a mají problémy s úkony běžného dne. Pakliže u pacienta převažuje převládá pocit bezmoci a beznaděje, může to vést k jeho celkové apatii a rezignaci, pacient pozbývá smysl svého života a nedokáže jej dále hledat. Smutek doprovázející ztrátu zdraví a trvající bolest, může přecházet v depresi i s výskytem suicidální tendence. Deprese bývá příčinou dalších dějů, které zhoršují situaci pacienta. Obvyklou reakcí na chronickou bolest může být i hněv a agresivita. Pacient se zlobí jak na osud, konkrétní situaci, tak sám na sebe, lidi ve svém okolí i zdravotnický personál. Hněv vyjadřuje nepříznivý postoj k situaci, ale i připravenost bojovat s ohrožením jako jeden z eventuálních obranných mechanismů. Bolest může odvést pozornost pacienta od vnějšího světa a energii jedince s bolestí orientovat zaměřit na trýznivé místo. Když bolest narůstá, může osobnost pacienta závažně poškodit. Ve vážných případech může dojít i ke změně osobnosti. (Zacharová, 2008).

Doucková (2012, s. 24-26) doplňuje, že chronická bolest je více než výlučné ohrožení fyzické integrity, prezentuje ohrožení vlastního sebepojetí a vlastní identity. Vnímání toho, kdo jsem a co si přeji být, se mění a omezuje na to, co ještě mohu. Chronická bolest má nepříznivý dopad na kvalitu života pacientů a v naprosté většině ji pacienti vnímají ze své strany za špatnou. Nejdůležitější potřebou pro pacienty je být bez bolesti. Na druhou stranu z výzkumu autorky vyplynulo, že výše uvedené tvrzení o omezení sociálních vztahů v důsledku chronické bolesti nebylo potvrzeno.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Gonartróza, jakožto chronické onemocnění postihující kolenní klouby, představuje komplexní patologický stav negativně ovlivňující kvalitu života pacientů. Bolestivost a omezená hybnost, jakožto primární symptomy této nemoci, mají zásadní dopad na fyzickou, psychickou i sociální dimenzi lidského života. Perzistující bolest má prokazatelně negativní efekt na myšlení, náladu a chování jedince, přičemž dlouhodobě může vést k sociální izolaci a závislosti na analgetické medikaci. Chronická bolest dále zvyšuje riziko výskytu psychiatrických poruch, zejména deprese. Kombinace chronické bolesti a depresivní symptomatologie pak výrazně limituje soběstačnost pacientů a ovlivňuje jejich mezilidské vztahy a interakce (Yamamotová a Papežová 2010, s. 110–114)

Klíčovým výzkumným problémem je tedy:

„Jak ovlivňuje gonartróza kvalitu života pacientů?“

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaného výzkumu bylo zjistit do jaké míry je ovlivněna kvalita života pacientů s diagnostikovanou gonartrózou.

5.2 Dílčí cíl 1

Zjistit úroveň kvality života pacientů s gonartrózou v oblasti celkového psychického zdraví.

5.3 Dílčí cíl 2

Zjistit úroveň kvality života pacientů s gonartrózou v oblasti celkového fyzického zdraví

5.4 Výzkumné předpoklady

H1: Předpokládám, že pacienti s gonartrózou budou v oblasti celkového psychického zdraví dosahovat v hodnocení standardizovaného dotazníku podprůměrných výsledků.

H2: Předpokládám, že pacienti s gonartrózou budou v oblasti celkového psychického zdraví dosahovat v hodnocení standardizovaného dotazníku podprůměrných výsledků

5.5 Operacionalizace pojmů

Fyzické fungování (PF – Physical functioning) – je klíčovým aspektem lidského života, ve kterém se zkoumá schopnost osoby zvládnout fyzické nároky každodenního života. Tento segment obsahuje 10 otázek týkajících se běžných aktivit, jako je chůze, schody, koupání, nákupy nebo ohýbání a klekání bez pomoci ostatních (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Fyzická omezení (RP – Role-physical) – tato sekce zahrnuje 4 otázky, které hodnotí míru omezení v běžných činnostech z důvodu fyzického zdraví a psychických problémů. Zjišťuje

se, zda se čas věnovaný úklidu zkrátil, zda osoba vykonala méně práce a zda se u ní objevila omezení při práci nebo jiných činnostech (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Tělesná bolest (BP – Bodily pain) – obsahuje 2 otázky, které reflektují intenzitu bolesti a její negativní vliv na každodenní aktivity (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Všeobecné zdraví (GH – General health) – hodnotí obecné zdraví z hlediska osobního vnímání a očekávání od něj. Tato část zahrnuje 5 otázek, které zjišťují, jak si dotyčný hodnotí svůj zdravotní stav a co od něj očekává (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Vitalita (VT – Vitality) – část dotazníku obsahující 4 otázky ohledně duševního stavu respondenta v posledních 4 týdnech, zda se cítil vyčerpaný nebo plný energie. Otázky zahrnují i pozitivní aspekty, jako je štěstí nebo elán (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Sociální fungování (SF – Social functioning) – zkoumá změny v sociálním životě respondenta a obsahuje 2 otázky. Jedna se zaměřuje na to, do jaké míry zdravotní a emocionální problémy ovlivnily život v posledních 4 týdnech, zatímco druhá se zabývá frekvencí těchto změn (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994)

Emoční problémy (RE – Role-emotional) – 3 otázky hodnotí, jak depresivní či úzkostná stavba ovlivňuje každodenní aktivity respondenta. Zjišťuje se, zda se zkrátil čas věnovaný práci a zda se snížila pozornost (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Duševní zdraví (MH – Mental health) – posuzuje psychické zdraví v závislosti na základním onemocnění a zahrnuje 3 otázky. Otázky se týkají přítomnosti deprese a úzkosti (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

Změna zdraví – Dotazník SF-36 obsahuje také položku týkající se změn zdraví respondentů za poslední rok, která může být analyzována jako kategoriální proměnná, například normální úroveň zdraví (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

6 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

6.1 Metodologie výzkumu

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, který se zaměřuje na systematické shromažďování a analýzu číselných informací za pečlivě kontrolovaných podmínek. Tato metodologie pracuje s objektivními statistickými jednotkami, které jsou důkladně tříděny a analyzovány. Kvantitativní šetření bylo prováděno pomocí standardizovaného dotazníku, který byl doplněn o otázky vlastní konstrukce. Pro hodnocení kvality života v souvislosti se zdravím byl použit dotazník Short-Form 36 (SF-36).

Dotazník obsahuje celkem 44 otázek a zajišťuje úplnou anonymitu respondentů. Respondenti byli seznámeni s cílem výzkumu, sběrem dat a důležitostí zachování anonymity svých informací. Vlastní otázky (1–8) se zaměřovaly na sociodemografické údaje a hodnocení změn v kvalitě života. Další otázky (9–44) byly převzaty z dotazníku SF-36 a sloužily k podrobnému zhodnocení kvality života respondentů. Všechny otázky byly povinné a respondent měl možnost vybrat jednu z uzavřených odpovědí.

6.2 Metodika SF 36

Dotazník SF-36 byl vytvořen pro použití v klinické praxi k screeningu jednotlivých pacientů, výzkumu, porovnávání léčebných nákladů různých nemocí a sledování kvality života specifických i obecných populací. Dotazník SF-36, se zaměřuje na kvalitu života podmíněnou zdravím (Health Related Quality of Life – HRQoL), obsahuje 36 otázek rozdělených do 8 dimenzí: fyzické fungování, fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy a duševní zdraví. Každá otázka nabízí několik možných odpovědí na škále 1-5 bodů, kde 1 znamená výtečné, 2 - velmi dobré, 3 - dobré, 4 - docela dobré a 5 - špatné (Vaňurová a kol.,2005).

6.3 Vyhodnocení SF-36

Vyhodnocení dotazníku SF-36 probíhá tak, že otázky v jednotlivých dimenzích jsou nejprve ohodnoceny body, které jsou poté sečteny. Výsledná hodnota je transformována na škálu od 0 do 100, kde 100 bodů znamená lepší kvalitu života a hodnota pod 50 bodů se považuje za podprůměrnou, což naznačuje horší kvalitu života. V České republice existuje tabulka vytvořená Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR pro výpočet skóre z dotazníku pomocí MS Excelu. Tato tabulka usnadňuje vyhodnocování a sjednocuje získané výsledky,

které mohou být interpretovány jako nad nebo pod normou obecné populace. Výsledky jednotlivých dimenzí poskytují informaci o celkovém zdravotním stavu pacienta a lze je dále analyzovat buď jako celek, nebo odděleně pro každou dimenzi (Šťastná, 2008).

6.4 Charakteristika sledovaného souboru

Sledovaný soubor se skládal z 85 respondentů, u nichž byla stanovena diagnóza gonartrózy.

Respondenti byli vybráni na základě stanovených kritérií:

- věkovou hranici 18 let
- diagnózu gonartrózy
- diagnostikování s 3-4 stupněm gonartrózy
- muži i ženy
- bydliště v Plzeňském kraji
- pacienti projevující zájem a disponibilitu k účasti ve výzkumu

6.5 Organizace výzkumu

Před zahájením výzkumného šetření byly dotazníky předloženy vedoucímu práce k posouzení a schválení pro možnost zahájení výzkumu. Dále byla provedena pilotní studie, kdy byl dotazník předložen 5 pacientům. Žádný s pacientů neměl s vyplněním dotazníku žádné obtíže.

Sběr dat probíhal v období od 6. ledna 2024 do 29. února 2024, kdy bylo celkem distribuováno 85 dotazníků, a to elektronickou formou. Distribuce byla soustředěna na internetové skupiny nemocných s daným onemocněním, ve kterých sdílí své pocity, poznatky a vzájemnou podporu. Dále byly osloveny skupiny zaměřené na dotazníky kvalifikačních prací, kde se vhodní respondenti účastní výzkumných šetření. (viz Příloha D, s. 88). Každá skupina poskytla prostřednictvím správce skupiny schválení příspěvku a dotazníkového šetření. S ohledem na anonymitu správců skupin jsou schválení k dispozici u autorky práce.

Před samotným vyplněním dotazníku byli respondenti seznámeni s tématem bakalářské práce, požadovanými kritérii a instrukcemi pro vyplnění dotazníku. Během průběhu výzkumu byly dodrženy všechny podmínky, včetně zachování anonymity i vzorku respondentů.

Celková návštěvnost dotazníku činila 133, z toho bylo dokončeno 85 dotazníků, což představuje úspěšnost vyplnění dotazníku ve výši 64 %. Výběrový soubor tedy tvořilo 85 respondentů ($n = 85$). K přesměrování na dotazník byl využit přímý odkaz ve 100 % případů. Průměrný čas vyplňování se pohyboval mezi 5 až 10 minutami.

6.6 Zpracování dat

Data získaná z výzkumu byla analyzována za pomoci softwaru Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Následně byla zpracována do tabulek a grafů, které byly doplněny popisem.

Odpovědi z dotazníku SF-36 byly analyzovány separátně podle skóre u jednotlivých respondentů v jednotlivých oblastech a celkově. Vyhodnocení SF-36 bylo provedeno podle metodiky uvedené v tabulce vydané Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, která využívá MS Excel a vyjadřuje kvalitu života v procentech v různých oblastech.

Průměrná hodnota skóre z jednotlivých dimenzí byla vypočtena pomocí funkce „PRŮMĚR“ v programu Microsoft Office Excel. Výsledky byly analyzovány společně s výsledky otázek vlastní konstrukce. Provedena byla deskriptivní analýza vzorku a výsledky byly prezentovány v absolutních a relativních četnostech v souladu s metodikou Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS, 2018).

7 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části práce jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření.

7.1 ČÁST 1. DEMOGRAFICKÉ A IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 2 - stupeň artrózy

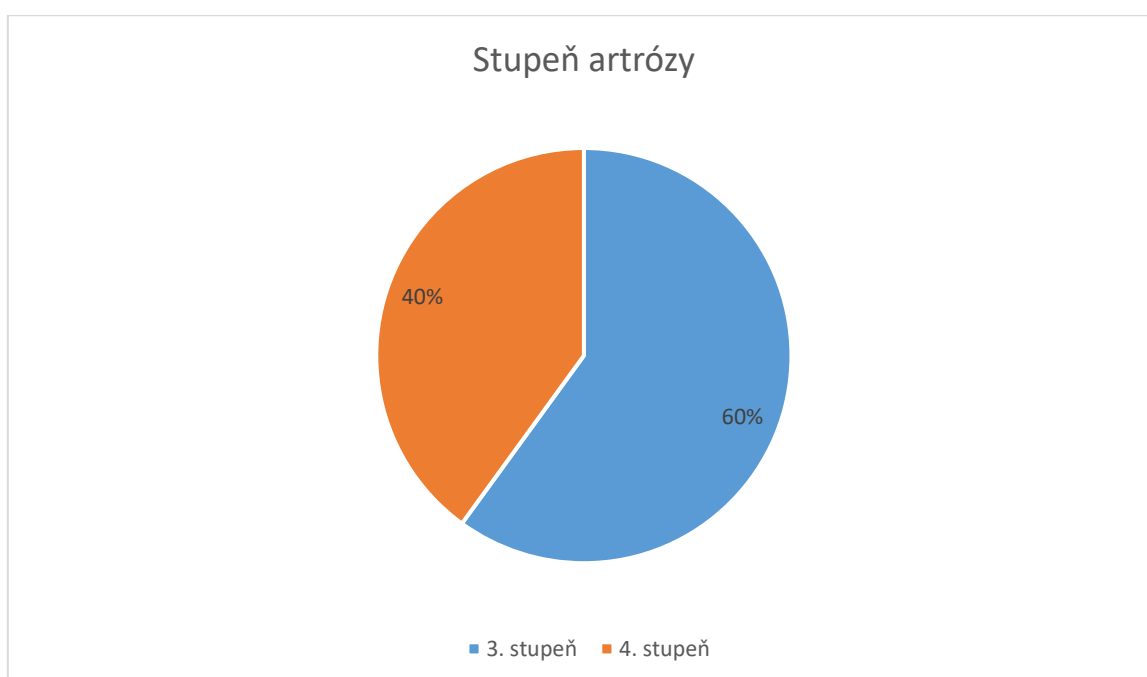
Stupeň artrózy	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
3. stupeň	51	60
4. stupeň	34	40
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Získané údaje ukazují, že 51 zúčastněných respondentů (60 %) trpí 3. stupněm artrózy a 34 respondentů (40 %) trpí 4. stupněm artrózy.

