

Kvalita života pacientů s defektem diabetické nohy

Barbora Šimperská

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Šimperská**
Osobní číslo: **H16332**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života pacientů s defektem diabetické nohy**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života pacientů s defektem diabetické nohy.
Příprava metodiky kvantitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

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

KATON, Wayne, Mario MAJ a Norman SARTORIUS. Depression and Diabetes. Hoboken, New Jersey: John Wiley, 2011. ISBN 978-1-119-95747-8.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. Kompéndium hojení ran pro sestry. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.

PROCHÁZKOVÁ, Romana a Andrea POKORNÁ. Dermatologie pro praxi: Česká verze dotazníku Wound-Qol. Olomouc: Solen, 2017, 11(3). ISSN 1802-2960.

STRYJA, Jan, Petr KRAWCZYK, Michal HÁJEK a František JALŮVKA. Repetitorium hojení ran 2. Vydání 2. Semily: Geum, 2016. ISBN 978-80-87969-18-2.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgř. Jana Doleželová /
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 17.5.2019

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života pacientů, kteří mají otevřený defekt diabetické nohy v důsledku pozdní komplikace diabetes mellitus.

Teoretická část práce se zabývá syndromem diabetické nohy – klasifikací, etiopatogenezí, terapií SDN a v neposlední řadě i prevencí vzniku. Další část se zabývá kvalitou života související se zdravím a nemocí. Třetí část je věnovaná nástrojům používaným k měření a hodnocení kvality života v souvislosti s hojením ran. Praktická část je zaměřena na zhodnocení kvality života pomocí standardizovaných dotazníků Short Form Health Survey 36 a Wound Quality of Life, které byly použity u 51 pacientů s otevřeným defektem diabetické nohy.

Klíčová slova: Syndrom diabetické nohy, otevřený defekt, kvalita života, Wound-QoL, Short Form Health Survey, dotazník

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on the quality of life in patients with diabetic foot ulcers, due to late complications of diabetes mellitus.

The theoretical part deals with diabetic foot syndrome - classification, etiopathogenesis, DFS therapy and last but not least prevention. The next section deals with the quality of life related to health and disease. The third part is devoted to the tools used to measure and evaluate the quality of life associated with wound healing. The practical part is focused on the evaluation of quality of life using standardized Short Form Health Survey 36 and Wound Quality of Life questionnaires, which were used in patients with open diabetic foot defect.

Keywords: Diabetic foot syndrome, opened defect, quality of life, Wound-QoL, Short Form Health Survey , questionnaire

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Pavle Kudlové, PhD. za odborné vedení bakalářské práce, ochotu, trpělivost a cenné rady, které mi poskytla.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY	11
2 SYNDROM DIABETICKÉ NOHY	12
2.1 ETIOPATOGENEZE.....	12
2.2 KLASIFIKACE SYNDROMU DIABETICKÉ NOHY	13
2.2.1 Neuropatická noha	13
2.2.2 Ischemická choroba dolních končetin	14
2.2.3 Klasifikace diabetické nohy dle Wagnera.....	14
2.2.4 Klasifikační systém PEDIS	14
2.3 DIAGNOSTIKA	14
2.4 LÉČBA	15
2.4.1 Dělení krycích materiálů	16
2.4.2 Chirurgická léčba	16
2.5 PREVENCE VZNIKU DEFEKTŮ	16
3 KVALITA ŽIVOTA.....	18
3.1 DEFINICE KVALITY ŽIVOTA	18
3.2 KVALITA ŽIVOTA SOUVISEJÍCÍ SE ZDRAVÍM	20
3.3 KVALITA ŽIVOTA A NEMOC	20
3.3.1 Význam hodnocení HRQoL.....	21
3.4 HODNOCENÍ A MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	21
3.5 GENERICKÉ DOTAZNÍKY K HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	21
3.6 KVALITA ŽIVOTA SE SYNDROMEM DIABETICKÉ NOHY	22
3.7 EXISTUJÍCÍ VÝZKUMY SF – 36 A WOUND – QUALITY OF LIFE	23
II PRAKTICKÁ ČÁST	25
4 CÍLE PRÁCE	26
4.1 DÍLČÍ CÍLE	26
4.2 METODIKA VÝZKUMU	26
4.3 WOUND – QoL.....	27
4.3.1 Metodika Wound – QoL	27
4.3.2 Vyhodnocení dotazníku Wound – QoL	27
4.4 SHORT FORM HEALTH SURVEY – 36	28
4.4.1 Metodika SF – 36	28
4.4.2 Vyhodnocení SF – 36.....	29
4.5 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ	30
5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	32

5.1	ANALÝZA SOCIODEMOGRAFICKÝCH DAT A DAT TÝKAJÍCÍCH SE ZÁKLADNÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	32
5.2	CÍL 1: ZJISTIT KVALITU ŽIVOTA POMOCÍ STANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKU SHORT FORM HEALTH SURVEY – 36	38
5.3	CÍL 2: ZJISTIT KVALITU ŽIVOTA POMOCÍ STANDARDIZOVANÉHO DOTAZNÍKU WOUND – QoL.....	44
5.4	CÍL 3: POROVNAT VÝSLEDKY Z DOTAZNÍKU SF – 36 A WOUND – QoL.....	48
6	DISKUZE	50
	ZÁVĚR	53
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	55
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	58
	SEZNAM GRAFŮ	60
	SEZNAM TABULEK.....	61
	SEZNAM PŘÍLOH.....	62

ÚVOD

Syndrom diabetické nohy je závažnou pozdní komplikací diabetu mellitu, při kterém vznikají defekty na dolních končetinách distálně od kotníku. Tyto závažné změny vznikají v důsledku působení mnoha faktorů, jako jsou diabetická neuropatie, narušená biomechanika nohy, ischemická choroba dolních končetin, kouření, deformity nohou, nevhodná obuv, infekce a zhoršené hojení ran u diabetiků. Nejčastěji vznikají na plosce nohy, prstech, nebo na patě a zásadně tak ovlivňují především pohyb. Mnohé defekty mohou vést až k invaliditě nemocného. Uvádí se, že v posledních letech je právě diabetes hlavní příčinou netraumatických amputací dolních končetin. Téma bakalářské práce „Kvalita života u pacientů s defektem diabetické nohy“ jsem si vybrala nejen proto, že se jedná o nejčastější pozdní komplikaci. Zajímalo mne, jaké je kvalita jejich života vzhledem k základnímu onemocnění i komplikacím v podobě malých, či rozsáhlejších defektů. Syndrom diabetické nohy ovlivňuje kvalitu života nemocných nejen po stránce tělesné, ale ovlivňuje i psychiku nemocného. Diabetici jsou omezeni v trávení svého volného času, ve společenském životě, v provádění domácích prací, při běžných pracovních činnostech a v zaměstnání. Ovlivňuje nemocného i po stránce ekonomické, pracovní a sociální. Mým zájmem bylo posoudit nejvíce postiženou oblast života. Je důležité chápat nemoc a kvalitu jako jeden celek, který na sebe neustále navazuje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

Diabetes mellitus je vážné onemocnění, které je tvořené vrozenými i zevními faktory. Výskyt onemocnění světově trvale stoupá. Dle výsledků výzkumu Ústavu zdravotnických informací a statistiky se v roce 2017 v České republice léčilo přibližně 850 000 osob s diabetem 2. typu a s diabetem 1. typu bylo hlášeno 80 000 nemocných. V roce 2012, kdy proběhl poslední výzkum zabývající se četností komplikací diabetu, bylo zjištěno, že diabetická noha se vyskytla u 43 248 (5,1 %) léčených diabetiků. Nejvyšší podíl byl stejně jako v předchozím roce zaznamenán v Kraji Vysočina (7,6 %), Zlínský kraj byl ve srovnání s celorepublikovým průměrem na druhé příčce s poměrně vysokým podílem osob s diabetickou nohou (6,6 %). Nejtěžším důsledkem této zdravotní komplikace diabetu může být amputace části dolní končetiny, nejčastěji v oblasti nohy a prstů. V České republice bylo v roce 2012 hlášeno 10 425 osob s provedenou amputací.

Data dále ukazují absolutní nárůst počtu nemocných s mikrovaskulárními komplikacemi. Udává se, že riziko onemocnění diabetickou nohou kdykoliv v průběhu života je pro pacienty s diabetem asi 15 %. Normální proces hojení ran u diabetiků je narušen kombinací faktorů, které mohou vést k rozvoji infekce, gangréně a k dlouhodobé hospitalizaci. Hlavními faktory pro prognózu hojení diabetických ulcerací jsou infekce, ischemie, způsob ošetřování ran. Diabetická noha s sebou často nese dlouhé léčení, které může podstatně ovlivnit zvládnání denních aktivit, chůzi a soběstačnost. Zásadně tedy ovlivňuje jak fyzickou, tak psychickou stránku člověka, což vede ke zhoršení kvality života, kterou jsme se rozhodli zkoumat pomocí standardizovaných dotazníků Short Form Health Survey 36 a Wound - Quality of Life (Zdravotnická ročenka 2017, 2018, s. 56).

2 SYNDROM DIABETICKÉ NOHY

Syndrom diabetické nohy (dále SDN) je destruktivní postižení tkání dolních končetin. Mezi hlavní patogenetické faktory vedoucí k SDN patří diabetická neuropatie, diabetická angiopatie, infekce a snížená pohyblivost kloubů, které se projevují ulceracemi, gangrény a infekty dolních končetin. Jedná se o pozdní komplikaci diabetu mellitu, nejčastěji 2. typu a je nejčastější příčinou amputací dolních končetin z jiných než posttraumatických příčin (40 – 60%). Tento závažný medicínský problém se u diabetiků vyskytuje 17 – 50krát častěji než u zdravých lidí. Diabetická noha podstatně ovlivňuje morbiditu a mortalitu. Neuropatie je přítomná v 5 – 10 % již při diagnostice diabetu, po 10 letech u 40 – 90 % (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 122-123; Pitřhová, 2017, s. 71; Rybka a kol., 2006, s. 152).

Podle WHO je syndrom diabetické nohy definován *jako ulcerace nebo destrukce tkání na nohou u diabetiků spojená s infekcí, s neurologickými abnormalitami a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin* (Jirkovská, Lacigová, Rušavý, Bém, 2016, s. 2-3).

Mezinárodní konsenzus z roku 1999 uvádí, že SDN postihuje část končetiny distálně od kotníku (včetně), kde se vyskytují puchýře, malá poranění a eroze nebo ulcerace v této části dolní končetiny (Syndrom diabetické nohy, 2000, s. 30-31).

2.1 Etiopatogeneze

Postižení dolních končetin u diabetiků, diabetická noha, zahrnuje širokou škálu chorob. Hlavními patogenetickými faktory vedoucími k rozvoji diabetické nohy jsou diabetická neuropatie a ischemická choroba dolních končetin – zhoršená kouřením. Příčina periferní neuropatie je poškození všech vláken (senzorických, motorických a autonomních), nebo smíšenou skupinou neuroischemických ulcerací. Senzorická neuropatie znamená ztrátu citlivosti na tlak, teplotu, bolest a ztrátu propriocepce, což vede k ulceracím. Motorická neuropatie může vést k atrofii svalstva, což vede k deformitám prstů a změnám chůze. Autonomní neuropatie způsobuje snížené pocení nebo úplnou absenci a tím zvyšuje vysušení kůže a fisury. Mezi další významné faktory podporující vznik ulcerací řadíme infekci a poruchu pohyblivosti kloubů, těžké deformity nohou - osteoartropatie. Nejčastějšími deformitami jsou – plochá noha, bolestivá pata – vzniká ostruha patní kosti, vbočený palec, kladívkovité prsty, vyklenutá noha nebo Charcotova osteoartropatie – tzv. Charcotova noha, nebolestivá pro-

gresivní artropatie jednoho nebo více kloubů, teplá, červená a edematózní (Syndrom diabetické nohy, 2000, s. 30 – 31; Rušavý et al., 1998, s. 16; Rybka, 2007, s. 165; Kudlová, 2016, s. 154).

2.2 Klasifikace syndromu diabetické nohy

Základní klasifikace rozděluje diabetické ulcerace na neuropatický neuroischemický a ischemický vřed. Diabetická noha je dle etiologie dělena na primární a sekundární. Sekundární diabetická noha pak na nekomplikovanou, komplikovanou ulceraci – absces, flegmóna. *Mezinárodní konsenzus pro syndrom diabetické nohy* uvádí rizikové kategorie vzniku diabetické ulcerace s ohledem na závažnost postižení.

Rizikový stupeň 0 – bez sensorické neuropatie

Rizikový stupeň 1 – sensorická neuropatie bez deformit nebo periferního cévního onemocnění

Rizikový stupeň 2 – sensorická neuropatie a/nebo deformity nohy či kostní prominence a/nebo známky periferní ischemie

Rizikový stupeň 3 – subjekty s anamnézou ulcerace nebo amputace

(Bělobrádková a Brázdová, 2006, s. 148; Syndrom diabetické nohy, 2000, s. 33, 69; Hlinková a kol., 2019, s. 102).

2.2.1 Neuropatická noha

Diabetickou neuropatií vysvětlujeme *přítomnost symptomů nebo známek periferní nervové dysfunkce u diabetiků po vyloučení jiných příčin*. Příčinou neuropatické nohy jsou poškozená autonomní a sensorická nervová vlákna. Periferní neuropatie se subjektivně projevuje pálením a bodáním v nohou, pocity tepla či chladu v nohou, necitlivostí, strnutím - všechny symptomy v noci zesilují. Objektivně je noha suchá, s otlaky, na dotek teplá. Průtok krve dolními končetinami se nemění, pulzace je hmatná, při objektivním vyšetření zjišťujeme sníženou citlivost žíly na dorzu nohy (Bělobrádková a Brázdová, 2006, s. 148; Syndrom diabetické nohy, 2000, s. 33).

2.2.2 Ischemická choroba dolních končetin

Ischemická choroba dolních končetin je nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím prognózu diabetických ulcerací. Ischemie je způsobená zúžením cév v dolních končetinách, neexistuje specifická arteriální léze pro diabetes, jen má ateroskleróza u diabetiků jiné vlastnosti – častěji se vyskytuje, nevyskytují se pohlavní rozdíly, postihuje mladší osoby, rychleji progreduje (Syndrom diabetické nohy, 2000, s. 39).

2.2.3 Klasifikace diabetické nohy dle Wagnera

Klasifikace je založena na posouzení hloubky ulcerace a přítomnosti infekce. Wagner popisuje ulcerace v pěti stupních, které odpovídají klinické závažnosti. Je nejužívanějším způsobem hodnocení diabetických ulcerací.