Graf 1 - Stupeň artrózy



Zdroj: vlastní

Tabulka 3 - Pohlaví respondentů

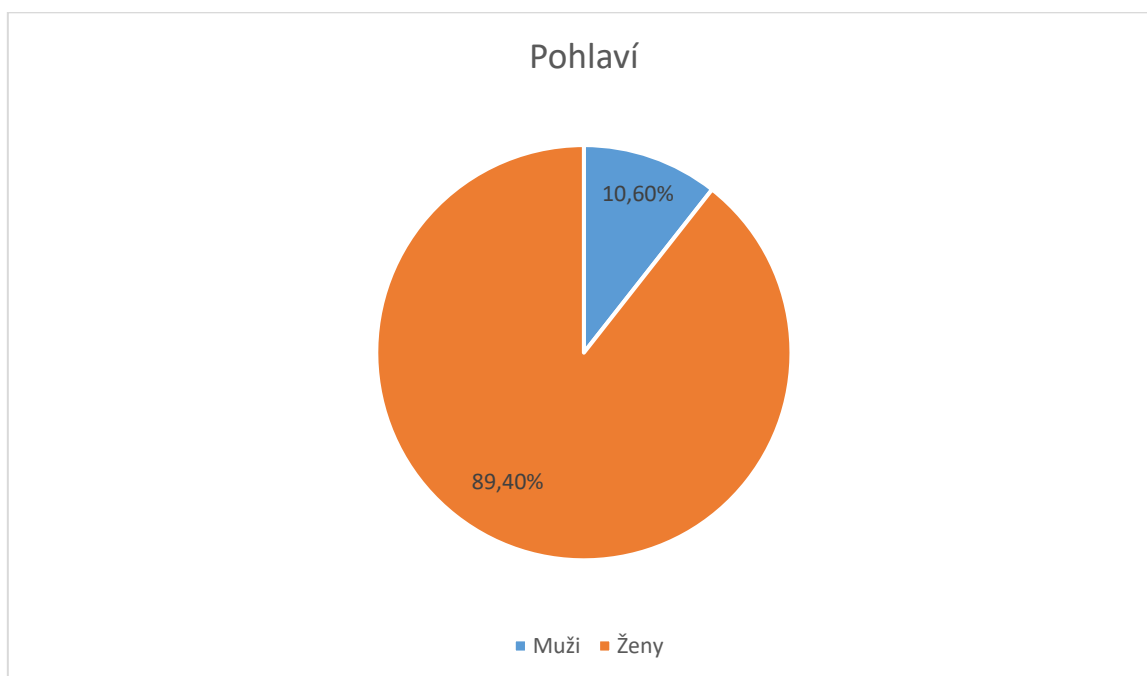
Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	9	10,6
Žena	76	89,4
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 85 respondentů (100 %), z nichž bylo 9 mužů (10,6 %) a 76 žen (89,4 %).

Graf 2 - Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní

Tabulka 4 - Věk respondentů

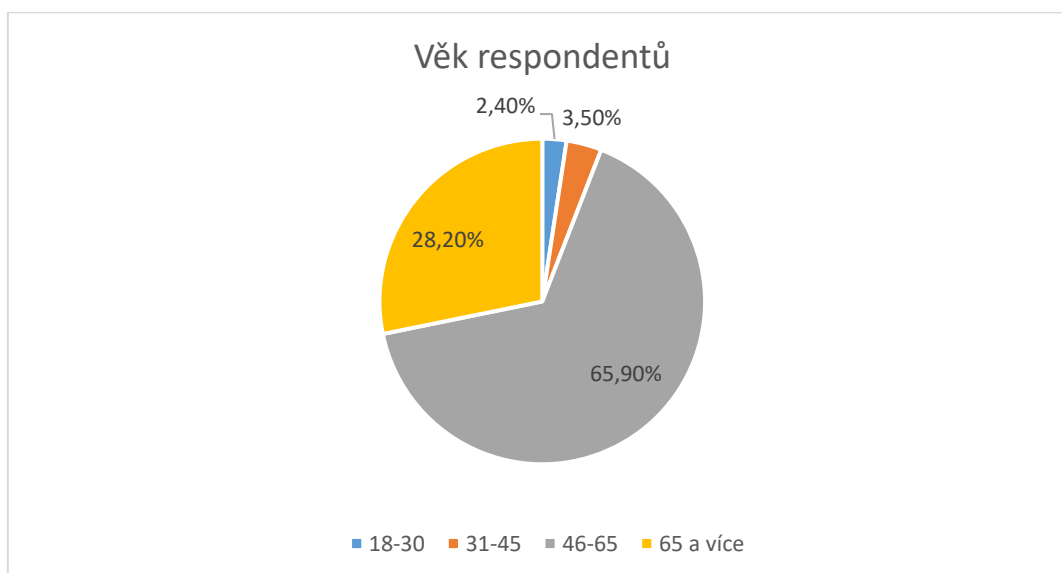
Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
18-30	2	2,4
31-45	3	3,5
46-65	56	65,9
65 a více	24	28,2
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Respondenti byli kategorizováni do čtyř věkových skupin. Data odhalila, že nejvíce respondentů, konkrétně 56 (65,9 %), náleželo do věkové kategorie 46-65 let. Následovala skupina 65 let a více, kam spadalo 24 respondentů (28,2 %). Třetí nejpočetnější věkovou kategorií byla skupina 31-45 let se 3 respondenty (3,5 %). Nejmladší věkovou skupinou 18-30 let byli zastoupeni 2 respondenti (2,4 %).

Graf 3 - Věk respondentů



Zdroj: vlastní

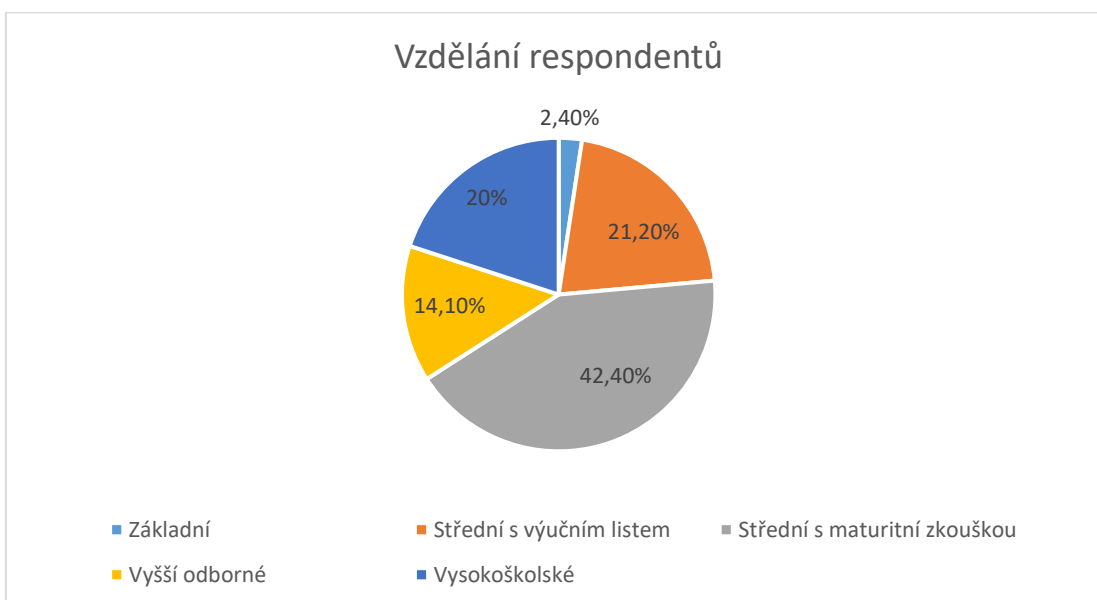
Tabulka 5 - Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní	2	2,4
Střední s výučním listem	18	21,2
Střední s maturitní zkouškou	36	42,4
Vyšší odborné	12	14,1
Vysokoškolské	17	20
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace: Získaná data poukazují na to, že největší podíl respondentů, čili 36 (42,4 %), dosáhl středního vzdělání s maturitní zkouškou. Následovala skupina 18 respondentů (21,2 %) se středním odborným vzděláním s výučním listem. Vysokoškolský titul mělo 17 respondentů (20 %). Vyšší odborné vzdělání bylo zastoupeno 12 respondenty (14,1 %). Nejmenší část tvořili 2 respondenti (2,4 %) se základním vzděláním.

Graf 4 - Vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní

Tabulka 6 - Rodinný stav

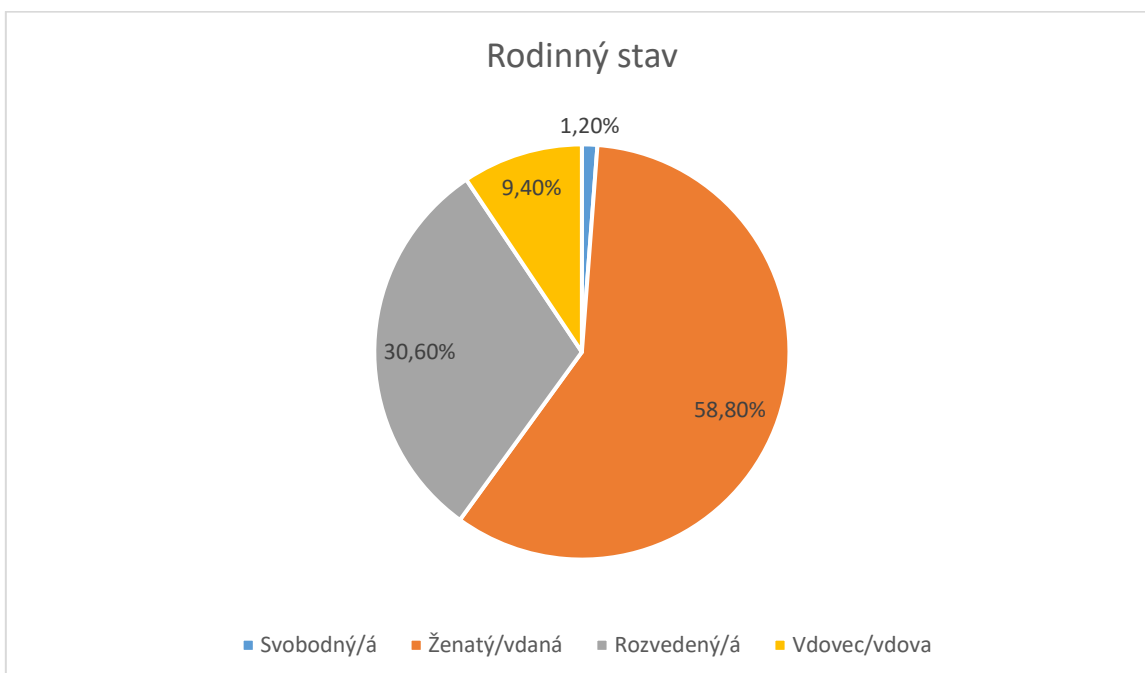
Rodinný stav	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Svobodný/á	1	1,2
Ženatý/vdaná	50	58,8
Rozvedený/á	26	30,6
Vdovec/vdova	8	9,4
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Získaná data ukazují, že většinu respondentů tvořily osoby žijící v manželském svazku, konkrétně 58,8 %. Druhou nejpočetnější skupinou byli rozvedení respondenti, jenž představovali 30,6 %. Vdovské/vdovecké období zažívalo 9,4 % dotázaných. Svobodný stav mělo pouze 1,2 % respondentů.

Graf 5 - Rodinný stav



Zdroj: vlastní

Tabulka 7 - Pracovní status

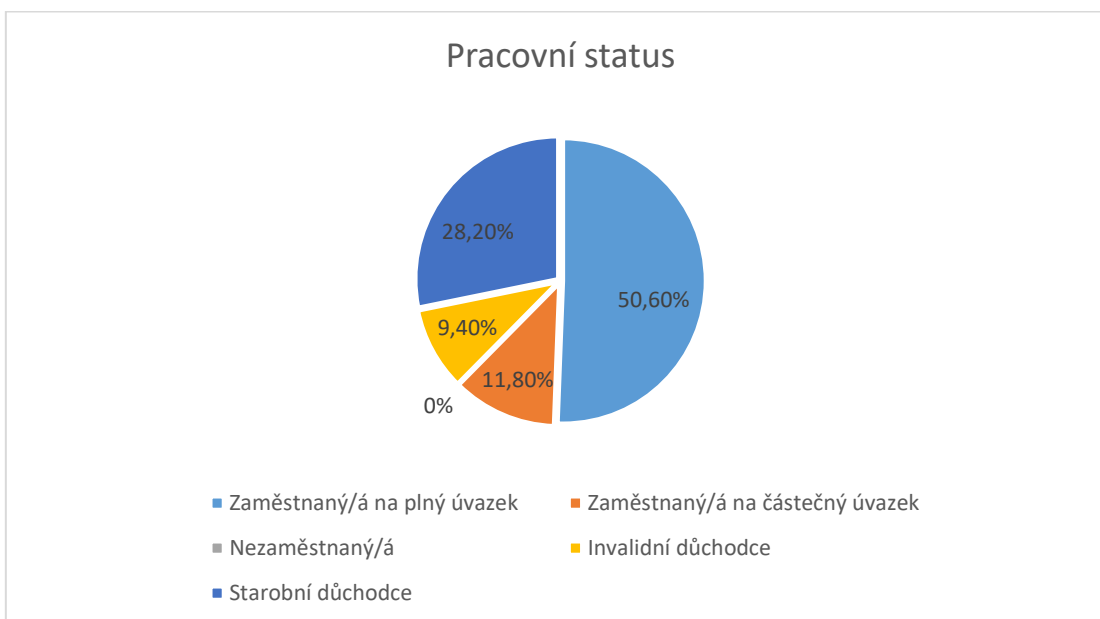
Pracovní status	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Zaměstnaný/á na plný úvazek	43	50,6
Zaměstnaný/á na částečný úvazek	10	11,8
Nezaměstnaný/á	0	0
Invalidní důchodce	8	9,4
Starobní důchodce	24	28,2
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Na základě těchto údajů lze vidět, že z celkového počtu 85 respondentů je většina zaměstnaná na plný úvazek 43 (50,6 %), což naznačuje jejich aktivitu a zapojení do pracovního života. Druhou nejčastější skupinu tvoří starobní důchodci 24 (28,2 %). Zaměstnanci na částečný úvazek 10 (11,8 %) a invalidní důchodci 8 (9,4 %) představují menší část respondentů.