Stupeň 0 – noha s vyšším rizikem ulcerací

Stupeň 1 – povrchová ulcerace zasahující do dermis

Stupeň 2 – hlubší ulcerace penetrující do subkutánní tkáně, bez závažnější infekce

Stupeň 3 – hluboká ulcerace zasahující pod plantární fascii, postiženy jsou kosti i klouby, nebo povrchnější ulcerace, ale se závažnou infekcí

Stupeň 4 – lokalizovaná gangréna – prsty, pata apod.

Stupeň 5 – gangréna celé nohy (Jirkovská, Lacigová, Rušavý, Bém, 2016, s. 3; Hlinková a kol., 2019, s. 102).

2.2.4 Klasifikační systém PEDIS

Mezinárodní pracovní skupina pro diabetickou nohu ve své klasifikaci užívá rozdělení ulcerací na pět kategorií: P - perfuzi (perfusion), která se hodnotí po třech stupních, E - rozsah (extend), uvádí se v cm², D - hloubka (depth), která má tři stupně, I - infekce (infection) ve čtyřech stupních a S - citlivost (sensation) ve dvou stupních (viz P1). Hlinková uvádí, že je tento systém nejpřesněji definován, použitelný pro praxi a využívaný ve výzkumech i v rámci mezinárodních studií (Hlinková a kol., 2019, s. 104).

2.3 Diagnostika

Při diagnostice je důležité rozlišit, zda vyšetřujeme diabetika z hlediska stanovení rizika syndromu diabetické nohy, nebo zda vyšetřujeme pacienta, který již syndrom diabetické nohy

má rozvinutý. Důležitou součástí diagnostiky je anamnéza, kde se zjišťuje kompenzace diabetu a další přítomné komplikace. Pozornost se věnuje posouzení klaudikací – při periferní lokalizaci aterosklerózy tepen DK v kombinaci s neuropatií mohou být klaudikační bolesti atypické, nebo nemusí být přítomny vůbec. Při každé návštěvě diabetika se provádí inspekce nohou a zaměřuje se na kožní poruchy (otlaky, puchýře), kostní deformity a deformace (klaudívkovité prsty, poruchy nožní klenby).

Pro stanovení rizika syndromu se alespoň jednou ročně provádí speciální vyšetření, které musí obsahovat vyšetření poruchy citlivosti nohou např. ladičkou, vyšetření kožní teploty na nohou, zhodnocení obuvi pacienta, neinvazivní posouzení angiopatie – měření periferních tlaků a indexů kotník-paže Dopplerem.

Pacient s rozvinutým syndromem diabetické nohy se nejčastěji vyšetřuje v podiatrické ambulanci. Vyšetření obsahuje důkladnou podiatrickou anamnézu (předchozí ulcerace, chirurgické zákroky, aktuální terapie, kouření, příčiny SDN). Dle indikace se provádí orientační neurologické vyšetření DK, orientační cévní vyšetření DK, stěry a odběry tkání na kultivace, RTG nohy, vyšetření glykovaného hemoglobinu - HbA1c, přidružená onemocnění (Jirkovská, Lacigová, Rušavý, Bém, 2016, s. 3 - 5).

2.4 Léčba

U diabetiků dochází ke zhoršenému hojení ran ve srovnání se zdravými jedinci. Hojení defektů nohou u diabetiků je průměrně o 2 týdny pomalejší, hluboké defekty se hojily 9,4 x častěji u nediabetiků než u diabetiků při stejné léčbě. Terapie ulcerace SDN by měla být včasná, účinná a komplexní. Je třeba se zaměřit na správnou kompenzaci diabetu, kauzální terapii příčiny vzniku ulcerace, léčbu infekce a efektivní débridement. Po celou dobu léčby by chodidlo mělo být dostatečně odlehčeno včetně protetické péče. Způsoby odlehčení volíme podle typu postižení – ortézy, kontaktní fixace, obuv odlehčovací a pooperační. Edukace diabetika je v tomto případě klíčová. Důležitou součástí léčby je zlepšení cévního zásobení postižené končetiny (Stryja et al., 2011, s. 160; Rybka, 2006, s. 157; Rušavý et al., 1998, s. 16).

V současné době je léčba diabetických ulcerací postavena na poznatcích o terapii chronických defektů a ran. Používá se vlhká terapie. Tyto materiály v ráně tvoří vlhké prostředí, jsou propustné, vytvářejí bariéru proti infekci a snižují četnost převazů. Dle fáze hojení rány

rozdělujeme na fázi zánětlivou (exsudativní) a proliferační. V závislosti na fázi hojení používáme lokální materiály, které jednotlivé fáze podporují (Rybka, 2006, s. 157; Vatehová a Vateha, 2013, s. 100 - 102).

2.4.1 Dělení krycích materiálů

Dle fáze hojení a stavu rány používáme různé typy krycích materiálů vlhké terapie. **Enzymatické preparáty** působí ve vlhkém prostředí a odstraňují nekrotickou tkáň. **Neadherentní krytí** použitelné pro středně až mírně exsudující rány ve stadiu granulace a epitelizace, **alginátová krytí** vhodná pro rány povrchové i hluboké se střední až silnou sekrecí. **Antiseptické krycí materiály** impregnované antiseptickou látkou, v provedení se stříbrem. **Absorpční krytí s aktivním jádrem** obsahuje aktivní uhlí a ránu čistí. Dalším použitelným krytím jsou filmové, polyuretanové koloidy a hydrogely (Stryja et al., 2011, s. 296 - 314; Rybka, 2006, s. 157).

2.4.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba nespočívá pouze v amputačních výkonech na DK. Typy operací u diabetiků jsou rozděleny do 4 tříd, kdy v 1. třídě je nejmenší riziko komplikací.

Třída I – elektivní chirurgie nohy – výkony zaměřené na odstranění deformit nohy u pacientů bez těžké neuropatie, plánované výkony.

Třída II – profylaktická chirurgie nohy – diabetici s těžkou neuropatií s deformitami, ale bez defektu. Cílem výkonu je snížení rizika vzniku ulcerací.

Třída III – kurativní chirurgie nohy – výkony zaměřené na zhojení otevřeného defektu a na prevenci reulcerací.

Třída IV – akutní výkony – zákroky omezující progresi akutní infekce např. nekrektomie (Jirkovská, Lacigová, Rušavý, Bém, 2016, s. 3 - 5).

2.5 Prevence vzniku defektů

Základní prevencí je dostatečná a opakovaná edukace diabetika a rodiny. Prevence se musí zaměřit na ovlivnění dopadů hlavních rizikových faktorů, kterými jsou senzomotorická neuropatie, deformity nohou, nevhodná obuv a návyky pacientů. Důležitá je i celková kompenzace diabetu, případně ICHDK. Pacienti by neměli chodit na boso, nebo v otevřené obuvi, kdy by pod plantu mohl vniknout cizí předmět. Diabetik by měl dodržovat zásady péče o

nohy, jako je umývání ve vlažné vodě, denní kontrola nohou, vždy před obutím kontrola boty uvnitř, používání hydratačních krémů, stříhání nehtů do rovna, nepoužívat ostré předměty k pedikúře, nechodit naboso ani v domácím prostředí (Stryja et al., 2011, s. 162; Rybka, 2006, s. 158; Pokorná a Mrázová, 2012, s. 132).

Základními opatřeními v prevenci syndromu diabetické nohy jsou: identifikace pacientů s rizikem syndromu diabetické nohy, dispenzarizace pacientů rizikových pro syndrom diabetické nohy, podiatrická edukace pacientů, rodinných příslušníků a zdravotníků, rutinní používání obuvi, která splňuje kritéria pro obuv vhodnou pro diabetiky s neuropatií, včasné ošetření preulcerózních lézí, především hyperkeratóz, fisur a mykóz. Jirkovská popisuje strukturovanou podiatrickou edukaci, ve které uvádí zásadní instruktáž v deseti bodech. Například to, že si diabetici mají denně prohlížet nohy včetně meziprstních prostor, nosit vhodnou obuv snižující, riziko vzniku otlaků či jiných poranění, udržovat správnou hygienu a teplotu vody regulovat do 37°C. Diabetici by si neměli sami provádět pedikúru, ale vyhledat odbornou pedikúru určenou pro diabetiky, pokud tohle nelze, opatrně zastříhávat nehty do rovna a opatrně obrušovat vhodným pilníkem. Upozorňuje na nutnost naučit se rozeznávat změny na jejich nohách a minimálně 1 x ročně navštívit svého diabetologa k vyšetření rizika vzniku diabetické nohy (Jirkovská, 2018).

3 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života byl poprvé v historii uveden již ve dvacátých letech, v medicíně a zdravotnictví je zkoumán teprve od let sedmdesátých. V posledních deseti letech se pojem stává zdůrazňovaným. Termín se stává centrálním, probíraným po celém světě a problematický právě tím, že je tak běžně užíván, a přesto má pro různé obory různý význam. V běžné komunikaci se pojem kvalita života většinou pojí s pozitivní konotací pojmu kvalita, ve smyslu kvalitní = dobrý. V odborném jazyce se termín kvalita života využívá k popisu pozitivních a negativních aspektů života. Na tuto problematiku jsou zaměřeny vědní obory – filozofie, sociologie, psychologie, pedagogika a medicína. V každém z nich může být úhel pohledu i teoretické východisko zcela odlišné. V oblasti medicíny a zdravotnictví je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů z oblasti sociální, ekonomické, zdravotní a environmentální. Tyto spolu tvoří vztah, a tak dochází k lidskému rozvoji (Hnilicová a Bencko, 2005, s. 656 – 659; Gurková, 2011, s. 21 – 24; Payne a kol., 2005, s. 217 – 219).

Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život, který zahrnuje činnosti charakterizující živý organismus v kontextu paradigmatu ošetřovatelství. Koncept kvality života se dělí do dvou dimenzí. Subjektivní kvalita života se týká psychické stránky člověka a všeobecné spokojenosti se životem. Pro subjektivní vnímání je rozhodující kognitivní hodnocení a emocionální prožívání vlastního života, které nemusí být v přímé úměře se socioekonomickým statusem ani s biologickým zdravím. Splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek v kombinaci s fyzickým zdravím označujeme jako objektivní kvalitu života. Tyto úrovně spolu úzce souvisí a tvoří komplexní pojem zahrnující všechny oblasti života (Hnilicová a Bencko, 2005, s. 656 – 659; Gurková, 2011, s. 21).

3.1 Definice kvality života

Pojem kvalita života je velmi těžko uchopitelný a existuje mnoho definic, které se mohou lišit v mnoha vědních oborech. Ve slovníku českého a slovenského jazyka pojem *kvalita* vyjadřuje jakost nebo hodnotu. Koncept zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušeností člověka, a to v oblasti fyzických funkcí až po dosahování životních cílů a prožívání štěstí. Vymezení pojmu kvality života je přes všechny snahy obtížné. Jedná se o multidimenzionální fenomén, který má různé rozměry – biologický, neurofyziologický, psychologický, kulturní i etický. Některé faktory jsou dominantní, jiné potlačené (Gurková, 2011, str. 21 – 24; Procházková a Pokorná, 2017, s. 127; Žumárová, 2012, s. 12).

Prvním z pokusů definovat komplexní kvalitu života nacházíme v modelu kvality života dle Flanagana. Tento model je více než čtvrt století starý a pojetí kvality projevuje v pěti doménách. První z nich je doména *fyzické a materiální bytí*, ve které se hodnotí materiální dostatek, finanční zabezpečení, fyzické zdraví a bezpečí. Důležité jsou *vztahy s druhými lidmi*, tato doména hodnotí vztahy v rodině, s partnerem/partnerkou a dalšími příbuznými a přáteli. V doméně *sociálního zabezpečení a občanské aktivity* hodnotí četnost pomoci druhým, participaci na komunitním životě a zapojení do veřejné práce. Ve čtvrté doméně řeší *osobní rozvoj a naplnění* – intelektuální rozvoj jedince, pracovní uplatnění, osobnostní vyjádření. V poslední z pěti domén se Flanagan zabývá *rekreací a volnočasovými aktivitami*, což zahrnuje společenský život, pasivní a aktivní rekreační aktivity a aktivní účast jedince (Hnilicová a Bencko, 2005, s. 656 – 659; Heřmanová, 2012, s. 413).

Novější teoretické východisko vymezuje Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu jako „*Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života.*“ S takovým vymezením pojmu přichází i model. Ten uvažuje o třech důležitých oblastech života. 1. Být (being), 2. Patřit někam (belonging), 3. Realizovat se (becoming). Ty jsou dále rozděleny na podkategorie, například fyzické a psychologické bytí, sociální a komunitní napojení, nebo praktickou a volnočasovou realizaci (Hnilicová a Bencko, 2005, s. 656 – 659; Heřmanová, 2012, s. 413).

Definice dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) zní: „*Jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí. Je to stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné vady*“ (Žumárová, 2012, s. 12).

Tokárová termín používá ve dvou různých významech. První je definován jako normativní kategorie a druhý jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, kterými se objekt liší od objektů jiných, bez zdůrazňování míry uspokojení určitých potřeb (Gurková, 2011, s. 21).

Definici kvality života vytvořenou v ošetrovatelství uvedl například Ferrel v roce 1992: „*Zmírnění nebo zabránění tělesnému nebo duševnímu distresu, udržování tělesných a duševních schopností a podpůrné sociální sítě*“ (Gurková, 2011, s. 49).

3.2 Kvalita života související se zdravím

Křivohlavý uvádí, že zdraví je nejdůležitější hodnotou v životě člověka. Zdraví jakožto celkový tělesný, psychický, sociální a duchovní stav člověku umožňuje dosahovat optimální kvality života (Žumárová, 2012, s. 20).

Nejnovější definici kvality života související se zdravím (Health-Related Quality of Life) publikovala American Thoracic Society v roce 2010. Definice říká, že kvalita života související se 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.*“ Pojem HRQoL jednoznačně říká, že se týká zdraví jednotlivce, skupiny nebo populace. Je to aspekt celkové kvality života, který může být jednoznačně spojen s ovlivněním zdraví a to jak somatickým, tak duševním – včetně dalších faktorů vlivu, jako jsou například zdravotní rizika a podmínky, funkční stav nebo sociální podpora. HRQoL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva a jeho funkční stav. Je to nepostradatelný komponent lékařské a ošetrovatelské péče. Výzkum kvality života v rámci ošetrovatelství byl iniciován v sedmdesátých letech 20. století. Prvním farmakoekonomickým faktorem byla potřeba hodnocení finanční nákladnosti a efektivity léčby. Druhým faktorem bylo úsilí komplexně dokladovat klinickou úspěšnost léčby – dopad terapeutických intervencí na zdravotní stav jedince (Řehulková, 2008, s. 9 - 10; Gurková, 2011, s. 41-47).