Graf 6 - Pracovní status



Zdroj: vlastní

Tabulka 8 - Délka léčeni

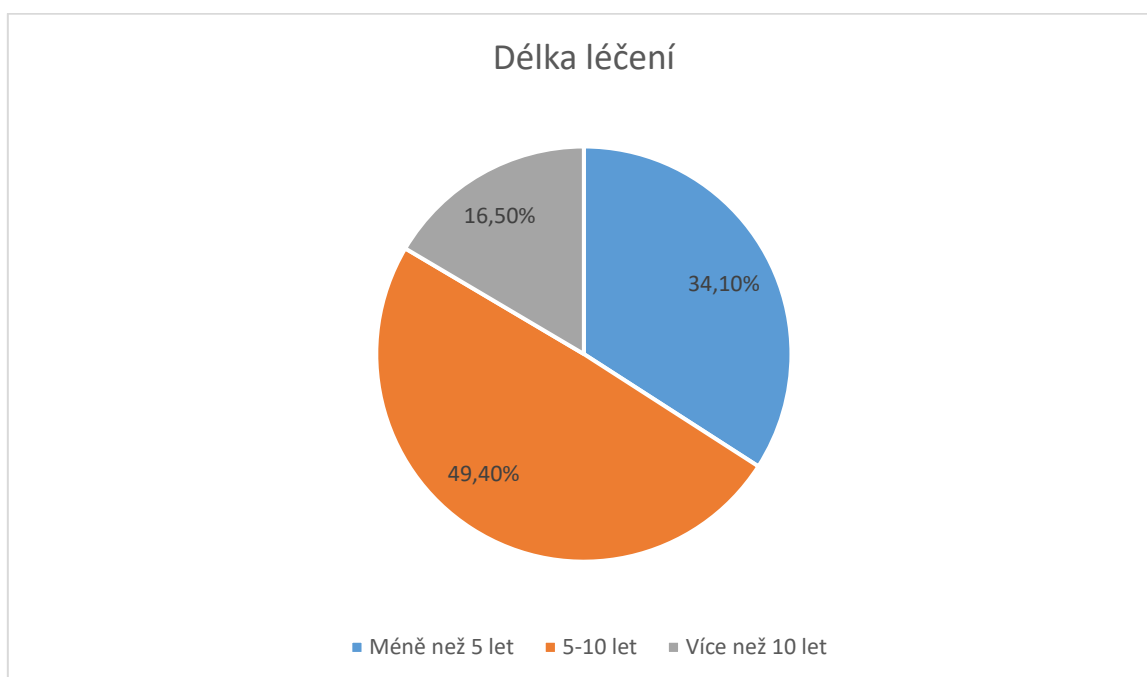
Délka léčeni	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 5 let	29	34,1
5-10 let	42	49,4
Více než 10 let	14	16,5
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Na základě těchto údajů lze vidět, že z celkového počtu respondentů 85, se 42 respondentů (49,4 %) s diagnostikovanou gonartrózou léčí mezi 5-10 lety, následováno 29 respondenty, kteří mají diagnózu méně než 5 let (34,1 %). 14 respondentů (16,5 %) se s onemocněním léčí více než 10 let.

Graf 7 - Délka léčeni



Zdroj: vlastní

Tabulka 9 - Přidružená onemocnění

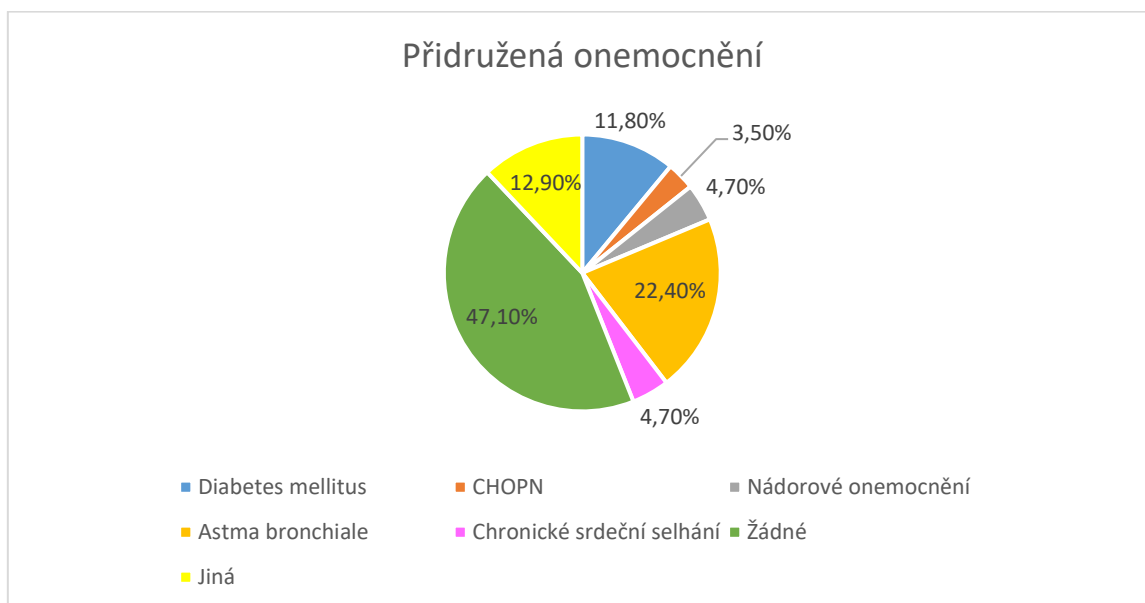
Přidružená onemocnění	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Diabetes mellitus	10	11,8
CHOPN	3	3,5
Nádorové onemocnění	4	4,7
Astma bronchiale	19	22,4
Chronické srdeční selhání	4	4,7
Žádné	40	47,1
Jiná	11	12,9
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Z těchto údajů lze vidět, že 40 respondentů (47,1 %) nemá žádné přidružené onemocnění. Mezi dalšími onemocněními, která respondenti uvádějí, jsou astma bronchiale zastoupeno 19 respondenty (22,4%), diabetes mellitus, kterým trpí 10 respondentů (11,8%), chronické srdeční selhání (4,7%), nádorová onemocnění (4,7%), chronická obstrukční plicní nemoc – CHOPN (3,5%) a další (12,9%).

Graf 8 - Přidružená onemocnění



Zdroj: vlastní

7.2 ČÁST 2: KVALITA ŽIVOTA SF-36

Tabulka 10 - Dimenze fyzické fungování (PF-Physical functioning)

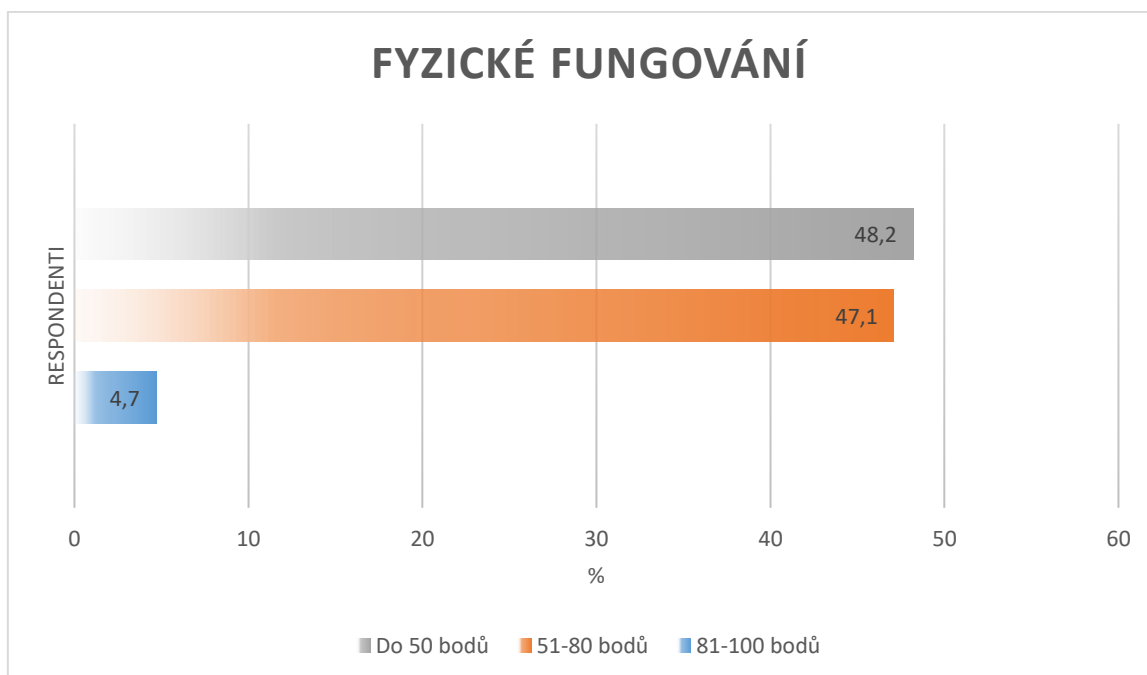
Dimenze: PF	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 50 bodů	41	48,2
51–80 bodů	40	47,1
81–100 bodů	4	4,7
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Získaná data ukazují, že většinu, a to 41 respondentů (48,2 %), omezuje gonartróza ve fyzické činnosti. 40 respondentů (47,1 %) fyzickou činnost omezuje částečně a počet 4 oslovených respondentů (4,7 %) fyzickou činnost neomezuje vůbec. **Průměrný počet bodů** všech oslovených respondentů byl **49**, což je podprůměrný stav.

Graf 9 - Dimenze Fyzické fungování (PF-Physical functioning)



Zdroj: vlastní

Tabulka 11 - Dimenze Fyzické omezení (RP-Role physical)

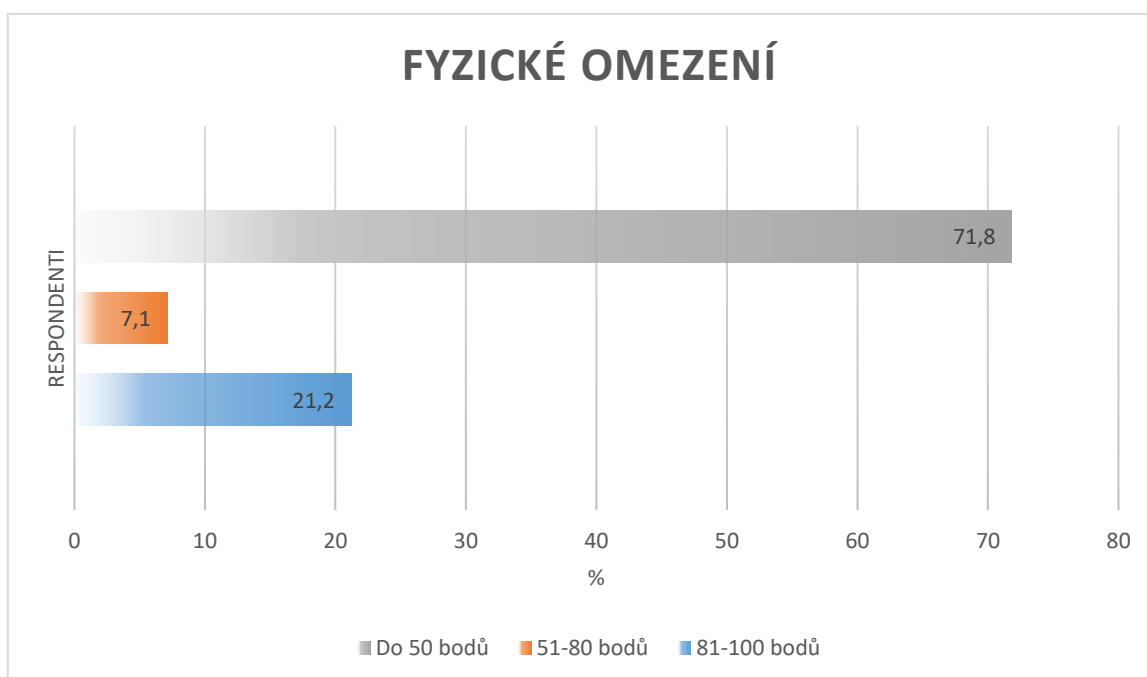
Dimenze: RP	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 50 bodů	61	71,8
51–80 bodů	6	7,1
81–100 bodů	18	21,2
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Z 85 respondentů 61 (71,8 %) v dotazníku uvedlo, že během posledních čtyř týdnů měli velké problémy při vykonávání běžných denních činností. 6 respondentů (7,1 %) při vykonávání denních činností uvedlo průměrné potíže a 18 respondentů (21,2 %) nemělo při vykonávání běžných denních činností téměř žádné potíže. **Průměrný počet bodů** všech oslovených respondentů byl **32,65**, což je podprůměrný stav.