3.3 Kvalita života a nemoc

Definice popisující vliv nemoci na kvalitu života se zaměřují na subjektivní i objektivní pohled. Strand a Russel v roce 1997 poznamenali, že objektivní i subjektivní dysfunkce má vliv na somatické, psychologické a sociální aspekty kvality života, které jsou ovlivněny jedincovou nemocí a jejím léčením. Jiná definice je zaměřená především na subjektivní vnímání vlivu nemoci a léčby na pacienta, na jeho každodenní život a pohodu. Je velmi obtížným úkolem definovat kvalitu života v nemoci, protože každý pacient může subjektivně svůj zdravotní stav i život hodnotit jinak. U chronických onemocnění se hodnocení HRQoL stává jedním z rozhodujících faktorů a ovlivňuje tak strategii léčby a celkový přístup k danému pacientovi (Mareš a Marešová, 2008, s. 6-10).

3.3.1 Význam hodnocení HRQoL

Hodnocení kvality života související se zdravím je důležitou součástí pro klinické výzkumy a pro klinickou praxi. Metody, které se používají ke zjištění kvality života v oblasti zdraví, jsou důležitou informací jak pro pacienty, tak pro lékaře. Multidimenzionální dotazníky zjišťující kvalitu života související se zdravím přinášejí více informací, které nejsou zřejmé z obecných dotazníků. Údaje získané metodami hodnocení HRQoL představují významné prediktory funkčního stavu pacienta, nákladů na zdravotní péči, absenci práce a předčasnou úmrtnost. Zároveň jsou spolehlivé a platné pro skupinovou diagnostiku pacientů. Hodnocení HRQoL může zlepšit dokumentaci zdravotní péče, je to cesta k velmi efektivnímu hodnocení zdravotního stavu (Řehulková, 2008, s. 9).

3.4 Hodnocení a měření kvality života

Kvalita života související se zdravím je důležitým mnohostranným konceptem hodnocení efektivity léčby. Kvalitu života lze hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů. Druhé hledisko je podstatnější, jelikož se jedná o hodnocení samotného nemocného, jak sám své onemocnění vnímá. Měření kvality života by mělo zahrnovat domény, které nejvíce přispívají k plnohodnotnému životu, a mělo by být aplikovatelné na široký vzorek populace s ohledem na význam kvality pro každého člověka. Mezi nejpoužívanější nástroje subjektivního měření patří různé druhy dotazníků, pozorování, stupnice a testy. Vadurová uvádí, že nástroje se dělí podle své šíře a svého zaměření na obecné, které, ač málo citlivé, jsou vhodné pro porovnávání a zahrnují mnoho oblastí, a na specifické, které jsou naopak velmi citlivé pro zhodnocení dané oblasti, avšak příliš úzce zaměřené. Další možností klasifikace nástrojů i metod hodnocení je rozdělení na základě subjektu hodnotitele (objektivní, subjektivní a smíšené) a dle tematického zaměření nástrojů jako jsou zdraví a spokojenost. Subjektivně psychologickou rovinu zkoumání individuální QoL tvoří analýza životní spokojenosti a pohody jedince, která v sobě zahrnuje nejen sebereflexivní dimenzi duševní, ale i sociální, fyzickou a biomedicínskou (Mičánková, 2012, s. 36 – 40; Heřmanová, 2012, s. 133; Němec, 2009, s. 20).

3.5 Generické dotazníky k hodnocení kvality života

V rámci klinické praxe můžeme využívat široké spektrum nástrojů, které je možné využít při měření kvality života pacientů s různými druhy chronických onemocnění. Mezi první

používané generické dotazníky, hodnotící kvalitu života pouze v obecném měřítku, byly používány SIP (Sickness Impact Profile) a NHP (Nottingham Health Profile). SIP byl vytvořený za účelem jeho širokého využití bez ohledu na závažnost onemocnění a kulturní či demografické aspekty. Obsahuje 136 položek, které jsou prezentovány ve 12 podškálách, jako například spánek, oddech, pohybová aktivita, péče o domácnost, péče o tělo atp. Dotazník vyplňuje sám pacient, nebo vyškolená osoba. NHP je určený k měření tělesného, sociálního a psychického distresu. Autoři při jeho tvorbě vycházeli z dotazníku SIP a obohatili ho zaměřením více na změny v prožívání, denní aktivity šly do pozadí. Obsahuje méně položek, je tak jednodušší na vyplňování. Verze č. 2 obsahuje 38 položek v 6 subškálách.

V našich podmínkách jsou nejvíce využívány generické dotazníky WHOQOL-BREF – dotazník vyvinutý pracovní skupinou Světové zdravotnické organizace v roce 1993, SF-36 (Short Form Health Survey) a EQ-5 (European Quality of Life Questionnaire), verze, které jsou dostupné v českém jazyce. Dle typu onemocnění jsou využívány specifické nástroje, které jsou citlivější a identifikují i menší změny ve více oblastech kvality života a používají méně položek (Gurková, 2011, s. 149).

3.6 Kvalita života se syndromem diabetické nohy

Otevřený defekt diabetické nohy může být a často je nepříjemnou zkušeností pacienta s onemocněním diabetes mellitus. Existence nehojící se rány znamená pro pacienta i jeho rodinu velký problém a s tím spojené narušení kvality života. Je nutné edukovat o prevenci vzniku defektu, v případě již existující rány ji hodnotit, zabývat se jí a snižovat dopady onemocnění na pacienta. K těmto účelům byly vyvinuty standardizované dotazníky, které mají včas identifikovat již vzniklé problémy, nebo zabránit vzniku komplikací.

Nehojící se rány výrazně snižují kvalitu života mnoha způsoby. Jsou spojeny se značnou ztrátou fyzické, emocionální i společenské kvality života. U pacientů se SDN je důležité zaznamenat sníženou pohyblivost, bolest, zápach z rány, sociální izolaci, či neschopnost vykonávat každodenní aktivity. Deprese, úzkost a agrese patří mezi nejčastější psychické reakce na chronickou ránu. Kvalita života u osob se SDN se může zjišťovat jak obecnými, tak specifickými nástroji. Specifických instrumentů k zjištění kvality života u nemocných se syndromem diabetické nohy existuje velmi málo. Problémem je složitost zachycení komplexnosti daného onemocnění. Jedním z mála dotazníků zaměřených na syndrom diabetické nohy je Diabetic Foot Ulcer Scale – DSF. Tento dotazník vyvinutý firmou Johnson Johnson

existuje i ve zkrácené verzi. Dotazník zahrnuje 8 oblastí, a to: volný čas, fyzické zdraví, účinek lékařské péče, denní život, závislost, emoce, zdraví a prospěšné chování, rodinný život, péče o vředy a finanční zátěž. Firma Johnson a Johnson si však stanovuje náročné smluvní podmínky mezi firmou a uživatelem testu. Druhým nástrojem pro hodnocení kvality života a syndromu diabetické nohy je dotazník Wound – Quality of Life, vyvinutý autorským kolektivem z Německa v roce 2014. V České republice ho přeložily a standardizovaly Andrea Pokorná a Romana Mrázová v roce 2017 (Hlinková a kol., 2019, s. 28; Hubertová, 2007, s. 37).

3.7 Existující výzkumy SF – 36 a Wound – Quality of Life

Oba standardizované dotazníky byly použity ve výzkumech, které byly publikovány v odborných časopisech. Short Form Health Survey – 36 byl použit ve dvou V časopise *The International Journal of Lower Extremity Wounds* byly publikovány dva články. V roce 2017 publikoval kolektiv z ortopedického oddělení jedné z korejských nemocnic článek s názvem *Correlation between Short-Form 36 Scores and Neck Disability Index in Patients Undergoing Anterior Cervical Discectomy and Fusion* (Korelace mezi skóre Short-Form 36 a Neck Disability Index krku u pacientů podstupujících přední cervikální discektomii a fúzi). Výsledek potvrdil silnou lineární korelaci NDI (škála pro hodnocení kvality života při bolestech krku) a SF-36, hlavně v oblasti kvality života a bolesti. Ahn Junho a kol. v loňském roce ve stejném časopise publikoval článek s názvem *Gender Differences on SF-36 Patient-Reported Outcomes of Diabetic Foot Disease* (Genderové rozdíly ve výsledcích SF-36 u pacientů se syndromem diabetické nohy). V odborném časopise *Hormones* (Řecko) v roce 2016 byl vydán článek, který zkoumá validitu a reabilitu řecké verze dotazníku SF-36 u pacientů se syndromem diabetické nohy. Z výsledků byla prokázána validita pro řeckou populaci osob (RAND Health Care).

První odborný článek s názvem *The ‘Wound-QoL’: A Short Questionnaire Measuring Quality of Life in Patients with Chronic Wounds* („Wound-QoL“: Krátký dotazník pro měření kvality života pacientů s chronickými ranami) publikoval C. Blome a kol. v roce 2013 v časopise *Value in Health*. Ukázal zde, jak se bude pracovat s dotazníkem, který má sloužit na hodnocení kvality života u pacientů s chronickými ranami. Samotný dotazník byl publikován až v roce 2014. Sami autoři dotazníku Wound-QoL – M. Blome a M. Augustin publikovali několik článků. Článek *Validity and Feasibility of the Wound-QoL Huestionnaire on Health-Related Quality of Life in Chronic Wounds* z roku 2017 od M. Augustina publikoval

o rok později se stejným názvem A. Gamus. Většina výzkumů, pro které byl použit standardizovaný dotazník Wound-QoL byla publikována v odborném časopise *Wound Repair and Regeneration*. Celkem bylo provedeno v období od roku 2013 sedm výzkumů (Wound-QoL).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem bylo zjistit kvalitu života u pacientů s defektem diabetické nohy a posoudit nejvíce zasaženou oblast života.

4.1 Dílčí cíle

CÍL 1: Zjistit kvalitu života pomocí standardizovaného dotazníku Short Form Health Survey (SF – 36).

CÍL 2: Zjistit kvalitu života pomocí standardizovaného dotazníku Wound – QoL.

CÍL 3: Porovnat výsledky ze standardizovaných dotazníků.

4.2 Metodika výzkumu

Pro realizaci kvantitativního výzkumu byl zvolen standardizovaný dotazník, skládající se ze tří částí: 1) úvodní část a zdravotně-sociodemografické údaje, 2) Wound-QoL dotazník, 3) Short Form Health Survey (SF-36).

V úvodu dotazníku byli respondenti (pacienti) seznámeni s účelem vytvoření dotazníku a sběru dat a také s anonymitou poskytovaných informací.

Nejdříve jsme u respondentů zjišťovali demografické údaje, tj. pohlaví a věk respondentů, pracovní zařazení. Následujícími otázkami jsme se dotazovali na zdravotní údaje - jak dlouho pacient trpí diabetem, jakou užívá léčbu, jak dlouho se léčí s otevřeným defektem. Aby vyhodnocení bylo relevantní, dotazník obsahoval otázky ohledně typu defektu, lokalizaci a velikosti rány. K označení místa výskytu defektu sloužil obrázek dolních končetin, který byl převzat z převazového dekurzu dokumentace krajské nemocnice. Dále jsme od pacienta zjišťovali, jak subjektivně hodnotí své zdraví, a zda se během posledního roku zhoršilo, či nikoliv.

Ke sběru informací, týkajících se kvality života, jsou použity dva standardizované dotazníky

1. Wound-QoL dotazník
2. Short form health survey (SF-36)

4.3 Wound – QoL

Dotazník (viz P2) byl vyvinut autorským kolektivem M. Augustinem, C. Blome a kol. v roce 2014. Je zaměřen na kvalitu života pacientů s nehojící se ránou a odpovídá požadavkům kladeným na metody hodnotící kvalitu života. Je vhodný jak pro výzkumné účely, tak i v každodenní klinické praxi. Dotazník byl standardizován v Německu, v současnosti je přeložen do 13 světových jazyků, do českého jazyka jej přeložily v roce 2016 Romana Procházková a Andrea Pokorná (Procházková a Pokorná, 2017, s. 127).

4.3.1 Metodika Wound – QoL

Dotazník se skládá ze 17 položek, které jsou hodnoceny retrospektivně za uplynulých 7 dní. Dotazník vyplňuje respondent sám, pokud není schopen, s vyplněním může pomoci zdravotnický personál, ale nesmí dojít k ovlivnění odpovědí respondentů. Pacient u každé položky zaznamenává, jak velkou míru závažnosti obtíží v daném období sám pociťuje. U každé položky vybírá z pěti stupňů odpovědi a to: vůbec ne, trochu, středně, docela dost a hodně. Jednotlivé položky jsou rozděleny do tří domén:

Tělesná – v dotazníku zahrnuje položky 1 – 5, otázkami se dotazuje na fyzickou stránku osobnosti, například na bolest, zápach, či zhoršený spánek kvůli nehojící se ráně.

Psychická – zabývá se psychickou oblastí člověka. Obsahuje otázky týkající se obav a zklamání z rány, nebo zda pacienta rána činila nešťastným. V dotazníku zahrnuje otázky 6 – 10.

Každodenní život – položky 11 – 16, dotazují se na problémy v každodenním životě. Problém s pohybem, problém s chůzí do schodů, omezení volnočasových aktivit a závislost na pomoci druhých.

Poslední otázka nepatří do žádné z domén, hodnotí ekonomickou zátěž pacienta při léčbě jeho nehojící se rány (Procházková a Pokorná, 2017, s. 127 – 128).

4.3.2 Vyhodnocení dotazníku Wound – QoL

Odpovědi ke každé položce jsou hodnoceny na škále od 0 do 4, přičemž 0 bodů = vůbec, 1 bod = trochu, 2 body = středně, 3 body = docela dost, 4 body = hodně.

Vyhodnocení každé z domén je provedeno součtem bodů ze všech jejích položek. Celkové skóre od 0 do 68 bodů se počítá ze všech jejích položek a lze jej počítat také, pokud respondent odpověděl alespoň na 75 % otázek (13 ze 17). Čím vyšší součet bodů respondent získá, tím více je zasažena jeho kvalita života (Procházková a Pokorná, 2017, s. 128).