Graf 10 - Dimenze Fyzická omezení (RP-Role physical)



Zdroj: vlastní

Tabulka 12 - Dimenze Emoční problémy (RE-Role emotional)

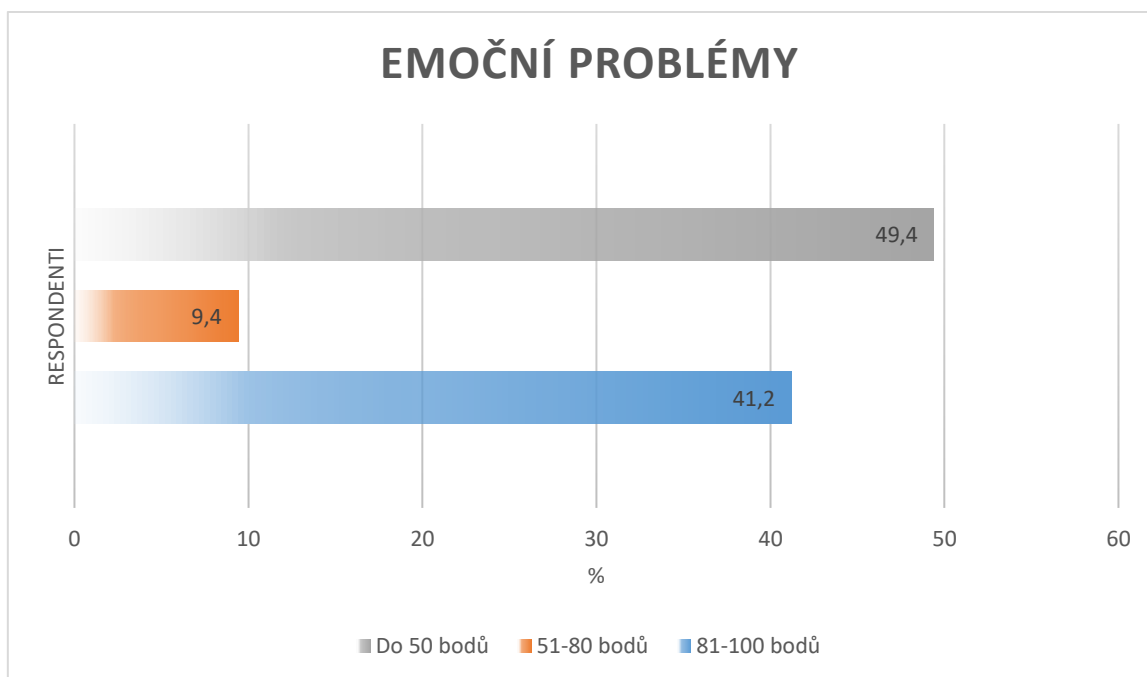
Dimenze: RE	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 50 bodů	42	49,4
51–80 bodů	8	9,4
81–100 bodů	35	41,2
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Emoční problémy v posledních 4 týdnech velmi omezily 42 respondentů (49,4 %) ve vykonávání běžných denních činností. 8 respondentů (9,4 %) uvedlo, že má za poslední 4 týdny průměrné emoční problémy. A 35 respondentů (41,2 %) žádné potíže po emoční stránce, které by je omezovaly, nevedlo. **Průměrný počet bodů** všech oslovených respondentů byl **51,36**, což je podprůměrný stav.

Graf 11 - Dimenze Emoční problémy (RE-Role emotional)



Zdroj: vlastní

Tabulka 13 - Dimenze Vitalita (VT-Vitality)

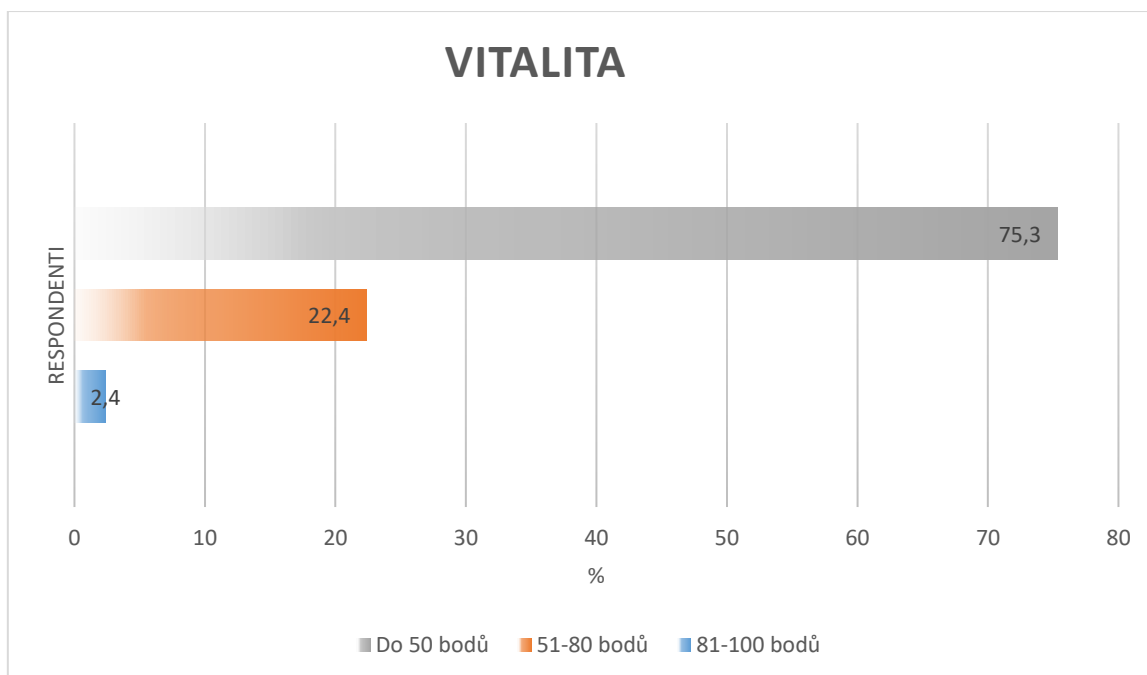
Dimenze: VT	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 50 bodů	64	75,3
51–80 bodů	19	22,4
81–100 bodů	2	2,4
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Nejvíce respondentů, a to 64 (75,3 %), uvedlo, že za poslední 4 týdny byli velmi unavení a vyčerpaní. 19 respondentů (22,4 %) uvedlo průměrnou únavu a 2 respondenti (2,4 %) uvedli, že byli mírně unaveni. **Průměrný počet bodů** všech oslovených respondentů dosáhl **43**, což je podprůměrný stav.

Graf 12 - Dimenze Vitalita (VT-Vitality)



Zdroj: vlastní

Tabulka 14 - Dimenze Duševní zdraví (MH-Mental health)

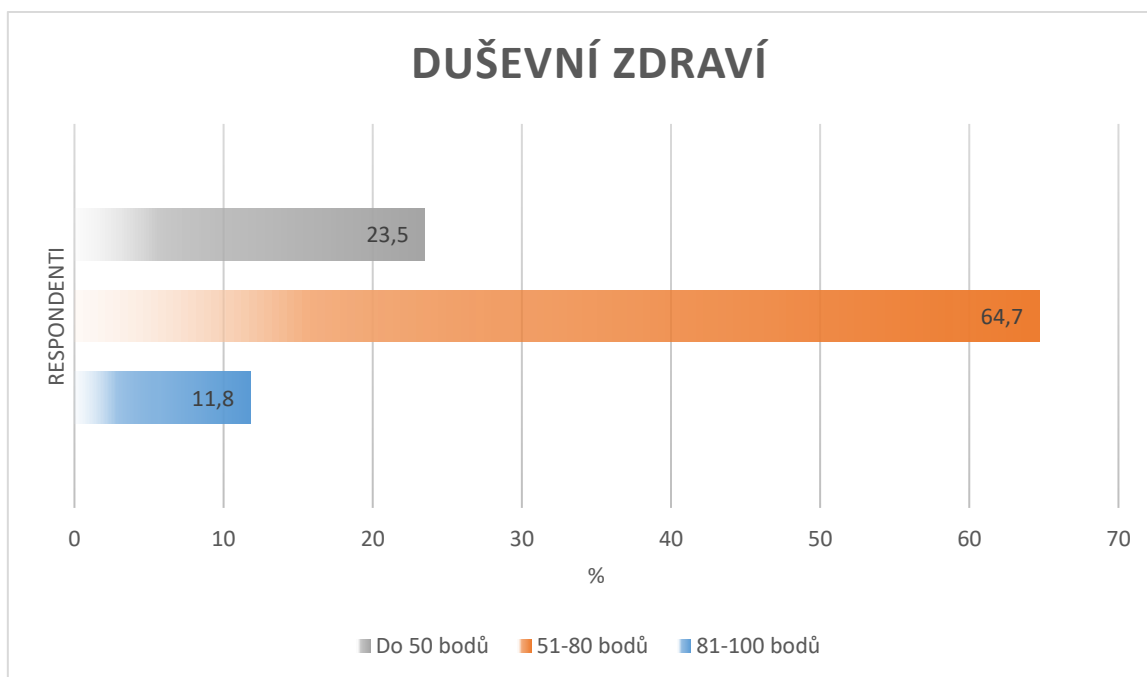
Dimenze: MH	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 50 bodů	20	23,5
51–80 bodů	55	64,7
81–100 bodů	10	11,8
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

20 respondentů (23,5 %) uvedlo, že za poslední 4 týdny trpí stavy deprese, nervozity a smutku. 55 respondentů (64,7 %) uvedlo částečnou spokojenost a klid, občas deprese a nervozitu. Pouze 10 oslovených respondentů (11,8 %) za poslední 4 týdny měli pocit štěstí a spokojenosti. **Průměrný počet bodů** všech oslovených respondentů byl 60,85, což je podprůměrný stav.

Graf 13 - Dimenze Duševní zdraví (MH-Mental health)



Zdroj: vlastní

Tabulka 15 - Dimenze Sociální fungování (SF – Social functioning)

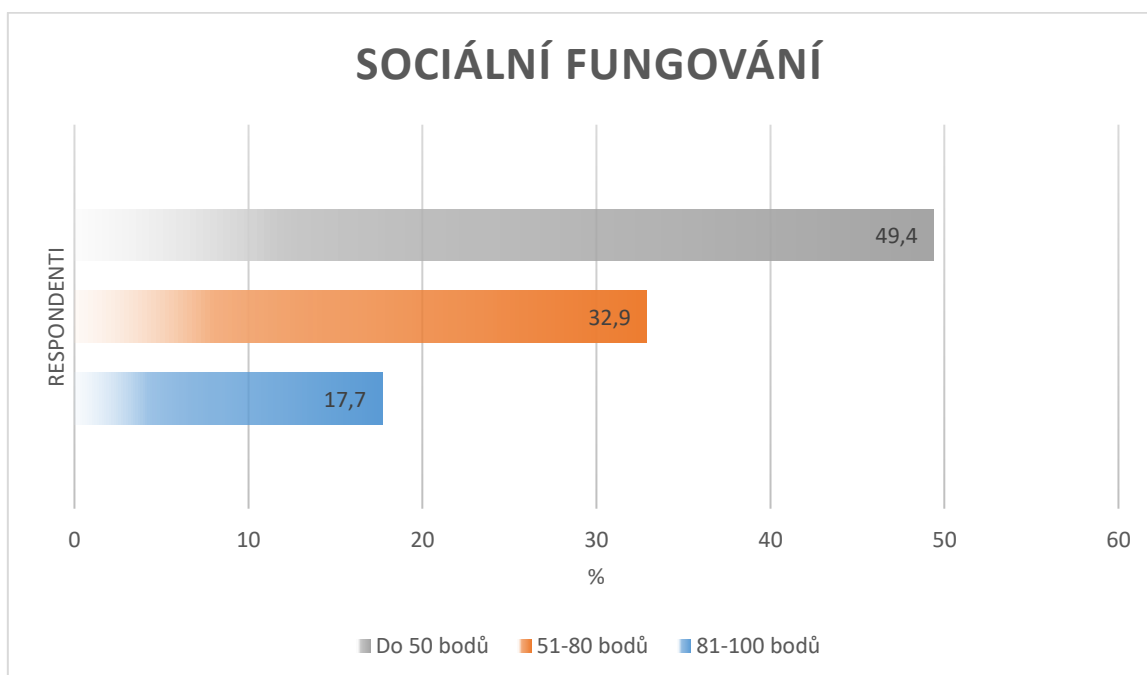
Dimenze: SF	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 50 bodů	42	49,4
51–80 bodů	28	32,9
81–100 bodů	15	17,7
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Gonartróza za poslední 4 týdny silně omezovala 42 respondentů (49,4 %) ve společenském životě. 28 respondentů (32,9 %) nemoc společensky omezovala pouze částečně a 15 respondentů (17,7 %) nebylo nemocí po stránce sociálního fungování omezeno vůbec. **Průměrný počet bodů** všech oslovených respondentů byl **55,6**, což je podprůměrný stav.

Graf 14 - Dimenze Sociální fungování (SF-Social functioning)



Zdroj: vlastní

Tabulka 16 - Dimenze Tělesná bolest (BP-Bodily pain)

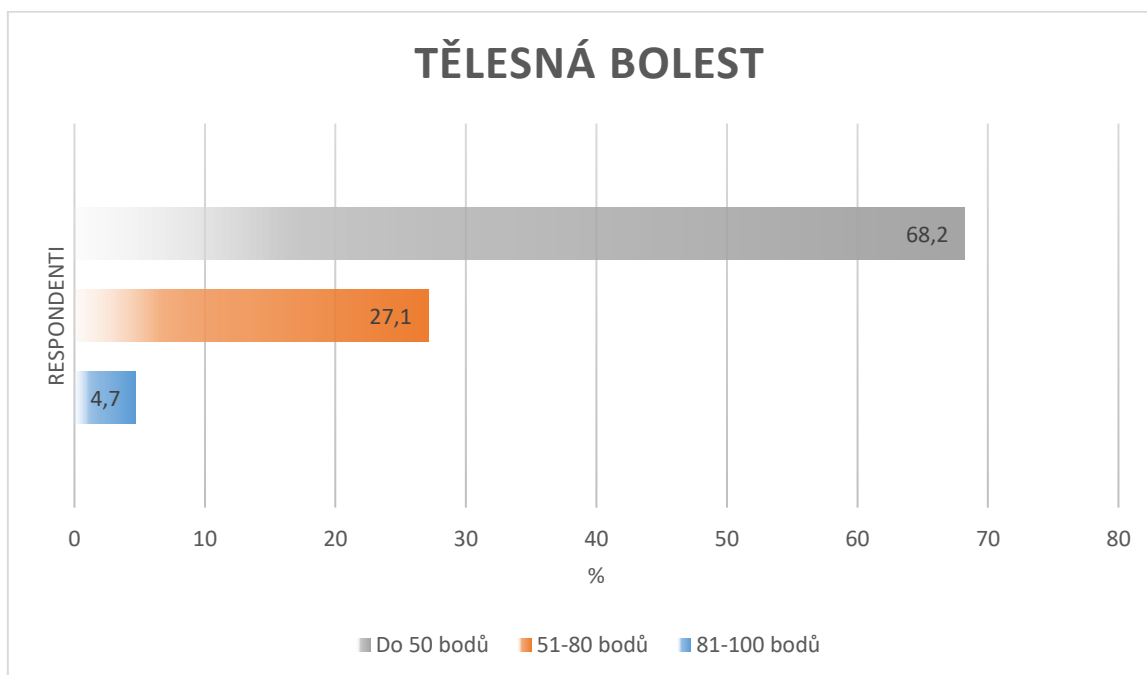
Dimenze: BP	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 50 bodů	58	68,2
51–80 bodů	23	27,1
81–100 bodů	4	4,7
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Většina respondentů 58 (68,2 %) v dotazníku uvedlo, že za poslední 4 týdny měli bolesti velké a velmi je omezovaly. 23 respondentů (27,1 %) uvedlo pouze mírné bolesti a pouze 4 respondenti (4,7 %) uvedli, že byli za poslední 4 týdny bez bolesti. **Průměrný počet bodů** všech oslovených respondentů byl **41,58**, což je podprůměrný stav.