4.4 Short Form Health Survey – 36

SF – 36 je zkrácenou verzí generického dotazníku k hodnocení kvality života. Je určen pro respondenty ve věku od 14 let pro samovyplňování u různých typů onemocnění a léčby. Délka vyplnění trvá 20 minut (Šťastná, 2008).

Dotazník byl vytvořený autorským kolektivem Ware et al. v roce 1992, navržen k použití v klinické praxi - screeningu jednotlivých pacientů, výzkumu, Health Policy Evaluations - porovnání léčebných nákladů různých nemocí a monitorování kvality života specifických a obecných populací. Originální verze byla v rámci projektu The International Quality of Life Assessment přeložena, validizována a standardizována ve více než 15 zemích. Copyright na SF-36 je majetkem neziskové organizace Medical Outcomes Study Trust, nástroj spravuje nezisková organizace RAND. V ČR se překladem dotazníku zabývali např. Z. Sobotík z lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové nebo P. Petr z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (Gurková, 2011, s. 145; Šťastná, 2008).

4.4.1 Metodika SF – 36

Dotazník kvality života SF-36 (viz P3) obsahuje celkem 36 položek rozdělených do 8 dimenzí. Každá položka obsahuje několik navržených odpovědí na principu škálové stupnice s bodovým hodnocením 1 - 5 bodů, a to: výtečné - 1, velmi dobré - 2, dobré - 3, docela dobré - 4, špatné - 5. Jednotlivými dimenzemi jsou:

Fyzické fungování (Physical functioning) – je důležitým aspektem lidského života, v dotazníku je zahrnuto 10 otázek zjišťujících schopnosti osoby vypořádat se s fyzickými požadavky na život. Těmi jsou běžné denní činnosti – chůze po rovině a do schodů, koupání, nakupování nebo shýbání a klekání bez cizí pomoci.

Fyzická omezení (Role-physical) – tato část dotazníku obsahuje 4 otázky a vyhodnocuje, do jaké míry je omezená běžná činnost z důvodu fyzického zdraví a psychických problémů. Zda se nemocnému v posledních 4 týdnech zkrátil čas věnovaný úklidu, udělal méně práce, jestli u něj existují omezení při vykonávání práce nebo jiných činností.

Tělesná bolest (Bodily pain) – hodnotí se ve 2 otázkách, zaměřuje se na intenzitu bolesti a zhoršený komfort, které osobu omezují ve vykonávání každodenních činností.

Všeobecné zdraví (General health) - hodnotí obecné zdraví v oblasti osobního vnímání, je zahrnuto v 5 otázkách. Otázkami se zjišťuje, co si o svém zdravotním stavu myslí sám nemocný – co od svého zdraví očekává.

Vitalita (Vitality) – z této oblasti jsou v dotazníku 4 otázky, které hodnotí duševní stav pacienta za poslední 4 týdny. Zda se cítil vyčerpaný, unavený, nebo pociťoval pesimismus. Jsou zde zahrnuty otázky pozitivní, jako například zda byl pacient šťastný nebo plný elánu.

Sociální fungování (Social functioning) – je dotazováno ve 2 otázkách, obě se zajímají o změnu u pacienta ve společenském životě, mezi přáteli a rodinou. Rozdílem mezi nimi je, že první otázka je v časovém rozmezí „za poslední 4 týdny“ a druhá se ptá na období „posledního týdne“.

Emoční problémy (Role-emotional) – oblast se třemi otázkami zaměřujícími se na změny v provádění každodenních činností v důsledku depresí či úzkosti. Zda se pacientovi zkrátil čas věnovaný práci a zda byl při práci méně pozorný než obvykle.

Duševní zdraví (Mental health) – tato oblast obsahuje 3 otázky, které zjišťují psychické zdraví v závislosti na základním onemocnění. Zda pacient trpí depresemi či úzkostí.

Dotazník SF-36 zahrnuje položku, kterou se respondentů ptá na změny jejich zdraví za poslední rok. Tato položka nepatří do žádné z dimenzí. Oblast, do které je položka zahrnuta, může být analyzována jako kategoriální proměnná, jako normální úroveň zdraví (Kalantar-Zadeh, 2003; Ware et al, 1994).

4.4.2 Vyhodnocení SF – 36

V každé dimenzi jsou otázky nejdříve ohodnoceny body, následně sečteny a výsledná hodnota je transformována na škálu 0-100, přičemž 100 bodů značí lepší kvalitu života a 0 horší. K výpočtu skóre z dotazníku v České republice slouží tabulka vytvořená Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR, která využívá funkce MS Excel, a tím ulehčuje vyhodnocování a sjednocuje získané výsledky. Skóre pod 50 může být interpretováno pod normou obecné populace. Takto dostaneme jednu hodnotu pro každý blok a těmito 8 výslednými hodnotami je popsán pacientův zdravotní stav. Dotazník lze dále vyhodnocovat jako celek, nebo ponechat výsledky za každou dimenzi zvlášť (Šťastná, 2008).

4.5 Charakteristika souboru respondentů

Respondenty pro tento výzkum jsou:

- osoby s diabetem, na typu diabetu nezáleží.
- osoby s otevřeným defektem diabetické nohy minimálně 1 měsíc.
- dospělé osoby, tj. 18 let a více
- osoby bez rozdílu pohlaví
- osoby ochotné spolupracovat na vyplnění dotazníku

Do výzkumu byli zařazeni muži i ženy v ambulantní péči ze dvou pracovišť, s otevřeným defektem nohy. Výzkumu se zúčastnilo celkem 51 respondentů.

Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován od února 2019 do dubna 2019 na dvou pracovištích, z nichž jedno byla chirurgická ambulance a druhým pracovištěm ambulance angiologická, diabetologická a podiatrická poradna. Výzkum schválili vedoucí pracovníci daných pracovišť. Pro ambulanci náměstkyně ošetrovatelské péče, v soukromé ambulanci lékaře. Při výzkumu byly splněny všechny podmínky – anonymita i soubor respondentů. Někteří respondenti dotazník (viz P3) vyplňovali v čekárně ambulance, v soukromé ordinaci sestry dotazníky rozdala až na převazovém lůžku. Přesto, že bylo rozdáno celkem 95 dotazníků, návratnost byla nízká. Dohromady 6 dotazníků bylo z výzkumného šetření vyřazeno pro neúplné vyplnění údajů. Nejčastějším důvodem vyřazení dotazníku bylo neúplné vyplnění dotazníku, nebo respondent neměl defekt. Celkem tedy bylo k výzkumnému šetření použito 51 řádně vyplněných dotazníků, což odpovídá 54 %. Pro hodnocení práce bylo považováno 51 dotazníků za 100 %.

Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována do tabulek v absolutní četnosti, kdy n_i představuje počet respondentů, a v relativní četnosti, kdy f_i představuje procentuální zastoupení respondentů. Celkem bylo zpracováno 27 položek, na které odpovídalo celkem 51 respondentů ze dvou zdravotnických zařízení.

Získaná data byla rozkódována a zpracována do tabulek a grafů v programu Microsoft Office Excel. Některé otázky byly pro nicneříkající výsledky vyřazeny. Odpovědi ze standardizovaných dotazníků byly zpracovány zvlášť, skóre u jednotlivých respondentů, v dané oblasti

a celkové skóre. U dotazníku Wound – QoL se jednalo o subškály – fyzické zdraví, psychická stránka, fungování v každodenním životě a samostatná otázka týkající se finanční zátěže na pacienta. Dotazník SF – 36 byl vyhodnocen pomocí zmiňované tabulky vytvořené společností ÚZIS, která kvalitu života v daných oblastech vyjadřuje v procentech. Pro SF – 36 jsou to oblasti – fyzická aktivita, omezení fyzické aktivity, omezení způsobené emočními problémy, vitalita, celkové psychické zdraví, společenská aktivita, tělesná bolest, celkové vnímání zdraví a změna zdraví. Výsledky byly interpretovány společně se zdravotně-socio-demografickými daty (ÚZIS, 2018).

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Analýza sociodemografických a zdravotních údajů je nezbytnou součástí výzkumu, dle kterého jsme zjišťovali i kvalitu života.

5.1 Analýza sociodemografických dat a dat týkajících se základního onemocnění

Položka č. 1 - Výzkumu se zúčastnilo celkem 51 respondentů, z toho 36 mužů (70,60 %) a 15 žen (29,40 %) – viz Tab. 1. Pohlaví respondentů.

Otázka: Jaké je Vaše pohlaví?		
Pohlaví	n_i	f_i
Muži	36	70,60 %
Ženy	15	29,40 %
Celkem	51	100 %

Tab. 1. Pohlaví respondentů

Položka č. 2 - Nejmladší z respondentů výzkumu měl 36 let, zatímco nejstarší zúčastněný měl 79 let. Průměrný věk respondentů je 57,5 let. Pro lepší hodnocení věku respondentů byli respondenti rozděleni do věkových skupin 35 – 50 let, 51 – 60 let, 61 – 70 let a 71 – 80 let. Z dat vyplývá, že nejčastěji měli respondenti 61 – 70 let (49,01 %). Není viditelný jednoznačný nárůst výskytu defektu v závislosti s věkem – viz Tab. 2. Věk.

Otázka: Jaký je Váš věk?		
	n_i	f_i
35 – 50 let	6	11,76 %
51 – 60 let	4	7,84 %
61 – 70 let	25	49,02 %
71 – 80 let	16	31,38 %

Tab. 2. Věk respondentů

Položka č. 3 - V souvislosti s nejčastějším výskytem defektu diabetické nohy ve věku 61 – 70 let je jednoznačné, že více než polovina respondentů je již ve starobním důchodu. Viz Tab. 3. Pracovní zařazení.

Otázka: Jaké je Vaše pracovní zařazení?	
	f_i
Státní	7,84 %
OSVČ	7,84 %
Starobní důchodce	68,62 %
Invalidní důchodce	11,76 %
Jiné	3,94 %

Tab. 3. Pracovní zařazení

Položka č. 4 - Nejčastěji respondenti odpověděli, že se s diabetem léčí v rozmezí 6 – 15 let. Nejkratší uvedená doba léčby diabetu byla odpověď 1 měsíc. Z nejčastěji volené délky léčby pouze 6 respondentů mělo defekt v rozmezí 1,5 – 3 roky. Celkem 15 respondentů z 51 (29, 41 %) nemá defekt déle než 4 týdny.

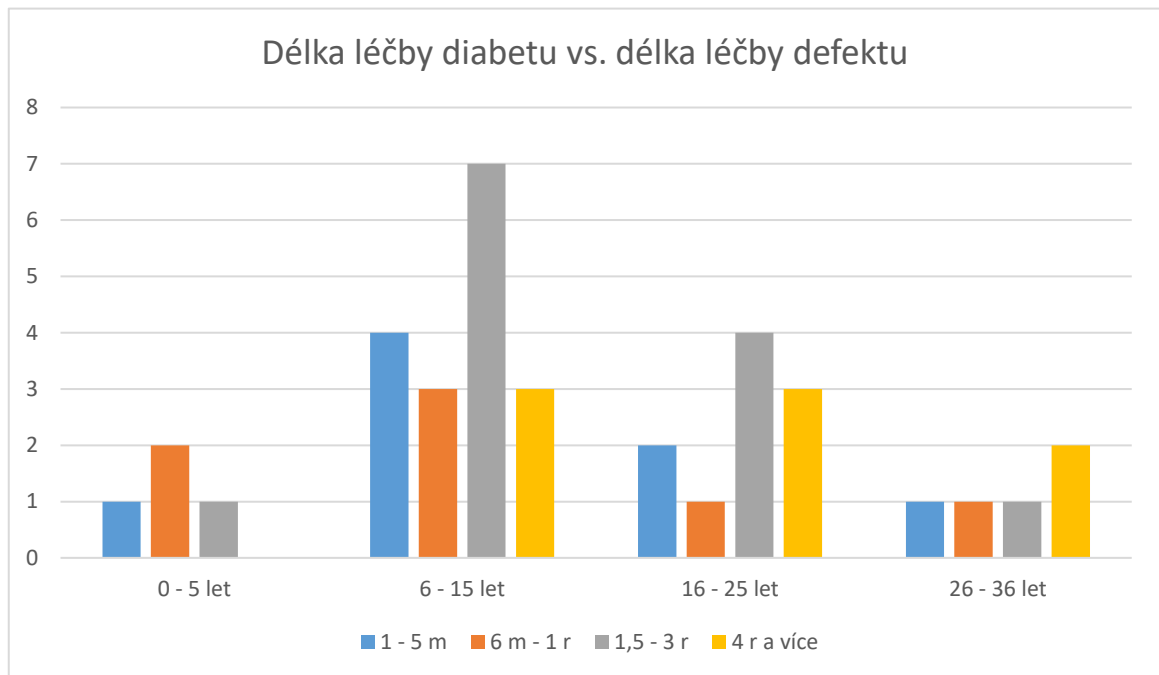
Otázka: Jak dlouho se léčíte s diabetem?		
	n_i	f_i
0 – 5 let	6	11,76 %
6 – 15 let	22	43,14 %
16 – 25 let	14	27,45 %
26 – 35 let	6	11,77 %
36 a více	3	5,88 %

Tab. 5. Délka léčby diabetu

Otázka: Jak dlouho máte defekt?		
	n_i	f_i
1 měs – 5 měs	8	20,51 %
6 měs – 1 rok	9	23,08 %
1,5 – 3 roky	14	35,90 %
4 a více	8	20,51 %

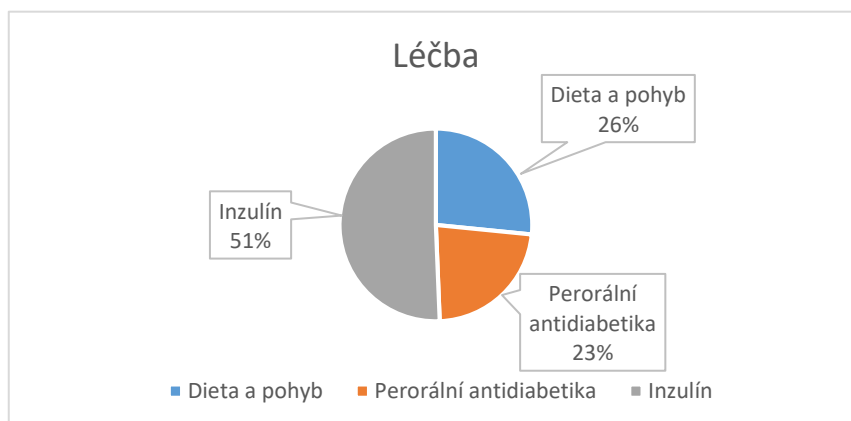
Tab. 4. Délka léčby defektu

Je patrné, že respondenti léčící se s diabetem 6 – 15 let, mají největší incidenci defektů. Nejčastěji zastoupená byla odpověď, že se s diabetickou nohou léčí 1,5 – 3 roky. Není tedy jasně daná souvislost „ čím déle mám diabetes, tím déle mám ránu.“ Žádný z respondentů, který se léčí s diabetem déle než 36 let, nemá defekt déle než 4 týdny.



Graf 1. Délka léčby diabetu vs. Délka léčby defektu

Položka č. 5 - U položky léčba byla možnost více odpovědí. Proto se za 100 % považuje počet odpovědí a ne počet respondentů, tj. 79 odpovědí. Mnoho respondentů užívá více možností léčby zároveň. Nejčastěji volená odpověď byla, že respondenti užívají ke kompenzaci svého onemocnění inzulín. Druhou nejčastější odpovědí byla dieta a pohyb (26%), poslední odpověď byla volena jen o 3 % méně.



Graf 2. Druh léčby

Položka č. 6 - Z celkového počtu respondentů má 21 nemocných alespoň částečně amputovanou nohu bez čárky a 30 odpovědělo, že nohu amputovanou nemají. Nejčastější zaznamenanou amputací byly prsty dolních končetin.

Otázka: Máte amputovanou nohu?		
	n_i	f_i
Před kolenem	2	3,92 %
Prsty	14	27,45 %
Nemám jeden prst	5	9,80 %
Nemám amputaci	30	58,82 %

Tab. 6. Amputace

Položka č. 7 - Každý z respondentů měl defekt diabetické nohy minimálně o velikosti 1 cm. Tabulka ukazuje, že více než polovina respondentů (64,70%) má defekt více než 1 cm, nebo mají více defektů.

Otázka: Velikost defektu (v centimetrech).		
	n_i	f_i
1 cm	18	35,29 %
Více než 1 cm	33	64,70 %

Tab. 7. Velikost defektu

Položka č. 8 – Respondenti měli za úkol označit místo, kde se vyskytuje jejich defekt. Dle místa defektu jsme zhodnotili předpokládaný typ rány. Výsledky ukazují, že téměř polovina respondentů (47,06 %) má ránu na neuropatickém podkladě, a 41,18 % dotazovaných uvedlo, že má angiopatický defekt. Pět respondentů mělo defekt kombinovaný.

Otázka: Máte neuropatický, nebo angiopatický defekt?		
	n_i	f_i
Neuropatický	24	47,06 %
Angiopatický	21	41,18 %
Kombinovaný	5	9,80 %

Tab. 8. Typ defektu

Položka č. 9- U položky 8 měli respondenti možnost výběru více odpovědí, proto se při zpracování dat za 100 % považoval celkový počet odpovědí, a ne počet respondentů. Absolutní četnost se tedy navýšila na 74 odpovědí (od celkem 51 respondentů). Nejčastější odpovědí byla odpověď 1, speciální boty (76,47%). Respondenti často uváděli, že současně užívají i berle (37,25%), což bylo druhou nejčastější odpovědí. U šesti respondentů bylo zaznamenáno, že defekt neodlehčují vůbec (11,76%). Méně volenou odpovědí byl invalidní vozík a odpověď „Jiné“ ke které dopsali, že používají speciální ortézy či dlahy (9,80%).

Otázka: Jaké pomůcky používáte k odlehčení defektu?		
	n_i	f_i
Speciální boty	39	76,47 %
Berle	19	37,25 %
Invalidní vozík	5	9,80 %
Neodlehčuji	6	11,76 %
Jiné	5	9,80 %

Tab. 9. Forma odlehčení defektu

Položka č. 10 – Respondentů jsme se ptali na subjektivní pohled na zdraví. Nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že je zdraví stejné jako před rokem (39,22 %), dále se výsledky zhoršovaly a to, že 14 respondentů (27,45 %) uvedlo, že je zdraví poněkud horší a 9 dotazovaných (17,65 %) označilo své zdraví za mnohem horší než před rokem. Celkem 3 respondenti odpověděli, že je jejich zdraví mnohem lepší než před rokem.

Otázka: Jak hodnotíte své zdraví ve srovnání před rokem?		
	n_i	f_i
Mnohem lepší než před rokem	3	5,88 %
Poněkud lepší než před rokem	5	9,80 %
Stejně jako před rokem	20	39,22 %
Poněkud horší než před rokem	14	27,45 %
Mnohem horší než před rokem	9	17,65 %

Tab. 10. Zdraví ve srovnání před rokem

Položka č. 11 – Otázka související s předchozí otázkou, subjektivní hodnocení zdraví. Žádný z respondentů neoznačil své zdraví za výtečné. Pouze dva respondenti si myslí, že je jejich zdraví velmi dobré (3,92 %). Třetí příčku obsadila odpověď „Špatné“, zvolilo ji celkem 12 respondentů (23,53 %). Většina dotazovaných označila své zdraví za docela dobré, nebo dobré (73 %).

Otázka: Řekl (a) byste, že Vaše zdraví je celkově?		
	n_i	f_i
Výtečné	0	0,00 %
Velmi dobré	2	3,92 %
Dobré	19	37,25 %
Docela dobré	18	35,29 %
Špatné	12	23,53 %

Tab. 11. Subjektivní zdraví

5.2 Cíl 1: Zjistit kvalitu života pomocí standardizovaného dotazníku Short Form Health Survey – 36

Standardizovaný dotazník SF – 36 hodnotí jednotlivé oblasti lidského života v procentech, a tak dosáhneme několika hodnot, které ukazují zdravotní stav respondenta. Uvádí se, že 50 % je mezník a hodnoty nižší značí neuspokojivou kvalitu života.

Položka č. 1 – První oblast dotazníku SF – 36 se zabývá fyzickou aktivitou nemocného. Z odpovědí vyplývá, že 21 respondentů (41,17 %) odpovědělo, že defekt je ve vykonávání běžných aktivit omezuje hodně, zatímco pouze 7 respondentů (13,72 %) volilo odpověď neomezuje/trochu omezuje. Pouze jeden tázaný označil svou fyzickou aktivitu za 100%.

Otázka: Fyzická aktivita		
	n_i	f_i
0 – 25 %	21	41,18 %
26 – 50 %	16	31,37 %
51 – 75 %	7	13,73 %
76 – 100 %	7	13,73 %

Tab. 12. Fyzická aktivita

Položka č. 2 – Tab. 10 ukazuje výsledky hodnocení omezení fyzické aktivity. Více než polovina respondentů (70,58 %) odpověděla, že omezení fyzické aktivity je pouze do 25 %. Druhá nejčastěji volená odpověď poukazuje na velké omezení fyzické aktivity.

Otázka: Omezení fyzické aktivity		
	n_i	f_i
0 – 25 %	36	70,59 %
26 – 50 %	1	1,96 %
51 – 75 %	5	9,80 %
76 – 100 %	9	17,65 %

Tab. 13. Omezení fyzické aktivity

Položka č. 3 – U otázek zaměřených na psychickou stránku lze získat 100 %, pokud nemocný nemá žádné omezení psychickými problémy. V tomto případě to bylo 24 lidí (47,05 %). Menší emoční problémy mělo 5 respondentů (9,80 %). Zhoršený, nebo neúnosný problém mělo 22 tázaných. Tabulka obsahuje jen čtyři procentuální hodnoty proto, že u těchto otázek nešla získat jiná hodnota, než je uvedená v Tab. 11.

Otázka: Omezení emočními problémy		
	n_i	f_i
0 %	11	21,57 %
33%	11	21,57 %
67 %	5	9,80 %
100 %	24	47,06 %

Tab. 14. Omezení emočními problémy

Položka č. 4 – Nejvyšší dosaženou hodnotou bylo 80 %. Plný počet v oblasti vitality neuvědl žádný z respondentů. Nejvíce tázaných uvedlo, že jejich vitalita je v rozmezí 26 – 75 %, což není dostačující. Jeden z respondentů dosáhl hodnoty 0. Data ukazuje Tab. 12.

Otázka: Vitalita		
	n_i	f_i
0 – 25 %	12	23,53 %
26 – 50 %	19	37,25 %
51 – 75 %	19	37,25 %
76 – 100 %	1	1,96 %

Tab. 15. Vitalita

Položka č. 5 – Oblast celkového psychického zdraví je vyhodnocena jako nejednoznačná. 24 respondentů (47,05 %) uvedlo, že celkové psychické zdraví je na úrovni 51 – 75 %, což je pod příčkou „lepší kvality života“. Část respondentů (23,52 %) uvedla, že celkové psychické zdraví není uspokojivé tj. 26 – 50 %. Zvláštností je, že stejný počet respondentů odpovědělo, že celkové psychické zdraví je na výborné úrovni. Pouze tři dotazovaní (5,88 %) hodnotí své psychické zdraví jako neuspokojivé. Dalo by se tedy usoudit, že nehojící se rána nemá vliv na kvalitu psychického zdraví.

Otázka: Celkové psychické zdraví		
	n_i	f_i
0 – 25 %	3	5,88 %
26 – 50 %	12	23,53 %
51 – 75 %	24	47,06 %
76 – 100 %	12	23,53 %

Tab. 16. Celkové psychické zdraví

Položka č. 6 – Pouze necelých 10 % respondentů uvedlo, že zdravotní či emocionální potíže vůbec nebrání jejich společenské aktivitě. Lze tedy vidět souvislost mezi defektem diabetické nohy, který z velké části ovlivňuje společenský život.

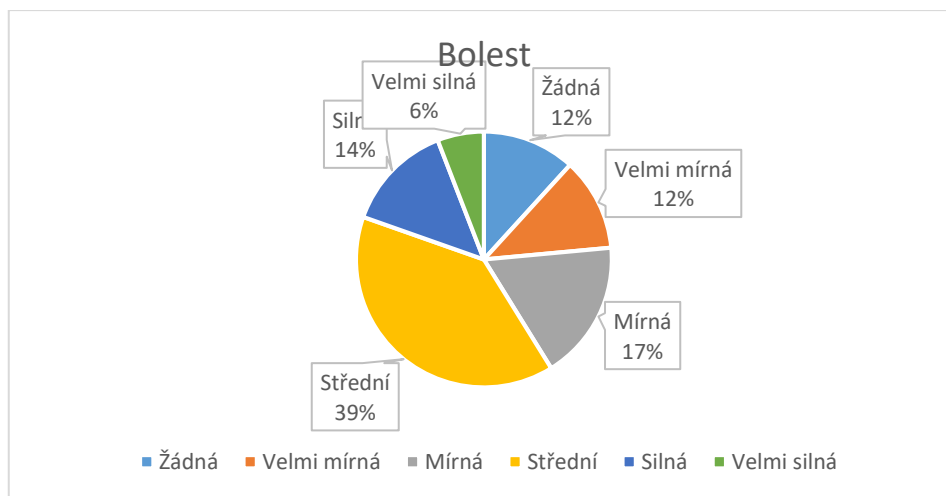
Otázka: Společenská aktivita		
	n_i	f_i
0 – 25 %	14	27,45 %
26 – 50 %	17	33,33 %
51 – 75 %	15	29,41 %
76 – 100 %	5	9,80 %

Tab. 17. Společenská aktivita

Položka č. 7 – Bolest je jedním z nejvýznamnějších faktorů kvality života. Z Tab. 15 vyplývá, že většinu klientů bolest omezuje. Nejčastěji respondenti bolest označili za střední. Tato oblast je v dotazníku SF – 36 hodnocena spolu s otázkou, zda se respondenti cítili plni elánu. Výsledky tedy mohou být zkreslené. Bolest samostatně je znázorněna v grafu 3. Bolest ovlivňuje kvalitu života u pacientů s defektem diabetické nohy.

Otázka: Tělesná bolest		
	n_i	f_i
0 – 25 %	14	27,45 %
26 – 50 %	19	37,25 %
51 – 75 %	6	11,76 %
76 – 100 %	12	23,53 %

Tab. 18. Tělesná bolest



Graf 3. Bolest

Položka č. 8 – Pouze 1 respondent své zdraví vnímá jako uspokojivé. Nejvíce tázaných odpovědělo tak, že sečtené body z několika otázek daly výslednou hodnotu 26 – 50 %.

Otázka: Celkové vnímání zdraví		
	n_i	f_i
0 – 25 %	12	23,53 %
26 – 50 %	20	39,22 %
51 – 75 %	18	35,29 %
76 – 100 %	1	1,96 %

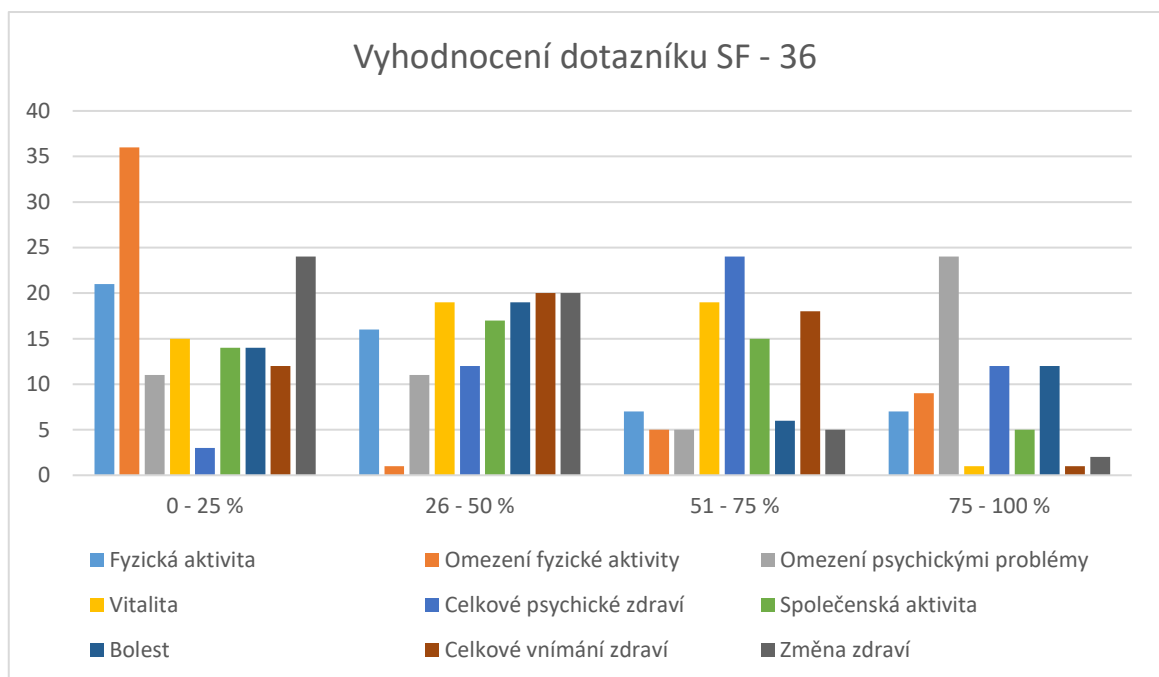
Tab. 19. Celkové vnímání zdraví

Položka č. 9 – Poslední položka dotazníku SF – 36 se zaměřuje na vnímání změny zdraví. Nejvíce respondentů (20) odpovědělo, že jejich zdraví se o 50 % změnilo. Pouze 2 respondenti odpověděli, že jejich zdraví ve srovnání před rokem je o 100 % horší. Naopak devět tázaných usoudilo, že jejich zdraví je stejné jako před rokem, ať už stejně špatné, nebo stejně dobré.