Graf 15 - Dimenze Tělesná bolest (BP-Bodily pain)



Zdroj: vlastní

Tabulka 17 - Dimenze Všeobecné zdraví (GH-General health)

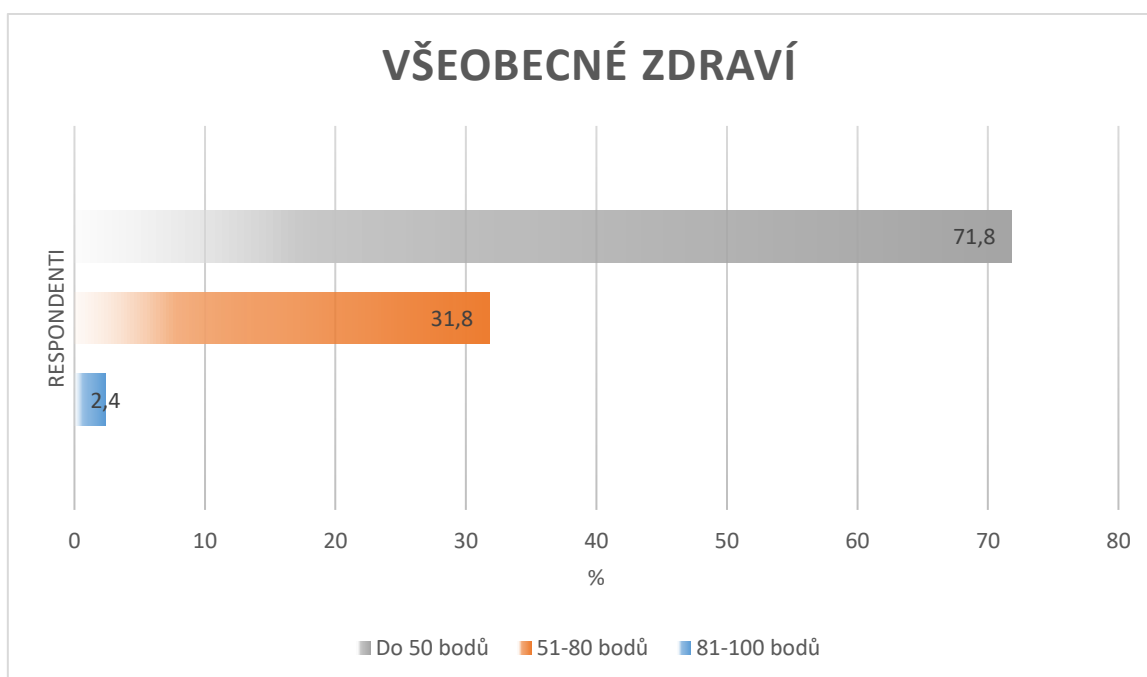
Dimenze: GH	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 50 bodů	56	65,9
51–80 bodů	27	31,8
81–100 bodů	2	2,4
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

56 zúčastněných respondentů (65,9 %) uvedlo, že jejich celkové zdraví není dobré a že se jejich zdravotní stav spíše horší. 27 respondentů (31,8 %) považovalo jejich zdraví průměrné a netuší, zda se jim zdravotní stav horší. Pouze 2 z oslovených respondentů (2,4 %) uvedli, že se jeho zdravotní stav nezhoršil. **Průměrný počet bodů** všech oslovených respondentů byl **45,12**, což je podprůměrný stav.

Graf 16 - Dimenze Všeobecné zdraví (GH-General health)



Zdroj: vlastní

Tabulka 18 - Změna zdraví za poslední rok

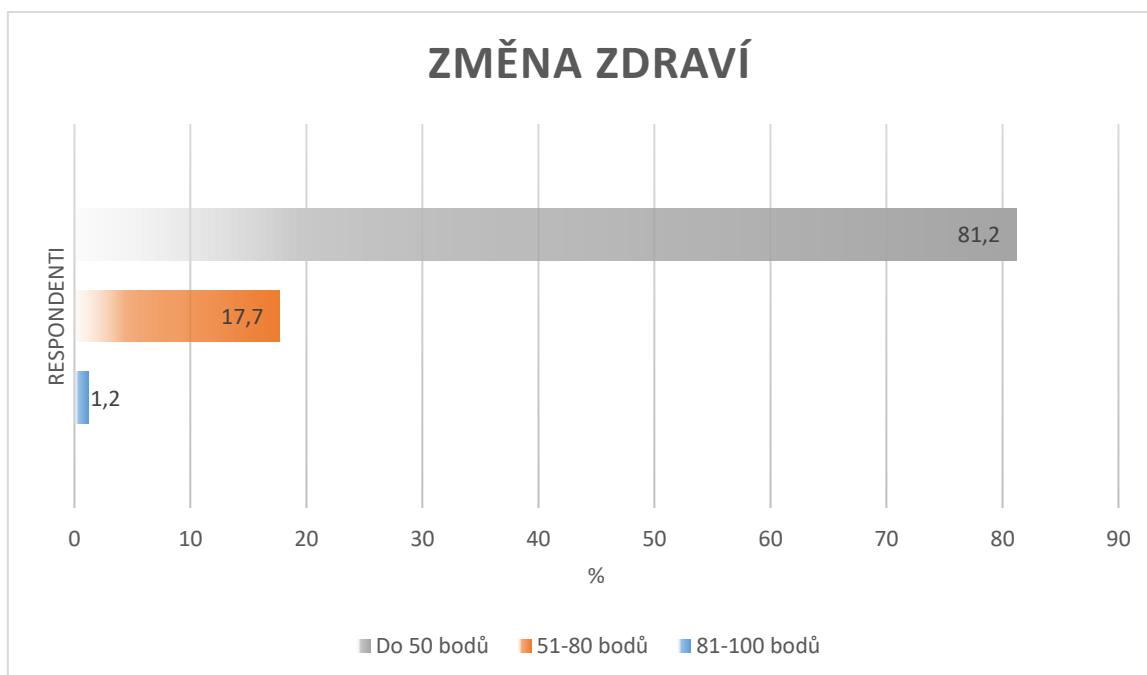
Změna zdraví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 50 bodů	69	81,2
51–80 bodů	15	17,7
81–100 bodů	1	1,2
Σ	85	100

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Poslední položka dotazníku je orientována na vnímanou změnu zdraví pacienta. Více než polovina respondentů v počtu 69 (81,2 %) označilo své zdraví horší než před rokem. 15 respondentů (15 %) odpověděli, že se jejich zdraví nezměnilo. Tudiž, že je u nich buď stejně dobré, nebo stejně špatné. 1 respondent odpověděl, že se jeho zdraví změnilo v kladném slova smyslu. **Průměrný počet bodů** všech oslovených respondentů byl **43,5**.

Graf 17 - Změna zdraví za poslední rok



Zdroj: vlastní

Tabulka 19 – Souhrnné hodnoty skóre dimenzí SF-36

Dimenze	PRŮMĚR výzkumného vzorku (n=85)	*Populační normy RAND
Fyzické fungování PF	49	70,61
Fyzická omezení RP	32,65	52,97
Emoční problémy RE	51,36	65,78
Vitalita VT	43	52,15
Duševní zdraví MH	60,85	70,38
Sociální fungování SF	55,6	78,77
Tělesná bolest BP	41,58	70,77
Všeobecné zdraví GH	45,12	56,99

* převzato z: WARE, J. E., Jr. a C. D. SHERBOURNE, 1992 (viz. Příloha B)

Interpretace:

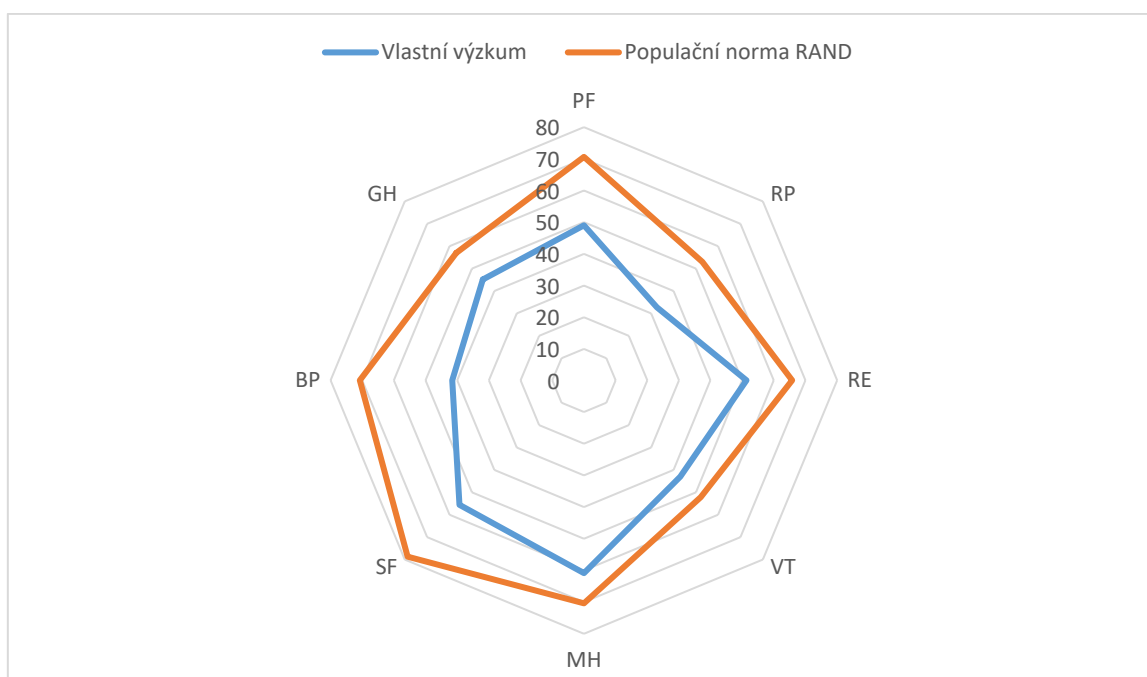
Z tabulky je patrné, že průměrná hodnota u námi oslovených 85 respondentů s gonartrózou byla oproti populační normě RAND výrazně snížena ve všech doménách. Největší rozdíl mezi populační normou RAND byl v dimenzích Tělesná bolest a Sociální fungování. Populační normě se nejvíce přiblížily dimenze Vitalita a Duševní zdraví.

Tabulka 20 - Rozdíl hodnot vlastního výzkumu a populační normy RAND

DIMENZE	ROZDÍL
Fyzické fungování	21,61
Fyzická omezení	20,32
Emoční problémy	14,42
Vitalita	9,15
Duševní zdraví	9,53
Sociální fungování	23,17
Tělesná bolest	29,19
Všeobecné zdraví	11,87

Zdroj: vlastní

Graf 18 - Skóre dimenzí SF-36 vlastního výzkumu a populační normy RAND



Zdroj: vlastní

Tabulka 21 - Hodnocení celkového psychického a fyzického zdraví

	Celkové psychické zdraví	Celkové fyzické zdraví
Průměrné skóre	51,2	41,1

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Celkové psychické zdraví se skládá z 5 dimenzí: vitalita, emoční problémy, duševní zdraví, společenská aktivita a všeobecné zdraví. Celkové fyzické zdraví zahrnuje 3 dimenze a to: fyzickou aktivitu, omezení fyzické aktivity a tělesnou bolest. Výzkum ukázal, že celkové psychické zdraví je na úrovni 51,2 %, tudíž lehce nad průměrnou hranicí kvality života. Celkové fyzické zdraví signalizuje zhoršenou kvalitu života, poněvadž průměrné celkové skóre dimenzí je pouze 41,1 %

Tabulka 22 - Index kvality života

	Průměrné skóre
Celkový index kvality života	47,4

Zdroj: vlastní

Interpretace:

Index kvality života zahrnuje všech 8 dimenzí. Výsledné skóre se vypočítává jako průměrná hodnota ze všech 8 dimenzí. Čím vyšší je výsledné skóre, tím lepší je i úroveň kvality života. Index kvality života u výzkumného vzorku respondentů činí 47,4 %, což je pod hranicí 50 %. Z těchto výsledků je zřejmé, že u pacientů s gonartrózou je jejich celková kvalita života podprůměrná a nedosahuje uspokojivé úrovně. Skóre pod 50 % signalizuje nespokojenost s aktuální životní situací a poukazuje na výrazný dopad onemocnění na kvalitu života těchto respondentů.