Otázka: Změna zdraví		
	n_i	f_i
0 %	9	17,65 %
25 %	15	29,41 %
50 %	20	39,22 %
75 %	5	9,80 %
100 %	2	3,92 %

Tab. 20. Změna zdraví

Vyhodnocení dotazníku SF – 36 – Z odpovědí týkajících se první oblasti je zřejmé, že nejvíce respondentů odpovědělo, že defekt omezuje jejich fyzickou aktivitu. Stejně tak jde usoudit z druhých sloupců, že omezení typu práce a zkrácení času věnovanému práci je pro respondenty velkým problémem. V oblasti omezení kvůli emočním problémům dotazovaní volili nejčastěji, že onemocnění je nijak neomezuje. Vitalita se zastavila v úrovni 26 – 75 %. Oblast celkového psychického zdraví je nejčastěji popisována jako 51 – 75 %. Z dat není úplně jednoznačné, do jaké míry defekt ovlivňuje společenskou aktivitu, protože graf ukazuje podobně častou volbu od 0 % do 75 %. Bolest respondenti nejčastěji volili v rozmezí 26 – 50 %, což není uspokojivý výsledek. Je zřejmé, že míra bolesti je jedním ze zásadních faktorů ovlivňujících kvalitu života. Nejvíce respondentů označilo celkové vnímání zdraví na 50 %, z toho vyplývá, že pacienti trpící defektem diabetické nohy se necítí zdraví, a tak to také vnímají. Poslední oblastí je změna zdraví. Nejčastěji volenou odpovědí bylo, že zdraví se jednoznačně zhoršilo oproti uplynulému roku. Absolutně největší četnost stejných odpovědí měla oblast zabývající se omezením fyzické aktivity, kdy 36 respondentů z celkového počtu 51 zvolilo nejhorší variantu.



Graf 4. Vyhodnocení dotazníku SF - 36

5.3 Cíl 2: Zjistit kvalitu života pomocí standardizovaného dotazníku Wound – QoL

Specifický dotazník Wound – Quality of Life je rozdělený do několika oblastí, výsledek je hodnocen jak za jednotlivé části, tak celkově. Výsledky jsou prezentovány v bodech. Čím více bodů, tím více je zasažena kvalita života. Respondent mohl celkově získat 68 bodů, kdy jeho kvalita je vážně zasažena, 68 bodů = 0% kvalita života a 0 bodů = 100% kvalitní život. Pro vyhodnocení jednotlivých oblastí byly body rozděleny na 0 – 5 bodů = kvalita není zasažena, 6 – 10 bodů = mírně zasažená kvalita, 11 – 15 bodů = středně zasažená kvalita a 16 – 20 bodů velmi zasažená kvalita života. Pouze v oblasti finanční zátěže je bodování odlišné, a to kvůli nižšímu možnému počtu získaných bodů. Pro hodnocení celkové kvality života je bodování následovné: 0 – 8 bodů = kvalitní život, 9 – 16 bodů = velmi mírně zasažená kvalita, 17 – 24 = mírně zasažená kvalita, 25 – 32 bodů = středně zasažená kvalita, 33 – 40 bodů = zhoršená kvalita života, 41 – 48 bodů = silně zasažená kvalita, 49 – 56 = velmi silně zasažená kvalita, 57 – 68 bodů = neúnosná kvalita života.

Položka č. 1 – Oblast zabývající se tělesnými problémy ukazuje Tab. 18. Data ukazují, že defekt diabetické nohy nemá až takový vliv na tělesnou stránku. Více než polovina respondentů (58,82 %) dosáhla hodnoty do pěti bodů, naopak vysoký počet bodů získali pouze 4 respondenti (7, 84 %). Pouze jeden z respondentů nezískal žádný bod a jeden získal plný počet.

Otázka: Tělo		
	n_i	f_i
0 – 5 bodů	30	58,82 %
6 – 10 bodů	10	19,61 %
11 – 15 bodů	7	13,73 %
16 – 20 bodů	4	7,84 %

Tab. 21. Tělo

Položka č. 2 – Při hodnocení psychické stránky s ohledem na defekt diabetické nohy nebyly určeny jednoznačné výsledky. Respondentů se zasaženou kvalitou života po psychické stránce bylo pouze 9 (17,64 %). Nejvíce dotazovaných mělo psychiku mírně zasaženou (31,37 %) a o druhou příčku se dělilo žádné a střední zasažení kvality života (31,37 %).

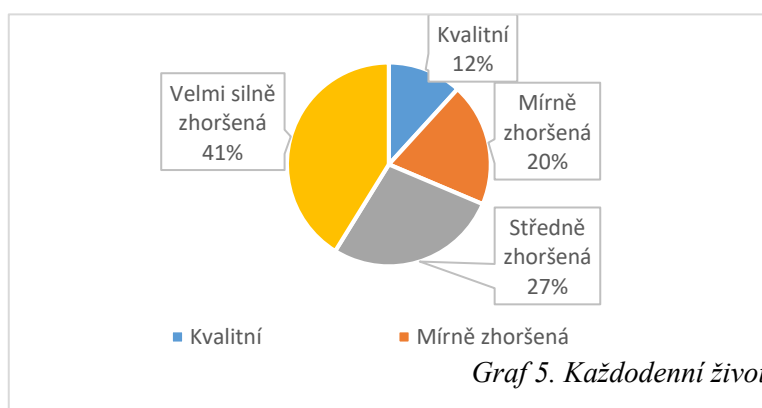
Otázka: Psychické problémy		
	n_i	f_i
0 – 5 bodů	13	25,49 %
6 – 10 bodů	16	31,37 %
11 – 15 bodů	13	25,49 %
16 – 20 bodů	9	17,65 %

Tab. 22. Psychické problémy

Položka č. 3 – Na rozdíl od oblasti zabývající se tělesnými problémy Tab. 20 ukazuje, že každodenní život je největším problémem pro 21 respondentů, čili 41,17% má velmi zasaženou, až neúnosnou kvalitu života, co se týče zvládání každodenních činností.

Otázka: Každodenní život		
	n_i	f_i
0 – 5 bodů	6	11,76 %
6 – 10 bodů	10	19,61 %
11 – 15 bodů	14	27,45 %
16 – 25 bodů	21	41,18 %

Tab. 23. Každodenní život



Položka č. 4 – Pouze pro 7 respondentů (13,72 %) defekt představuje velkou finanční zátěž. Nejčastější odpovědí bylo, že si rána vyžaduje zvýšené finance, ale je to snesitelné (31,37 %).

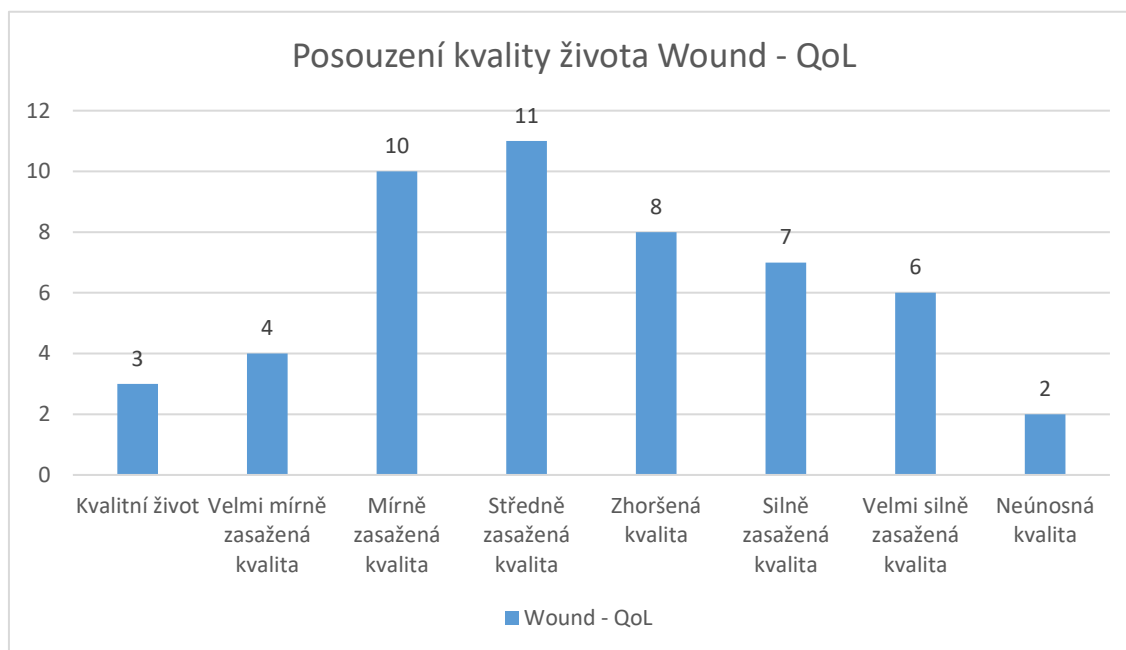
Otázka: Finanční zátěž		
	ni	fi
0 bodů	8	15,69 %
1 bod	16	31,37 %
2 body	11	21,57 %
3 body	8	15,69 %
4 body	7	13,73 %

Tab. 24. Finanční zátěž

Vyhodnocení dotazníku Wound – QoL – Celkové vyhodnocení specifického dotazníku ukazuje, že pouze 3 respondenty (5,88 %) neomezuje defekt diabetické nohy, nezasahuje do jejich kvality života. Každý další respondent s nehojící se ránou (49) má buď minimálním, nebo těžším způsobem život ovlivněn. Nejčastěji pro tento výzkum je vyhodnocena odpověď „Středně zasažená kvalita“, kdy byla zjištěna u jedenácti dotazovaných (21,56 %). Dva respondenti mají neúnosnou kvalitu života.

Otázka: Kvalita života – Wound- QoL		
	n_i	f_i
Kvalitní život	3	5,88 %
Velmi mírně zasažená kvalita	4	7,84 %
Mírně zasažená kvalita	10	19,61 %
Středně zasažená kvalita	11	21,57 %
Zhoršená kvalita	8	15,69 %
Silně zasažená kvalita	7	13,73 %
Velmi silně zasažená kvalita	6	11,76 %
Neúnosná kvalita	2	3,92 %

Tab. 25. Vyhodnocení Wound - QoL

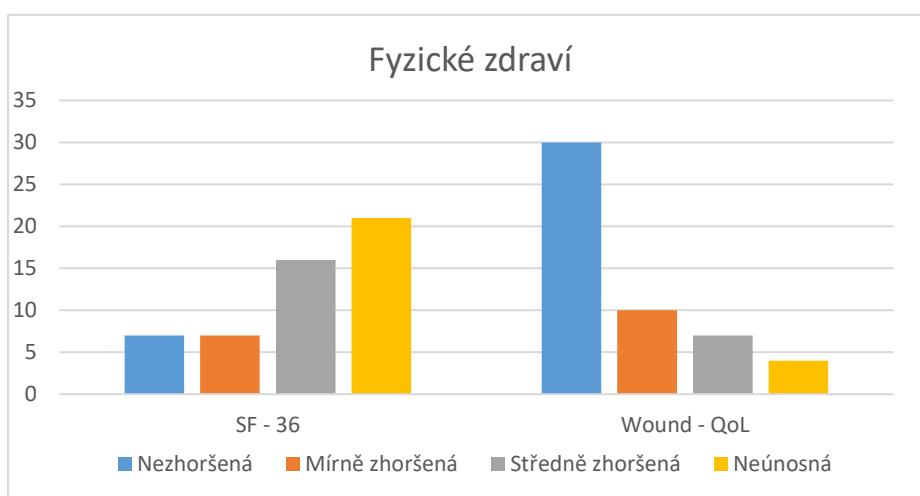


Graf 6. Vyhodnocení Wound - QoL

5.4 Cíl 3: Porovnat výsledky z dotazníku SF – 36 a Wound – QoL

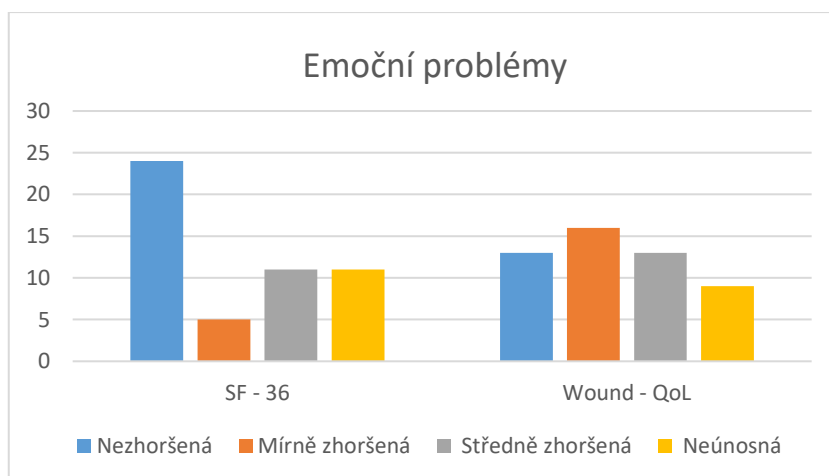
Výsledky byly porovnány pouze ze stejných oblastí hodnocení. Porovnávanými oblastmi bylo fyzické zdraví, psychické potíže a omezení fyzické aktivity (= každodenní život).