DISKUZE

Bakalářská práce byla zaměřena na zmapování úrovně kvality života námi oslovených respondentů, tj. pacienti trpící degenerativním onemocněním kolenního kloubu, konkrétně gonartrózou. Výzkumné šetření se soustředilo na pacienty s pokročilým stavem onemocnění, konkrétně 3. a 4. stupněm této nemoci. Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím dotazníkového šetření pomocí standardizovaného dotazníku SF-36, který byl doplněn o 8 otázek vlastní konstrukce. Hlavním cílem práce bylo zjistit do jaké míry je ovlivněna kvalita života pacientů s diagnostikovanou gonartrózou. Data z dotazníkového šetření ukazují, že ze sledované skupiny 85 respondentů, je 60 % 3. stupně a 40 % 4. stupně artrózy. Z tohoto vzorku tvoří 89,4 % ženy a 10,6 % muži což může být důsledek vyšší prevalence onemocnění u žen než u mužů. Věkové rozložení ukazuje, že největší podíl respondentů (65,9 %) je ve věkové skupině 46-65 let. Většina respondentů má střední vzdělání s maturitní zkouškou (42,4 %). Vysokoškolsky vzdělaní respondenti tvoří značnou část vzorku. Vysokoškolsky vzdělané v tomto výzkumném vzorku zastupuje 17 (20 %) respondentů a Vyšší odborné vzdělání 12 (14,1 %), což může mít vliv na jejich přístup k informacím o onemocnění a léčbě. Ravaud a kol. (2009, s. 421) však upozorňují, že získat si pacienta pro aktivní přístup k onemocnění bývá někdy celkem komplikované a v klinické praxi mnohdy skoro neproveditelné. Přitom ve studii uvedených autorů z běžné klinické praxe provedené ve Francii byl srovnáván vliv tří odborných konzultací, orientovaných na edukaci o možnostech léčby osteoartrózy, instruktáž k pravidelnému cvičení a informace o redukci hmotnosti, s obvyklou péčí. Po 4 měsících autoři výzkumu zjistili, že u poučených pacientů došlo k větší redukci váhy a také pacienti trávili více času cvičením, což dokládá důležitost práce s pacientem a jeho vzdělávání.

Vzhledem k tomu, že většina respondentů je ženatých/vdaných (58,8 %), je možné se zamyslet nad vlivem rodinné situace na zvládání a léčbu gonartrózy. Například partner může hrát důležitou roli při podpoře pacienta v léčebném procesu. Naopak, rozvedení nebo vdovci/vdovy mohou mít jiné výzvy spojené se zvládáním onemocnění. Zajímavým zjištěním je také zaměstnanecký status respondentů, kde většina je zaměstnána na plný úvazek (50,6 %). Toto může naznačovat jejich schopnost a ochotu aktivně se podílet na pracovním životě navzdory postižení artrózou. Naopak, skupina starobních důchodců tvoří druhou nejvýznamnější část respondentů (28,2 %), což může ukazovat na věkovou skladbu populace trpící gonartrózou.

Většina výzkumů zabývajících se kvalitou života s gonartrózou se věnuje porovnávání kvality života před a po totální endoprotéze. Konkrétně Holubová a kol. (2017, s. 44-52) zkoumaly pacienty s artrózou kyčelního a kolenního kloubu před a po totální endoprotéze. Na základě odpovědí respondentů vytvořily soubor 19 kódů, které vystihují nejčastěji uváděné problémy respondentů s osteoartrózou nosných kloubů. Před operací nejvíce ovlivňovaly kvalitu života kódy vztahující se k fyzickému zdraví a bolesti. V těchto kódech rovněž došlo k největšímu zlepšení po operaci. Z faktorů prostředí měly na kvalitu života těchto pacientů největší vliv rodina a přátelé a bariérami bylo stavební uspořádání okolí. Existují však i výzkumy (Matveev a Bragina, 2015, s. 48-52) potvrzující, že kvalitu života pacientů s gonartrózou může zlepšit i např. injekční terapie, ta ovšem má největší efekt v prvním stádiu onemocnění.

Zajímavým zjištěním je délka léčby, kde je 49,4 % respondentů léčena mezi 5-10 lety. Tento fakt může ukazovat na dlouhodobý průběh onemocnění a nutnost kontinuální péče. Mezi přidruženými onemocněními u respondentů se vyskytuje například astma bronchiale, diabetes mellitus nebo chronické srdeční selhání. Tato skutečnost dle mého názoru vyžaduje komplexní přístup k léčbě a managementu zdravotního stavu pacientů.

Celkově lze konstatovat, že získané informace o demografických charakteristikách a léčebných postupech respondentů trpících gonartrózou mohou být důležité pro plánování intervencí a podpory pro tyto pacienty.

Dílčím cílem č.1 bylo zjistit úroveň kvality života u pacientů s gonartrózou v oblasti celkového psychického zdraví. Pomocí standardizovaného dotazníku Short Form Health Survey (SF-36). Získaná data umožňují posoudit celkové psychické zdraví, které se skládá z 5 dimenzí: vitalita, emoční problémy, duševní zdraví, společenská aktivita a všeobecné zdraví.

Dimenze Vitalita odhaluje vysokou míru únavy a vyčerpání u respondentů. Alarmující je, že 75,3 % uvedlo, že byli za poslední 4 týdny velmi unavení a vyčerpání. Pouhých 2,4 % respondentů pocívalo pouze mírnou únavu. Průměrný skóre 43 bodů ze 100 v této dimenzi potvrzuje závažné narušení vitality ve sledované skupině. V dimenzi Duševní zdraví výsledky naznačují, že pouze 11,8 % respondentů mělo za poslední 4 týdny pocit štěstí a spokojenosti. Naopak 23,5 % trpělo stavy deprese, nervozity a smutku. Zbývajících 64,7 % uvedlo částečnou spokojenost a klid, i když s občasnými depresemi a nervozitou. Průměrný skóre 60,85 ze 100 bodů poukazuje na podprůměrný duševním stavem v komparaci s populační normou. Holubová (2016) řadí mezi nadprůměrně hodnocenou dimenzi řadí položku

duševní zdraví zastupující skóre 59,12 %. Toto zjištění koresponduje ve shodě s našimi výsledky. Gonartróza měla také značný negativní dopad na sociální fungování respondentů. Téměř polovina (49,4 %) byla za poslední 4 týdny silně omezena ve společenském životě. Dalších 32,9 % bylo částečně omezeno. Pouze 17,7 % respondentů nevedlo žádné omezení sociálního fungování. Průměrný skór 55,6 bodů ze 100 opět signalizuje podprůměrné sociální fungování. V dimenzi zjišťující, zda emoční problémy překážely při běžných denních činnostech či nikoli téměř polovina respondentů (49,4 %) uvedla, že byli emoční problémy v posledních 4 týdnech velmi omezeni ve vykonávání běžných denních činností. Dalších 9,4 % mělo průměrné emoční problémy. Nicméně 41,2 % respondentů nevedlo žádné emoční potíže, které by je omezovaly. I když průměrné skóre 51,36 %, tak tuto dimenzi nemůžeme jednoznačně vyhodnotit, jelikož výsledky ukazují obdobné procentuální hodnoty od 0-100 %. Z toho vyplývá že, části respondentům emoční problémy narušují kvalitu života a druhé části nikoliv. I přes to byl celkový průměrný skór 51,36 ze 100 bodů vzhledem k populační normě podprůměrný. V dimenzi Všeobecné zdraví výsledky ukazují, že 65,9 % respondentů nepovažovalo své celkové zdraví za dobré a mělo pocit, že se jejich zdravotní stav spíše zhoršuje. Pouze 2,4 % uvedlo, že se jejich zdraví nezhoršuje. Průměrný skór 45,12 ze 100 bodů značí podprůměrné vnímání celkového zdravotního stavu ve sledované skupině. Naše výsledky ve spojení psychického a fyzického celkového zdraví potvrzují Yamamotová a Pa-pežová (2010, s. 110–114), prezentují chronická bolest prezentuje komplexní stav, který ovlivňuje myšlení, náladu i chování a v důsledku snížené hybnosti může pozvolna vyústit do úplné sociální izolace, včetně závislosti na lécích. Má podstatný dopad na každodenní činnost jedince, omezuje jeho nezávislost a značně zasahuje do interpersonálních vztahů. U lidí trpících chronickou bolestí navíc existuje průměrně 3krát vyšší riziko výskytu jistých psychiatrických symptomů a u pacientů s depresí je také 3krát vyšší riziko vzniku chronické bolesti. Pacienti trpící současně depresí a chronickou bolestí navíc častěji využívají zdravotnické služby, a to i v případě, když nemají žádné jiné závažnější onemocnění. Navíc neustávající bolest pak může komplikovat i léčbu deprese.

Celkové psychické zdraví dosáhlo výpočtem z hodnot jednotlivých dimenzí průměrné hodnoty 51,2, které lze z vyhodnotit vzhledem k populační normě jako podprůměrné.

Dílčí cíl 1 byl tímto splněn a náš stanovený předpoklad (H1) potvrzen.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit úroveň kvality života pacientů s gonartrózou v oblasti celkového fyzického zdraví. Pomocí standardizovaného dotazníku Short From Health Survey (SF-

36). Získaná data umožňují posoudit celkové fyzické zdraví, které se skládá ze 3 dimenzí: fyzické fungování, fyzické omezení a tělesná bolest.

První koumaná dimenze je zaměřena na fyzické fungování respondentů. Z odpovědí je zřejmé, že respondenti mají omezenou fyzickou aktivitu, a to na takové úrovni, že téměř polovina (48,2 %) uvedla, že je gonartróza omezuje ve fyzické činnosti a dalších 47,1 % je částečně omezeno. Pouze 4,7 % respondentů nezaznamenalo žádné omezení. Průměrný skóre 49 bodů ze 100 v této dimenzi poukazuje na podprůměrný stav fyzického fungování ve sledované skupině. Dimenze Fyzická omezení odhaluje, že většina respondentů (71,8 %) měla během posledních čtyř týdnů velké problémy při vykonávání běžných denních činností v důsledku gonartrózy. Pouhých 21,2 % respondentů neuvedlo téměř žádné potíže. Průměrný skóre 32,65 ze 100 bodů opět signalizuje podprůměrné fyzické fungování. Zahraniční výzkumy potvrzují souvislost mezi funkční nezávislostí a kvalitou života pacientů s gonartrózou (viz Andrade Araujo a kol., 2016, s. 219–224). Konkrétně v kolenou je onemocnění progresivní a má schopnost vyvolat bolest, zánět a destrukci kloubů s následnými omezeními v rozsahu pohybu a ztrátou schopnosti chodit. Jak nemoc postupuje, funkční omezení pacientů mají tendenci se zhoršovat. V důsledku omezeného rozsahu kloubů a bolesti jsou každodenní životní aktivity těchto jedinců více ohroženy, což generuje škody v práci, volném čase a sociálních vztazích, což má za následek významné snížení kvality jejich života. Ztráta kvality života pacienta s osteoartrózou kolene může být přímým důsledkem snížené pohyblivosti, zvýšené bolesti, svalové nerovnováhy a omezení celkové funkčnosti. Dimenze Tělesná bolest odhaluje, že většina respondentů (68,2 %) pocítovala za poslední 4 týdny velké bolesti, které je velmi omezovaly. Pouze 4,7 % bylo bez bolesti. I přes vysoký podíl trpících značnými bolestmi byl celkový průměrný skóre 41,58 bodů ze 100, což signalizuje podprůměrnou míru tělesné bolesti ve skupině. Tento rozpor může být způsoben tím, že některé případy bolestí mohly být výraznější než ostatní. Je evidentní, že míra bolesti je jedním z podstatných faktorů ovlivňující kvalitu života. Ve výzkumu bylo zjištěno, že právě dimenze tělesná bolest spolu s dimenzí sociálního fungování zastupuje největší rozdíl hodnot s populační normou neboli kvalita života pacientů s gonartrózou je nejvíce snížena právě v těchto oblastech. Zacharová (2008, s. 251–252) rovněž potvrzuje, že pacienti s chronickou bolestí trpí depresivní náladou, neboť je omezena jejich schopnost aktivního společenského života a mají problémy s úkony běžného dne. Pakliže u pacienta převažuje převládá pocit bezmoci a beznaděje, může to vést k jeho celkové apatii a rezignaci, pacient pozbývá smysl svého života a nedokáže jej dále hledat. Smutek doprovázející ztrátu zdraví a trvající bolest, může

přecházet v depresi i s výskytem suicidální tendence. Deprese bývá příčinou dalších dějů, které zhoršují situaci pacienta. Obvyklou reakcí na chronickou bolest může být i hněv a agresivita. Pacient se zlobí jak na osud, konkrétní situaci, tak sám na sebe, lidi ve svém okolí i zdravotnický personál. Hněv vyjadřuje nepříznivý postoj k situaci, ale i připravenost bojovat s ohrožením jako jeden z eventuálních obranných mechanismů. Bolest může odvést pozornost pacienta od vnějšího světa a energii jedince s bolestí orientovat zaměřit na trýznivé místo. Když bolest narůstá, může osobnost pacienta závažně poškodit. Ve vážných případech může dojít i ke změně osobnosti. Doucková (2012, s. 24-26) doplňuje, že chronická bolest je více než výlučné ohrožení fyzické integrity, prezentuje ohrožení vlastního sebepojetí a vlastní identity. Vnímání toho, kdo jsem a co si přeji být, se mění a omezuje na to, co ještě mohu. Chronická bolest má nepříznivý dopad na kvalitu života pacientů a v naprosté většině ji pacienti vnímají ze své strany za špatnou. Nejdůležitější potřebou pro pacienty je být bez bolesti. Na druhou stranu z výzkumu autorky vyplynulo, že výše uvedené tvrzení o omezení sociálních vztahů v důsledku chronické bolesti nebylo potvrzeno. Tyto výsledky potvrzují, že gonartróza je závažné chronické onemocnění, které má hluboký dopad na kvalitu života pacientů. Perzistentní bolest a celkové zhoršování zdravotního stavu představují obrovskou zátěž, se kterou se musí tito pacienti potýkat. Je zřejmé, že adekvátní léčba, včetně účinné úlevy od bolesti a řízení celkového průběhu onemocnění, je pro tyto pacienty zcela zásadní. Holubová (2016) ve své práci také zmiňuje dvě dimenze, které označuje za nejhůře hodnocené. Skóre fyzické aktivity uvádí 33,6 % a tělesnou bolest 23,3 %, což se neshoduje s výsledky našeho výzkumu.

Celkové fyzické zdraví dosáhlo výpočtem z hodnot jednotlivých dimenzí průměrné hodnoty 41,1, které lze z vyhodnotit vzhledem k populační normě jako podprůměrné.

Dílčí cíl 2 byl tímto splněn a náš stanovený předpoklad (H2) potvrzen.

Poslední položkou dotazníku byla změna zdravotního stavu v posledním roce přináší další znepokojivé zjištění o dopadu gonartrózy na kvalitu života pacientů. Většina respondentů (64,7 %) uvedla, že jejich zdraví se za poslední rok spíše nebo výrazně zhoršilo ve srovnání s předchozím rokem. Pouze 4,7 % vnímalo zlepšení svého zdraví. Zbývající část (30,6 %) nepozorovala žádnou změnu. Tento nepříznivý vývoj zdravotního stavu v průběhu jednoho roku u velké části respondentů naznačuje progresivní a chronický charakter gonartrózy. I přes dostupnou léčbu dochází u mnohých pacientů k postupnému zhoršování jejich kondice a zřejmě i narůstání disability. Toto zjištění zdůrazňuje potřebu aktivní a včasné intervence

k zpomalení progresu onemocnění a zachování funkčního stavu co nejdéle. Kombinace perzistentních až zhoršujících se bolestí, únavy, depresivních stavů, sociální izolace a celkového zhoršování zdravotního stavu v průběhu času vytváří velmi zatěžující situaci pro pacienty s gonartrózou. Jejich kvalita života je vážně narušena na mnoha úrovních. Kromě adekvátní symptomatické léčby je nutné se zaměřit také na udržování funkčních schopností, duševní pohody a sociální integrace těchto nemocných.

Celkově tato data ilustrují komplexní dopad gonartrózy na bio-psycho-sociální well-being pacientů. Poukazují na naléhavou potřebu koordinované multidisciplinární péče zahrnující farmakoterapii, fyzioterapii, psychologickou podporu, sociální intervence a případně i chirurgické řešení. Matveev a Bragina (2012, s. 53-62) zjistili, že gonartróza snížila kvalitu života až u 80 % pacientů. Jako závažný dopad související s kvalitou života pacientů autoři vnímají i riziko rozvinutí invalidity u pacientů s gonartrózou. Invalidita totiž byla v jejich výzkumu diagnostikována v 10–21 % případů. V takových situacích může dojít k ovlivnění kvality života ještě intenzivněji, a to často v důsledku nemožnosti ekonomické aktivity včetně dalšího omezení hybnosti. Na druhou stranu pro některé pacienty může být uznání invalidity i pozitivní, neboť jim díky tomu mohou náležet určité benefity ve formě finanční podpory, nároku na kompenzační pomůcky a třeba to může znamenat i více volného času (který však nemusí být možné trávit aktivně). I tak se jeví, že včasná a účinná léčba gonartrózy má obrovský společenský a ekonomický význam.

Shrneme-li celkové posouzení úrovně kvality života ve všech zmíněných oblastech, kvalita života u pacientů s gonartrózou je neuspokojivá, jelikož průměrný index je 47,4 %, tedy pod hranicí průměrné kvality života, čímž jsme dosáhli splnění hlavního cíle práce.

LIMITY VÝZKUMU

Vzhledem k malému vzorku respondentů z České republiky jsme se rozhodli neinterpretovat tato nalezení jako obecně platná.

Vzhledem k tomu, že respondenty byli vybíráni na základě specifických kritérií, je důležité brát v úvahu omezení studie z hlediska reprezentativity výsledků. Výsledky této studie mohou být tedy relevantní pro pacienty s diagnózou gonartrózy ve věku 18 let a starších, žijící v Plzeňském kraji, kteří projevují zájem o účast ve výzkumu a trpí 3. nebo 4. stupněm tohoto onemocnění.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Téma bakalářské práce se zaměřuje na hodnocení kvality života u pacientů trpících jedním z nejčastějších chorob pohybového muskuloskeletálního systému, jímž je degenerativní onemocnění kolenních kloubů nazývané gonartróza. Jako výstup bakalářské práce byl vytvořen manuál pro ošetrovatelskou praxi (viz. Příloha E). Manuál bude distribuován na ortopedických pracovištích (ve formátu pdf). Díky tomuto doporučení mohou zdravotničtí pracovníci lépe rozpoznat zdravotní problémy a zaměřit se na specifika daného onemocnění s cílem zlepšit kvalitu života v ošetrovatelské praxi. Jsou tak schopni zajistit, optimální péči a také to, že se potíže nebudou navracet s větší intenzitou.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života u pacientů s gonartrózou. Téma práce je pro autorku zajímavé a aktuální, vzhledem ke stále se zvyšujícímu počtu pacientů s tímto onemocněním. Teoretická část je rozdělena do dvou částí. V první části popisujeme kvalitu života včetně dimenzí, indikátorů a metod hodnocení kvality života. Pozornost věnujeme kvalitě života v obecné rovině a změnám v tělesné, psychické, sociální a duchovní oblasti u pacientů. Druhá část obsahovala informace o celkové problematice gonartrózy jako takové, která zahrnuje seznámení z hlediska etiologického, patofyziologického a klinického, ale i seznámení se stadii onemocnění, diagnostikou a terapeutickými a konzervativními přístupy, dopadu gonartrózy na kvalitu života, vzdělávání a podpoře pacientů s tímto onemocněním. Praktická část byla věnována metodologickému zpracování kvantitativního výzkumu. Byl zde pospán standardizovaný dotazník, jeho metodika a také vyhodnocení. Ke zjištění relevantních informací byla využita metoda anonymního, standardizovaného dotazníku SF-36, který byl doplněn o 8 otázek vlastní konstrukce. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit do jaké míry je ovlivněna kvalita života pacientů s diagnostikovanou gonartrózou. Hlavní cíl byl splněn. V rámci šetření jsme dospěli k závěru, že pacienti trpící gonartrózou pociťují významná omezení v kvalitě života. Jejich kvalita života je podprůměrná, tudíž nedostatečná. Konkrétně naše analýza ukázala, že pacienti pociťovali omezení v různém rozsahu ve všech 8 dimenzích standardizovaného dotazníku SF-36. Tato zjištění naznačují, že pacienti s tímto degenerativním onemocněním kolenního kloubu čelí v každodenním životě značným výzvám a překážkám. Závěrem tato studie klade důraz na potřebu dalšího výzkumu a vývoje intervencí ke zlepšení kvality života u pacientů s diagnostikovanou gonartrózou.

Všechny stanovené cíle byly splněny a byl vytyčen návrh a doporučení pro praxi. Práce by mohla být přínosná z důvodu uvědomění si snížení kvality života u pacientů s touto nemocí oproti kvalitě života obecné populace. Další výzkum by mohl být zaměřen na širší vzorek populace a vztah mezi délkou léčby, typem operačního zákroku a výskytem přidružených onemocnění s cílem optimalizovat léčebné postupy a zlepšit kvalitu života pacientů s touto diagnózou.

SEZNAM LITERATURY

Nová citační norma ČSN ISO 690:2022: Bibliografické citace

Zdroje:

ANDRADE ARAUJO, I. L.; CAVALCANTE CASTRO, M.; DALTRO, C.; ALMEIDA MATOS, M. Quality of Life and Functional Independence in Patients with Osteoarthritis of the Knee. *Knee Surg Relat Res.* 2016, 28(3): 219–224.

BLATNÝ, M., T. KEPÁK a I. VLČKOVÁ. Následky léčby dětských nádorových onemocnění a jejich vliv na kvalitu života: Předběžné výsledky projektu QOLOP. In: *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci.* 2008, s. 37-41. ISBN 978-80-7392-073-9

BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života.* Praha: Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 9788024754024

DOUCKOVÁ, P. Vliv chronické bolesti na kvalitu života pacientů. *Florence.* 2012, (2): 24-26.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3

GALLO, J. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2486-6

GALLO, J. Nutraceutika v terapii gonartrózy: *pohled ortopeda.* *Vnitř. Lék.* 2018; 64(2): 191–196.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života.* Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Lékařské listy*, 2003, č. 5, s. 27–29.

HOLUBOVÁ, M. *Validizace a porovnání dotazníků na sledování kvality života u pacientů s artrózou kolenního a kyčelního kloubu.* Brno: Masarykova univerzita, 2016. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/urqx5/Holubova_disertacni_prace.pdf. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta, Ústav lékařské etiky.

HOLUBOVÁ, M.; PILNÝ, J.; REMR, J.; ŠVARC, A.; MACKOVÁ, M. Využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví u pacientů s artrózou kolenního a kyčelního kloubu. *Čes. Revmatol.*, 2017, 25(1), 44-52.

HORČIČKA, V. Osteoartróza. *Interní medicína pro praxi*. 2004, (5): 238-242.

HUDÁKOVÁ, A. a L. MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9

HRUŠKA, L. Artróza kolenního kloubu. *Artróza. Bulletin pro pacienty s artrózou*. 2014, (1): 2 s.

KALOVÁ, H.; PETR, P.; SOUKUPOVÁ, A.; VONDROUŠ, P. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Klin Farmakol Farm.* 2005; 19: 165–168.

KALANTAR-ZADEH, K. *Quality of Life in Patients with Chronic Renal Failure*. In: *CIN' 2003: 3th Congress of Nephrology in internet* [online]. [cit. 2024-03-16]. Dostupné z: <https://www.uninet.edu/cin2003/conf/index.html>

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 13-33s. Přel. z: *Vivre avec les personnes âgées*. ISBN 80-200-1307-5

KŘIVOHLAVÝ, J. *Kvalita života*. In *Kvalita života Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 7–20. ISBN 80-86625-20-6

LEPŠÍ PÉČE. *Stupně artrózy a léčba* [online]. © 2012 [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: <https://www.lepsipece.cz/ortopedie/stupne-artrozy-lecba>

LIEBSCHER-BRACHT, R.; BRACHT, P. *Skončujte s artrózou a bolavými klouby – proč trpíte zcela zbytečně a co s tím můžete udělat*. Praha: Albatros Media a.s. 2020. ISBN 9788026434269.

MAREŠ, J.; MAREŠOVÁ, J. *Paradoxy kvality života, které souvisí se zdravím (HRQL)*. In *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemocí*, 2008, s. 6-15. ISBN: 978-80-7392-073-9

MASARYKOVÁ, L. *Osteoporóza a kvalita života. Solen* [online]. 2014, 4(4), 98-102 [cit. 2024-03-02]. Dostupné z: http://solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=7192&magazine_id=14

MATVEEV, R. P.; BRAGINA, S. *The role of local injection therapy in improving quality of life of patients with gonarthrosis. Ekologiya Cheloveka (Human Ecology)*. 2015, 22(8): 48-52.

MATVEEV, R. P.; BRAGINA, S. V. *Knee Joint osteoarthritis: Problems and social significance. Ekologiya Cheloveka (Human Ecology)*. 2012, 19(9): 53-62.

MUSILOVÁ, M. *Ošetrovatel'stvo a kvalita života*. In Farkašová, D. a kol. *Ošetrovatel'stvo: teória*. Martin: Osveta, 2009. s. 212-218. ISBN 978-80-8063-322-6

NAVRÁTIL, L. ed. *Fyzikální léčebné metody pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0478-9

NĚMEC, F.; CHALOUPKA, R.; KRBEC, M.; MESSNER, P. Hodnocení kvality života pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. *Acta Chirurgiae Orthopaedicae Ettraumatologiae Čechosl.*, 2009, (76): 20–24.

OLEJÁROVÁ, M. Léčba bolesti u osteoartrózy. *Interní Med.* 2009; 11(12): 552–557

OLEJÁROVÁ, M. Současná mezinárodní doporučení pro diagnostiku a léčbu gonartrózy. *Med. Pro Praxi*. 2010; 7(12): 470–474.

OLEJÁROVÁ, M.; ŠLÉGLOVÁ, O.; DUŠEK L.; VENCOVSKÝ, J.; PAVELKA, K. Hodnocení funkčního postižení u pacientů s gonartrózou – validizace české verze dotazníku WOMAC. *Čes. Revmatol.*, 2005, 13(2): 47–53.

PAVELKA, K. Doporučení České revmatologické společnosti pro léčbu osteoartrózy kolenních, kyčelních a ručních kloubů. *Čes. Revmatol.*, 2012, 20(3): 138-157.

PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0

RAVAUD P.; FLIPO, R. M.; BOUTRON, I. et al. ARTIST (osteoarthritis intervention standardized) study of standardised consultation versus usual care for patients with osteoarthritis

of the knee in primary care in France: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2009; 338: b421.

RYBA, L.; CHALOUPKA, R. a kol. Možnosti léčby artrózy v ordinaci praktického lékaře. *Med. Praxi*. 2018; 15(4): 215–220.

ŘEHULKOVÁ, O. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9

SLOVÁČEK, L.; SLOVÁČKOVÁ, B.; JEBAVÝ, I.; BLAŽEK, L.; Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, roč. 73, č. 1, s. 6-9.

ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2006. ISBN 9788024717777

ŠŤASTNÁ, L. Dotazník SF 36. In: *Klinika adiktologie* [online]. Praha: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2008 [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-sf-36>

VAĎUROVÁ, H. a P. MÜHLPACHR. *Kvalita života teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7

VURM, V., et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100s. ISBN 80-86571-07-6

WARE, J. E., Jr. a C. D. SHERBOURNE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* [online]. 1992, 30, 473-483 [cit. 2024-03-20]. Dostupné z: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html

WHOQOL: Measuring Quality of Life, © 2023 WHO. *World Health Organization* [online]. [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: https://www.who.int/tools/whoqol?fbclid=IwAR2Wak-KHwg7vGwNIsuQxrLhvv0qi0oyJ1nvnlti6qJeAz8-_ocR6n20D0Q

YAMAMOTOVÁ, A.; PAPEŽOVÁ, H. Patofyziologie vztahu bolesti a deprese. *Psychiat. pro Praxi*. 2010; 11(3): 110–114.

ZACHAROVÁ, E. Faktory působící na průběh chronické bolesti a úloha zdravotníků při jejím zvládnutí. *Interní Med.* 2008; 10 (5): 251–252.