Položka č. 1 – Z vyhodnocení dotazníku SF – 36 vyplývá, že více než polovina respondentů není spokojená se svou kvalitou života, je dokonce neúnosná, zatímco dotazníkem Wound – QoL jsme zjistili, že 30 respondentů z 51 označuje své fyzické zdraví za nezhoršené.



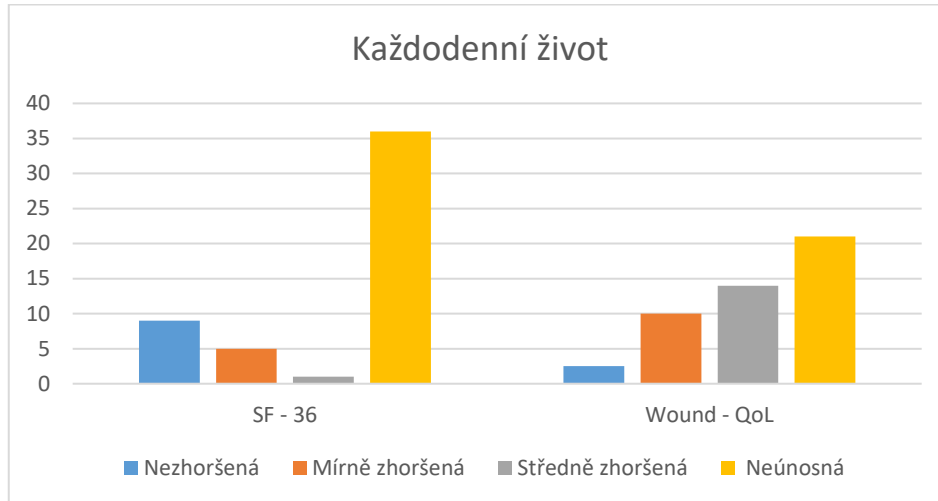
Graf 7. Porovnání fyzického zdraví

Položka č. 2 – Dotazník SF -36 ukazuje, že respondenti převážně nemají psychické problémy kvůli ráně, 24 dotazovaných označilo psychické zdraví za nezhoršené. Výsledky z Wound – QoL neukazují extrémní výkyvy v odpovědích. Nejčastěji bylo odpovězeno, že je psychické zdraví mírně zhoršené (16).



Graf 8. Porovnání emočních problémů

Položka č. 3 – Z obou standardizovaných dotazníků vyšly hodnoty, které jasně ukazují, že defekt diabetické nohy má velký vliv na vykonávání každodenních aktivit, respondenty ovlivňuje a kvalita v této oblasti se tak stává neúnosnou.



Graf 9. Porovnání každodenního života

6 DISKUZE

V této části práce bychom rádi zhodnotili cíle bakalářské práce s názvem „Kvalita života pacientů s defektem diabetické nohy“. Návržnost dotazníků byla nízká, z rozdaných 95 dotazníků bylo sesbíráno pouze 57, použitelných pro výzkum 51 (53,68 %). Dle výzkumu, který probíhal ve dvou ambulantních pracovištích, se šetření zúčastnilo 70,60 % mužů a 29,40 % žen ve věkovém rozpětí 36 – 79 let. Průměrný věk respondentů byl 57,5 let. Dále jsme analyzovali data týkající se onemocnění diabetes mellitus a syndromu diabetické nohy. Respondenti nejčastěji uváděli, že se s diabetem léčí v rozmezí 6 – 15 let. Nejkratší dobou léčby byl 1 měsíc. Dotazovaný nejdéle se léčící s diabetem byl nemocný již 63 let. Délku léčby diabetu jsme srovnávali s délkou léčby defektu. Průměrná délka léčby defektu je u vybraných respondentů 1,5 – 3 roky. Celkem 15 respondentů nemělo defekt déle než 4 týdny. Zajímavostí je, že respondent, který se s diabetem léčil pouze 1 měsíc, měl stejně tak dlouhou dobu defekt. Přesto je viditelné, že respondenti léčící se s diabetem 6 – 15 let mají největší incidenci defektů. Více než polovina respondentů uvedla, že mají defekt větší než 1 cm, a amputaci prstů mělo 27,45 % pacientů. Vzorek respondentů byl téměř napůl rozdělen, co se týče typu defektu. Jen 9,80 % mělo defekt kombinované etiologie. Dotazovaní měli zhodnotit svůj zdravotní stav. Často uváděnou odpovědí bylo, že zdravý je stejně jako před rokem. Že je defekt diabetické nohy chronickým onemocněním dokazuje i to, že žádný z respondentů neodpověděl, že je jeho zdraví výtečné, a pouze 3 dotazovaní uvedli, že je jejich zdraví mnohem lepší než před rokem.

Výzkumy ukazují, že pacienti s diabetes mellitus mají nižší kvalitu života oproti pacientům bez chronického onemocnění. Prvním cílem bylo zhodnotit kvalitu života pomocí standardizovaného dotazníku Short Form Health Survey – 36. První hodnocená oblast se zabývala fyzickou aktivitou respondentů. Z odpovědí je zřejmé, že pacienti s defektem diabetické nohy mají omezenou fyzickou aktivitu a to na takové úrovni, že více než polovina respondentů (72,55 %) volila odpověď pod 50 %. Pokud se jedná o omezení fyzické aktivity, respondenti nejčastěji volili, že omezení fyzické aktivity se rovná 0 – 25 % z možného hodnocení do 100 %. Zeleníková svým výzkumem zjistila, že pacienti se SDN mají zhoršenou kvalitu života v oblasti fyzického zdraví. Otázky týkající se psychického zdraví ukázaly, že dotazovaní mají jen minimální omezení emočními problémy, nejčastěji označovali emoční zdraví za 100%. Pokud se jedná o celkové psychické zdraví, výsledky se o něco lišily, respondenti své celkové psychické zdraví označili na úrovni 51 – 75 %. Yekta et al. ve své studii zabývající se rozdílem HRQoL pacientů s diabetem a se SDN vs. pacientů s diabetem

hodnotí HRQoL u respondentů pomocí SF - 36. Výsledky ukazují, že respondenty defekt nejvíce omezuje ve čtyřech oblastech – fyzické zdraví, omezení fyzické aktivity, omezení emočními problémy, což nekoreluje s našimi výsledky. Oba výzkumy sice ukázaly, že pacienti se SDN mají emoční problémy, ale respondenti z našeho výzkumu častěji uvedli zhoršené celkové psychické zdraví, zatímco ve výzkumu Yekty respondenti více strádali v oblasti omezení emočními problémy. Oblast tělesná bolest je výsledky srovnatelná se zmiňovaným výzkumem. Celkem 41 % respondentů označilo bolest za žádnou, velmi mírnou, nebo mírnou a 59 % dotazovaných uvedlo střední, silnou a velmi silnou bolest. Nejčastěji ovšem uvedli (39 %), že je bolest střední. Pouze jeden respondent uvedl, že celkově své zdraví vnímá jako uspokojivé. Nejčastěji respondenti uváděli úroveň 25 – 50 %. Z výzkumu Zábojové vyplývá, že pacienti subjektivně celkové zdraví hodnotí špatně, 37 respondentů ze 101 uvedlo, že jejich zdraví určitě perfektní není a 33 respondentů uvedlo, že většinou nejsou stejně zdraví jako jiní lidé (Yekta et al., 2011, s. 393; Zeleníková, 2014; Zábojová, 2015, s. 35).

Pomocí specifického standardizovaného dotazníku Wound – Quality of Life jsme kvalitu života zhodnotili následovně. První část dotazníku zjišťuje otázky o *těle*. Celkem 30 respondentů (58,82 %) dosáhlo 0 – 5 bodů. Dotazník pracuje s teorií „čím méně bodů, tím kvalitnější život“, dalo by se tedy říct, že pacienti se SDN většinou nemají zhoršenou kvalitu ve fyzické oblasti. Pouze 4 respondenti dosáhli plného počtu bodů. Brandenburg et al. ve studii ukázali, že průměrem v oblasti *body* (tělo) je hodnocení 2 body za každou odpověď, což je celkem 8 bodů za oblast. Ve zmiňované studii také vyšlo, že nehojící se rána ovlivňuje psychickou stránku respondentů a každá odpověď byla průměrně hodnocena třemi body, celkem 12 bodů. Naši respondenti nejčastěji získali 6 – 10 bodů, mají tedy kvalitnější život v této oblasti než ve výzkumu Brandenbura et al. Každodenní život byl stěžejní oblastí, předpokládali jsme, že zde budou výsledky ukazovat špatnou kvalitu života, protože defekt ovlivňuje vykonávání každodenních aktivit. Domněnka se potvrdila, celkem 21 respondentů (41,18 %) získalo více než 16 bodů, 14 respondentů získalo více než 10 bodů (27,45 %) a pouze 6 dotazovaných (11,76 %) získalo 0 – 5 bodů. Kvalita života v oblasti každodenního života je problematická, dala by se označit za neúnosnou. Ve studii Brandenbura dotazovaní získali průměrně 15 bodů. Samostatně hodnocená a neméně důležitá otázka týkající se finanční zátěže byla také bodovaná na škále 0 – 4 body, čím méně, tím lépe. Ukázalo se, že nejčastěji dotazovaní odpovídali, že rána si žádá navýšení financí, ale je to únosné, tedy 1 – 2 body. Sedm dotazovaných získalo všechny 4 body (13,73 %). Z celkového vyhodnocení dotazníku

Wound – QoL vyplynulo, že pacienti s defektem diabetické nohy mají zhoršenou kvalitu života. Více než polovina respondentů označila kvalitu života za středně neúnosnou (Brandenburg et al., 2015).

Třetím cílem práce bylo porovnat výsledky kvality života ze standardizovaných dotazníků SF - 36 a Wound – QoL. Dotazník SF - 36 je generickým dotazníkem, který lze využít všeobecně u jakéhokoliv onemocnění. Výsledky tomu také odpovídají, dotazníkem lze zjistit kvalitu života, ale jen na obecné úrovni. Syndrom diabetické nohy je specifickou komplikací, která se těžko srovnává pro příklad s CMP. Dotazník Wound – QoL je specifickým dotazníkem, lépe se tak určuje kvalita života přímo u pacientů s defektem diabetické nohy. Oblast fyzického zdraví byla oběma dotazníky vyhodnocena odlišně. Zatímco Wound – QoL měl oblasti fyzické zdraví i každodenní život, dotazník SF – 36 měl obě oblasti hodnocené v jedné, což by mohlo zkreslovat výsledky. Zatímco prvním dotazníkem byla zjištěna neúnosná kvalita života, u druhého převažoval opak. Psychické zdraví zjištěné pomocí SF – 36 bylo nejčastěji nezhoršené. Otázky z jednotlivých dotazníků jsou těžko srovnatelné. SF – 36 zjišťuje pesimismus, smutek, štěstí, vyčerpání i nervozitu, čili obecné otázky, Wound – QoL se ptá na pocit zklamání z délky hojení, obavy ohledně rány, zhoršení rány či výskyt dalších. Dle dotazníku Wound – QoL měli respondenti mírně až středně zhoršenou kvalitu života. Poslední srovnávanou oblastí byl každodenní život u Wound – QoL a omezení fyzické aktivity u SF – 36. Hodnoty z obou dotazníků byly srovnatelné. Respondenti v každodenním životě mají neúnosnou kvalitu života, nekvalitní život.

Výsledky z obou dotazníků nejsou totožné, avšak srovnatelné. Pro hodnocení kvality života pacientů s defektem diabetické nohy je rozhodně vhodnějším dotazníkem dotazník specifický. Short Form Health Survey – 36 obsahuje některé otázky, které se zdají být zbytečnými a dělají tak dotazník příliš dlouhým. Nevýhodou také je, že SF – 36 nesčítá body z jednotlivých oblastí a neukáže tak celkovou kvalitu života. Pozitivní by bylo, kdyby i dotazník Wound – QoL hodnotil bolest jako samostatnou oblast. Existence nehojící se rány znamená pro pacienta a jeho rodinu významný problém a s tím spojené narušení kvality života (Pokorná a Mrázová, 2017).

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme zjišťovali, zda syndrom diabetické nohy ovlivňuje kvalitu života nemocného s diabetes mellitus. Teoretická část byla zaměřena na popis syndromu diabetické nohy, jeho etiopatogenezi a klasifikaci. Zabývali jsme se i kvalitou života a vlivem nemoci na kvalitu života.

V praktické části byly popsány standardizované dotazníky, jejich metodika a vyhodnocení. Pro výzkum byly stanoveny tři dílčí cíle. Prvním bylo zjistit kvalitu života pomocí standardizovaného dotazníku SF – 36. Dotazník byl rozdělen na několik oblastí, které se hodnotily zvlášť. Pro vyhodnocení sloužil formulář v MS Excel, vytvořený společností ÚZIS, který spočítal hodnoty za jednotlivé oblasti v procentech, nevýhodou bylo, že nám nedal výsledek celkové kvality života. Cíl byl splněn, pomocí zmiňovaného dotazníku jsme zjistili, že syndrom diabetické nohy významně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Výsledky našeho výzkumného šetření potvrdily sníženou kvalitu života v oblasti fyzického zdraví i přesto, že otázky z tohoto dotazníku byly spíše obecné. Druhým cílem bylo zjistit kvalitu života pomocí standardizovaného dotazníku Wound – QoL. Tento specifický dotazník byl do českého jazyka přeložen a validizován teprve v roce 2017. Neexistuje mnoho výzkumů. Dotazník je stručný, zaměřuje se na nejdůležitější oblasti – tělo, duši, každodenní život. Domněnka, že respondenti mají narušenou kvalitu života, se potvrdila. Pomocí dotazníku Wound – QoL jsme zjistili, že nejvíce postiženou oblastí je každodenní život. Při porovnání obou dotazníků mezi sebou byly viditelné odchylky jak při hodnocení fyzického, tak psychického zdraví. Každý dotazník ukazoval jiné hodnoty. Pouze v oblasti každodenní život byly výsledky téměř totožné.

Je tedy důležité klást důraz na prevenci vzniku diabetické nohy, dodržování životosprávy i dodržování léčebného režimu. Záleží na každém pacientovi, jak přistupuje ke svému onemocnění a jak se dokáže začlenit do běžného života. I s defektem se dá prožít plnohodnotný život.