36 – Item Short Form Survey (SF-36), RAND Health Care [online]. [cit. 2024-03-16]. Dostupné z: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-shortform/survey-instrument.html

.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník SF-36

Příloha B – Populační normy RAND (SF-36)

Příloha C – Obrázek – vlevo kolenní kloub bez artrózy a vpravo s artrózou

Příloha D – Seznam internetových skupin účastníků se výzkumného šetření

Příloha E – Manuál pro ošetrovatelskou praxi

PŘÍLOHY

Příloha A: Dotazník SF – 36

Kvalita života pacienta s gonartrózou

Dobrý den, Vážená pani/ Vážený pane

Jmenuji se Adéla Heřmanová a jsem studentkou bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií v Plzni oboru všeobecného ošetřovatelství. Pracuji na výzkumu mé bakalářské práce zaměřeném na **kvalitu života pacientů s gonartrózou**, konkrétně se zaměřuji na **pacienty s třetím a čtvrtým stupněm** této nemoci.

Dovoluji si vás oslovit s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, pokud jste pacient s gonartrózou třetího a čtvrtého stupně ve věku osmnáct a více let. Pro výzkum je nutné, abyste bydleli v Plzeňském kraji.

Se získanými informacemi bude naloženo v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb.

Dotazník Vám bude trvat přibližně 5-10 minut. U každé otázky je možné označit pouze jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak. Vyplněním dotazníku souhlasíte s účastí na výzkumu. Máte právo na to kdykoliv účast ukončit.

Vaše účast je tak naprosto dobrovolná a všechny odpovědi budou zpracovány anonymně.

Děkuji Vám moc za Vaši spolupráci a čas, který jste ochotni věnovat.

S pozdravem ,

Adéla Heřmanová

Studentka Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni

První část - dotazník vlastní konstrukce

1 Jakým stupněm artrózy trpíte?

Nápověda k otázce: *Tento dotazník se zabývá pacienty trpící vyšším stupněm artrózy, pokud trpíte menším stupněm než je uvedeno v odpovědi, prosím nevyplňujte dotazník dále.*

3. stupeň 4. stupeň

2 Jaké je Vaše pohlaví?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

Muž Žena Nechci uvádět

3 Uvedte svůj věk

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- 18-30 31-45 46-65 65 a více

4 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Základní vzdělání Střední vzdělání s vyučným listem Střední vzdělání s maturitní zkouškou Vyšší odborné vzdělání
 Vysokoškolské vzdělání

5 Jaký je Váš rodinný stav?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Svobodný/á Ženatý/vdaná Rozvedený/á Vdovec/vdova

6 Jaké je vaše současné zaměstnání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Zaměstnaný/á na plný úvazek Zaměstnaný/á na částečný úvazek Nezaměstnaný/á Invalidní důchodce Starobní důchodce

7 Jak dlouho máte diagnostikované onemocnění?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- méně než 5 let 5-10 let více než 10 let

8 Jaké máte přidružené onemocnění?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Diabetes mellitus Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) Nádorové onemocnění Astma bronchiální Chronické srdeční selhání
 Žádné
 Jiná

Druhá část - dotazník SF-36

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

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Výtečné Velmi dobré Dobré Docela dobré Špatné

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

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Mnohem lepší než před rokem Poněkud lepší než před rokem Přibližně stejné jako před rokem Poněkud horší než před rokem
 Mnohem horší než před rokem

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

	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zvedání nebo nošení běžného nákupu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vyjít po schodech několik pater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vyjít po schodech jedno patro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Předklon, shýbání, poklek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chůze asi jeden kilometr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chůze po ulici několik set metrů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chůze po ulici sto metrů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	Ano	Ne
Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	Ano	Ne
Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Udělal(a) jste méně, než jste chtěl(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- Vůbec ne Trochu Mírně Poměrně dost Velmi silně

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

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- Žádné Velmi mírné Mírné Střední Silné Velmi silné

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

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- Vůbec ne Trochu Mírně Poměrně dost Velmi silně

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

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď v každém řádku

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
Jste se cítil(a) pln(a) elánu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jste byl(a) velmi nervózní?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jste pocítoval(a) klid a pohodu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jste byl(a) pln(a) energie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jste pocítoval(a) pesimismus a smutek?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jste se cítil(a) vyčerpan(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jste byl(a) šťastný(á)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jste se cítil(a) unaven(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- Pořád Většinou Občas Málokdy Nikdy

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

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď v každém řádku*

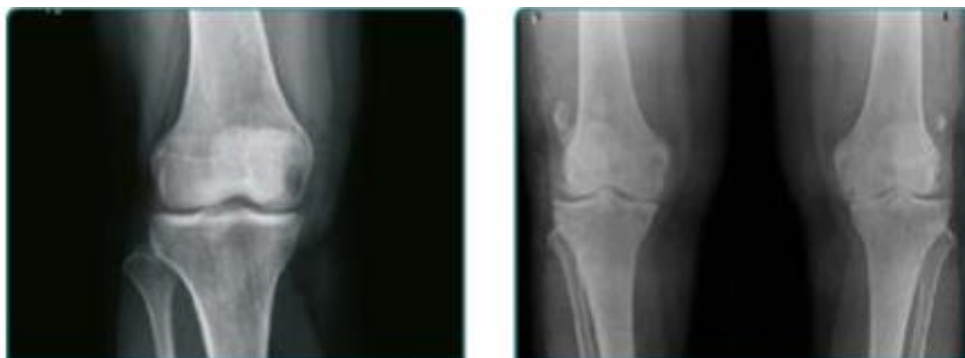
	Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Očekávám, že se mé zdraví zhorší	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mé zdraví je perfektní	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Příloha B: Populační normy RAND (SF-36)

POPULAČNÍ NORMY RAND (SF-36)			
Rozpětí: 0 (nejhorší kvalita života) až 100 (nejlepší kvalita)	INTERVAL NORMY		
	SPODNÍ HRANICE NORMY	PRŮMĚR NORMY	HORNÍ RANICE NORMY
Fyzické fungování PF	63,3	70,61	82,2
Fyzická omezení RP	41,7	52,97	80,6
Emoční problémy RE	58,2	65,78	95,9
Vitalita VT	47,4	52,15	62,2
Duševní zdraví MH	59,3	70,38	73,6
Sociální fungování SF	66,8	78,77	87,3
Tělesná bolest BP	54,1	70,77	80,6
Všeobecné zdraví GH	43,8	56,99	59,5

Převzato z: WARE, J. E., Jr. a C. D. SHERBOURNE, 1992

Příloha C: Obrázek 1



Obrázek 2- Vlevo kolenní kloub bez artrózy a vpravo kolenní kloub s artrózou (Hruška, 2014, s. 1)

Příloha D: Seznam internetových skupin účastněných výzkumného šetření

Název skupiny	Dostupné z:
Artróza kolen	https://www.facebook.com/groups/174429958756198
Artróza	https://www.facebook.com/groups/128017057971398
artróza	https://www.facebook.com/groups/1787831108068768
Psychosomatika a etikoterapie v praxi bez omezení	https://www.facebook.com/groups/464635791492882
Ošetrovna od Ošetrovatel- ství.info	https://www.facebook.com/groups/osetrovna
Dotazníky k vyplnění	https://www.facebook.com/groups/308364969266339
Dobrovolníci pro výzkum – vě- decké dotazníky k diplomce, ba- kalářce atp.	https://www.facebook.com/groups/223202048176926
Dotazníky k diplomkám... aneb potřebuji respondenty	https://www.facebook.com/groups/1040161459383009
Dotazníky ke studentským pra- cím	https://www.facebook.com/groups/269847350140591

Příloha E: Manuál pro ošetrovatelskou praxi

1. Zaměřit se na komplexní hodnocení kvality života těchto pacientů a její pravidelné monitorování. Využívat validizované nástroje pro posuzování kvality života u gonartrózy.

Kvalita života je u pacientů s gonartrózou často výrazně snížena vlivem chronické bolesti, omezené pohyblivosti a funkčnosti postiženého kloubu. Pro efektivní ošetrovatelskou péči je důležité pravidelně a systematicky hodnotit kvalitu života těchto pacientů pomocí validizovaných nástrojů. Doporučuje se využívat obecné dotazníky pro hodnocení kvality života související se zdravím, jako je např. SF-36 nebo WHOQOL. Tyto nástroje pokrývají různé domény kvality života – fyzickou, psychickou, sociální i environmentální. Kromě toho existují i specifické dotazníky zaměřené na kvalitu života u pacientů s osteoartrózou kloubů, například WOMAC nebo OA-QOL. Tyto nástroje lépe zachycují specifické dopady gonartrózy na každodenní aktivity, pohyblivost, bolest a další relevantní oblasti. Hodnocení by mělo probíhat opakovaně v průběhu času, aby bylo možné sledovat vývoj a případné změny v kvalitě života v souvislosti s progresí onemocnění nebo efekty aplikované léčby/intervencí. Systematické využívání těchto validizovaných nástrojů umožní sestřám získat komplexní obraz o tom, jak gonartróza ovlivňuje různé aspekty života pacienta. Na základě zjištěných deficitů lze pak lépe cílit ošetrovatelskou péči a případně upravovat intervence pro maximální možné zlepšení kvality života.

2. Identifikovat faktory, které negativně ovlivňují kvalitu života (bolest, omezená pohyblivost, deprese, úzkost atd.) a aktivně je řešit multidisciplinárním přístupem.

Gonartróza má na pacienty komplexní dopad, který zasahuje do různých oblastí jejich života. Je důležité pečlivě zmapovat všechny faktory, které u konkrétního pacienta snižují kvalitu jeho života. Mezi hlavní faktory patří:

- Bolest – chronická bolest kloubu patří k nejvýznamnějším faktorům snižujícím kvalitu života. Je třeba aktivně řešit kontrolu bolesti vhodnými analgetiky, fyzioterapií, aplikací chladu/tepla atd.

- Omezená pohyblivost a funkčnost – zhoršená schopnost provádět běžné denní aktivity, chodit, sedat si apod. Řešením je fyzioterapie, využívání kompenzačních pomůcek, ergoterapie.
- Depresivní/úzkostné stavy – psychické obtíže často doprovázející chronické onemocnění, zhoršují kvalitu života. Řešit psychoterapií, farmakoterapií, zapojením do svépomocných skupin.
- Omezení v sociálních/pracovních rolích – zhoršená schopnost fungovat v zaměstnání, rodině, udržovat sociální kontakty. Řešit změnou pracovního prostředí, zapojením sociálních služeb.
- Obezita – nadváha zvyšuje zátěž na postižený kloub, zhoršuje symptomy. Řešit redukcí hmotnosti, úpravou stravovacích návyků.

Všechny tyto faktory je třeba u každého pacienta aktivně vyhledávat, monitorovat jejich vývoj a adekvátně je řešit multidisciplinárním přístupem za spolupráce všech zdravotnických profesí – lékařů, sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, nutričních terapeutů, psychologů atd. Jen komplexním řešením lze maximálně zlepšit kvalitu života.

3. Zohledňovat psychosociální aspekty gonartrózy, poskytovat emoční podporu, pomoc se zvládáním stresu a depresivních stavů negativně ovlivňujících kvalitu života.

Poskytnout pacientům podporu, pomoc se zvládáním stresu a depresivních stavů negativně ovlivňujících kvalitu života. Gonartróza jako chronické onemocnění často vede ke stresu, úzkosti a depresivním stavům, které dále zhoršují kvalitu života. Ošetrovatelská péče by měla zahrnovat psychosociální podporu, edukaci o strategiích zvládání stresu (relaxační techniky, kognitivně-behaviorální terapie), popřípadě zprostředkování psychoterapeutické nebo farmakologické léčby. Zapojení do svépomocných skupin také pomáhá zvládat psychický stres.

4. Spolupracovat s dalšími zdravotnickými profesionály (lékaři, fyzioterapeuty, ergoterapeuty) pro komplexní léčbu a management gonartrózy.

Optimální péče vyžaduje multidisciplinární přístup – spolupráci sester s lékaři (revmatology, ortopedy), fyzioterapeuty, ergoterapeuty, nutričními terapeuty, psychology apod.

Společnými silami lze komplexně řešit bolest, zlepšovat funkci kloubu, upravovat životní styl, poskytnout psychologickou podporu atd.

5. Edukovat pacienty o vhodných úpravách domácího prostředí a využívání kompenzačních pomůcek pro usnadnění každodenních činností.

Sestry by měly pacienty edukovat o možnostech úprav domácího prostředí (madla v koupelně, sedačka na vanu, protiskluzové pomůcky atd.) a využívání kompenzačních pomůcek (hole, chodítka, nástavce na prodloužení úchopu atd.), které jim usnadní soběstačnost v běžných denních činnostech.

6. Podporovat účast pacientů v svépomocných skupinách pro sdílení zkušeností a vzájemnou psychosociální oporu při zvládnání chronického onemocnění.

Členství ve svépomocných skupinách pacientům pomáhá sdílet zkušenosti, rady a strategie zvládnání gonartrózy s lidmi s podobnými problémy. Přináší vzájemnou emoční oporu a pomáhá snižovat pocity izolace plynoucí z chronického onemocnění.

7. Navrhnout vytvoření edukačních materiálů a programů pro pacienty s gonartrózou se zaměřením na zlepšení jejich soběstačnosti a kvality života.

Pro lepší edukaci pacientů je vhodné mít k dispozici kvalitní písemné materiály, videa, webové stránky aj. se srozumitelnými informacemi o gonartróze, jejím managementu, úpravách životního stylu, cvičeních atd. Výhodné jsou i strukturované edukační programy vedené sestrami.

8. Prosazovat důležitost preventivních opatření k minimalizaci rizika progresu gonartrózy a vzniku komplikací (úprava životního stylu, kontrola hmotnosti, vyhýbání se rizikům další traumatizace kloubu).

Součástí ošetrovatelské péče by měl být důraz na prevenci dalšího zhoršování stavu – edukace o nutnosti udržovat optimální hmotnost, vyhýbat se přetěžování kloubů rizikovými aktivitami, pravidelně cvičit pro posílení svalů kolem kloubu atd. Cílem všech těchto intervencí je maximálně možné zmírnění negativních dopadů gonartrózy na různé oblasti života pacienta a zlepšení jeho celkové kvality života.