Doporučení pro praxi: Protože nešlo o reprezentativní vzorek, dokonce šlo o nízký vzorek, nemůžeme z výsledků vyvozovat žádné všeobecné závěry. Přesto jsme u tohoto nízkého vzorku respondentů zjistili, stejně jako v jiných studiích, že defekt má vliv na kvalitu života a to především v oblasti každodenních aktivit. Je proto důležité dbát na dostatečnou prevenci vzniku defektů. Nutná je dostatečná a opakovaná edukace pacientů i rodinných příslušníků.

Tohoto lze dosáhnout větší mírou edukace lékařem či sestrou u pacientů docházejících k ambulantnímu ošetření, i u hospitalizovaných pomocí rozhovoru. Rozhovor by měl být vždy individualizovaný tak, aby klient všemu porozuměl, zaměřený na aktuální potřeby klienta. Vždy by mělo proběhnout ověření znalostí kontrolními otázkami. Druhou metodou jsou edukační materiály, krátké a výstižné, které jsou pacientům dostupné v čekárnách ambulancí. Tyto si klient může odnést domů a připomínat si tak důležité informace. Klient by měl pravidelně provádět selfmonitoring zaměřený na pravidelnou kontrolu dolních končetin i léčebný režim. Správná péče o DK u diabetiků je podstatná. Pacienti by si měli kontrolovat obuv před nazutím, k ošetření nehtů docházet k odborníkům, pravidelně promazávat nohy. Důležitá je snaha o včasný záchyt již vzniklého defektu. Úspěšná edukace závisí především na zájmu a ochotě pacienta spolupracovat a dodržovat režimová opatření.

Sledování kvality života by mělo být neopomínanou součástí celkového hodnocení a péče o pacienta s defektem diabetické nohy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BĚLOBRÁDKOVÁ, Jana a Ludmila BRÁZDOVÁ, 2006. *Diabetes mellitus*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3446-1.

BRANDENBURG, Vincent, Phase 2 Open Label Single Arm Repeat Dose Study to Assess the Effect of SNF472 on Wound Healing in Uraemic Calciphylaxis Patients. In: *Sanifit*[online]. [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <https://www.sanifit.com/cms/wp-content/uploads/2018/03/ASN-2017-CUA-Poster-FINAL.pdf>

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

HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia* [online]. **44**(4), 407 - 425 [cit. 2018-11-28]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Eva_Hemanova/publication/263303947_Kvalita_zivota_a_jeji_modely_v_soucasnem_socialnim_vyzkumu/links/0deec53a83bef47c37000000/Kvalita-zivota-a-jeji-modely-v-soucasnem-socialnim-vyzkumu.pdf

HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HUĽO, 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0620-2.

HNILICOVÁ, Helena a Vladimír BENCKO, 2005. *Praktický lékař* [online]. **85**(11), 656 - 660 [cit. 2018-11-02]. ISSN 1805-4544. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2005-11/kvalita-zivota-vymezeni-pojmu-a-jeho-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-5939/download?hl=cs>

HUBERTO VÁ, Lucie, 2007. *Kvalita života a sociální opora u pacientů se syndromem diabetické nohy*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce PhDr. Tamara Hrachovinová, CSC.

JIRKOVSKÁ, Alexandra et al., Doporučený postup pro prevenci, diagnostiku a terapii syndromu diabetické nohy. In: *Česká diabetologická společnost ČSL JEP* [online]. s. 23 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: http://www.diab.cz/dokumenty/standard_diab_noha.pdf

JIRKOVSKÁ, Alexandra, 2018. Syndrom diabetické nohy. *Medicína po promoci* [online]. (1) [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/42959-syndrom-diabeticke-nohy>

KALANTAR-ZADEH, Kamyar, 2003. Quality of Life in Patients with Chronic Renal Failure. In: *CIN' 2003: 3th Congress of Nephrology in Internet* [online]. [cit. 2018-11-28]. Dostupné z: <https://www.uninet.edu/cin2003/conf/index.html>

KUDLOVÁ, Pavla, 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5367-6.

NĚMEC, F. et al., 2009. Hodnocení kvality života pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae czechoslovaca* [online]. Roč. 76, č. 1, s. 20-24 [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: http://www.achot.cz/dwnld/0901_020_024.pdf

PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

PÍTHOVÁ, Pavlína, 2017. Syndrom diabetické nohy. *Medicina pro praxi* [online]. **14**(2), 71-76 [cit. 2018-11-02]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2017/02/05.pdf>

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.

Publications, *Wound-QoL* [online]. CVderm [cit. 2019-05-03]. Dostupné z: <https://www.wound-qol.com/>

RUŠAVÝ, Zdeněk, c1998. *Diabetická noha: diagnostika a terapie v praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-85824-73-6.

RYBKKA, Jaroslav, 2007. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1671-8.

RYBKKA, Jaroslav, 2006. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1612-7.

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

STRYJA, Jan, 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-79-5.
Syndrom diabetické nohy: Mezinárodní konsenzus vypracovaný Mezinárodní pracovní skupinou pro syndrom diabetické nohy, 2000. Praha: Galén. ISBN 80-7262-051-7.

ŠKRHA, Jan, c2009. *Diabetologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-607-6.

ŠMAHELOVÁ, Alena, 2006. *Akutní komplikace diabetu*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-812-3.

ŠŤASTNÁ, Lenka, 2008. Dotazník SF 36. In: *Klinika adiktologie* [online]. Praha: 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze [cit. 2018-11-28]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1366/Dotaznik-SF-36>

VATEHOVÁ, Drahomíra a Rastislav VATEHA, 2013. *Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s vybranými chronickými chorobami*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-383-7.

WARE, John E., Mark KOSINSKI a Susan D. KELLER, 1994. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a User's Manual* [online]. 5. Boston: Health Assessment Lab, New England Medical Center [cit. 2018-11-28]. ISBN 1-891810-00-6. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/292390260_SF-36_Physical_and_Mental_Health_Summary_Scales_a_User's_Manual

YEKTA, Zarah et al., 2011. Comparison of demographic and clinical characteristics influencing health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers and those without foot ulcers. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 4:393- 399.

ZÁBOJOVÁ, Hana, 2015. *Vývoj kvality života u pacienta se syndromem diabetické nohy*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Jana Truplová.

Zdravotnická ročenka České republiky 2017 [online], 2018. Praha: ÚZIS [cit. 2019-04-15]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2017>

ZELENÍKOVÁ, Renáta et al., 2014. Hodnocení kvality života pacientů se syndromem diabetické nohy ve vybraných zdravotnických zařízeních Moravskoslezského kraje. *Ošetrovateľství a porodní asistence* [online]. 5(1), 2-5 [cit. 2019-05-05]. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2014-01/1-zelenikova-et-al-cz.pdf>

ŽUMÁROVÁ, Monika, 2012. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. [1. vyd.]. Prešov: Pavol Šidelský - Akcent Print. ISBN 978-80-89295-43-2.

36-Item Short Form Survey (SF-36), *RAND Health Care* [online]. [cit. 2019-05-03]. Dostupné z: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/survey-instrument.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CMP	Cévní mozková příhoda
cm	centimetry
č.	číslo
DFS	Diabetic Foot Syndrome
DK	Dolní končetiny
et al.	a kolektiv
EQ - 5	European Quality of Life Questionnaire
HbA1c	Glykovaný hemoglobin
HRQoL	High-Related Quality of Life
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin
kol.	kolektiv
měs	měsíc
MS	Microsoft
NHP	Nothingam Health Profile
QoL	Quality of Life
RTG	Rentgen
s.	strana
SDN	Syndrom diabetické nohy
SF - 36	Short Form Health Survey – 36
SIP	Sickness Impact Profile
Tab.	tabulka
tj.	to je
tzv.	takzvaně
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

Vs.	Versus
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WHOQoL - BREF	Zkrácený dotazník kvality života vytvořený Světovou zdravotnickou organizací
x	krát
%	Procenta
°C	stupeň Celsia

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Délka léčby diabetu vs. Délka léčby defektu	34
Graf 2. Druh léčby	34
Graf 3. Bolest.....	41
Graf 4. Vyhodnocení dotazníku SF - 36	43
Graf 5. Každodenní život.....	45
Graf 6. Vyhodnocení Wound - QoL	47
Graf 7. Porovnání fyzického zdraví	48
Graf 8. Porovnání emočních problémů	48
Graf 9. Porovnání každodenního života	49

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Pohlaví respondentů	32
Tab. 2. Věk respondentů	32
Tab. 3. Pracovní zařazení.....	33
Tab. 4. Délka léčby defektu	33
Tab. 5. Délka léčby diabetu	33
Tab. 6. Amputace.....	35
Tab. 7. Velikost defektu.....	35
Tab. 8. Typ defektu.....	36
Tab. 9. Forma odlehčení defektu	36
Tab. 10. Zdraví ve srovnání před rokem.....	37
Tab. 11. Subjektivní zdraví.....	37
Tab. 12. Fyzická aktivita.....	38
Tab. 13. Omezení fyzické aktivity	38
Tab. 14. Omezení emočními problémy	39
Tab. 15. Vitalita	39
Tab. 16. Celkové psychické zdraví	40
Tab. 17. Společenská aktivita	40
Tab. 18. Tělesná bolest	41
Tab. 19. Celkové vnímání zdraví.....	42
Tab. 20. Změna zdraví	42
Tab. 21. Tělo	44
Tab. 22. Psychické problémy.....	45
Tab. 23. Každodenní život.....	45
Tab. 24. Finanční zátěž	46
Tab. 25. Vyhodnocení Wound - QoL	47

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Klasifikace PEDIS

Příloha 2: Wound - QoL

Příloha 3: SF - 36

Příloha 4: Dotazník

PŘÍLOHA 1: KLASIFIKACE PEDIS

Tab. 7.3 Klasifikační systém PEDIS mezinárodní pracovní skupiny pro diabetickou nohu (International working group on the diabetic foot, IWGDF)

	Stupeň	Symptomy
perfuze (<i>perfusion</i>)	P1	nejsou přítomny příznaky PAO DK
	P2	příznaky PAO DK jsou přítomny, nepřítomná je kritická ischemie končetin
	P3	kritická ischemie končetin
rozsah/velikost (<i>extend/size</i>)	E	velikost rány měřená v cm ²
hloubka/ztráta tkáně (<i>depth/tissue lost</i>)	D1	povrchový vřed zasahující jen kůži
	D2	hluboký vřed penetrující kůži a podkožní struktury, svaly a šlachy
	D3	hluboký vřed postihující kost/kloub
infekce (<i>infection</i>)	I1	nepřítomné příznaky infekce
	I2	infekce postihuje pouze kůži a podkoží (bez postižení hlubších struktur a znaků systémové infekce), přítomny jsou nejméně dva projevy: - lokální otok nebo zatvrdnutí - zarudnutí > 0,5 až 2 cm kolem ulcerace - lokální citlivost nebo bolest - lokální teplota - hnisavý výpotek
	I3	erytém > 2 cm, včetně jednoho z již popsaných projevů, nebo infekce zasahující hlouběji pod kůži a podkoží (absces, osteomyelitida, septická artritida, fascitidy), bez projevů systémové infekce
	I4	infekce nohy s projevy SIRS manifestující se dvěma nebo více z následujících podmínek: - tělesná teplota > 38 nebo < 36 °C - pulz > 90/min - dýchání > 20/min - PaCO ₂ < 32 mm Hg - leukocyty > 12 000 nebo < 4000 - 10% nezralých forem
citlivost (<i>sensation</i>)	S1	citlivost zachovaná
	S2	ztráta ochranné citlivosti s absencí citlivosti na tlak na 2 až 3 místech na chodidle nohy nebo nepřítomnost vibrační citlivosti při > 25 V na haluxu

Legenda: PAO DK, periferní arteriální onemocnění dolních končetin; SIRS (systemic inflammatory response syndrome), syndrom systémové zánětlivé odpovědi
(Zdroj: PEDIS classification system according to International working group on the diabetic foot guidelines; Shaper, 2004)

PŘÍLOHA 2: WOUND - QOL

29. Za posledních 7 dnů ... (prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Docela dost	Hodně
...mne moje rána bolela	0	1	2	3	4
...moje rána zapáchala	0	1	2	3	4
...se objevil sekret z rány	0	1	2	3	4
...rána ovlivnila můj spánek	0	1	2	3	4
...pro mne bylo ošetřování rány zátěží	0	1	2	3	4
...mne rána činila nešťastným/nešťastnou	0	1	2	3	4
...jsem měl(a) pocit zklamání, že hojení trvá tak dlouho	0	1	2	3	4
...jsem měl(a) obavy ohledně rány	0	1	2	3	4
...jsem měl(a) obavy, že se stav rány zhorší nebo že se objeví další rány	0	1	2	3	4
...jsem se obával(a), že se do rány uhodím	0	1	2	3	4
...jsem měl(a) kvůli ráně problémy s pohybem	0	1	2	3	4
...pro mne byla chůze po schodech kvůli ráně obtížná	0	1	2	3	4
...jsem měl(a) problém kvůli ráně zvládat běžné denní činnosti	0	1	2	3	4
...rána omezovala moje volnočasové aktivity	0	1	2	3	4
...mne rána nutila omezit činnosti s ostatními	0	1	2	3	4
...jsem se cítil(a) kvůli ráně závislý(á) na pomoci druhých	0	1	2	3	4
...pro mne rána představovala finanční zátěž	0	1	2	3	4

PŘÍLOHA 3: SF - 36

18. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově?

- a) Výtečné
- b) Velmi dobré
- c) Dobré
- d) Docela dobré
- e) Špatné

19. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes, ve srovnání před rokem?

- a) Mnohem lepší než před rokem
- b) Poněkud lepší než před rokem
- c) Stejně jako před rokem
- d) Poněkud horší než před rokem
- e) Mnohem horší než před rokem

20. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? (Prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, náročné sporty	1	2	3
Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
Předklon, shýbání, poklek	1	2	3

Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
Chůze po ulici několik desítek metrů	1	2	3
Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

21. **Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím? (Prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).**

	ANO	NE
Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti?	1	2
Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například musel(a) jste vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

22. **Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím (deprese, nebo úzkost)? (Prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).**

	ANO	NE
Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

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

- Vůbec ne
- Trochu
- Mírně
- Poměrně dost
- Velmi silně

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

- Žádné
- Velmi mírné
- Mírné
- Střední
- Silné
- Velmi silně

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

- a) Vůbec ne
- b) Trochu
- c) Mírně
- d) Poměrně dost
- e) Velmi silně

26. Následující otázky se týkají vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v minulých 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil a jak často v minulých 4 týdnech. (Prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
Jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
Jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
Jste pociťoval(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
Jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
Jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
Jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	1	2	3	4	5	6
Jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
Jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

27. Uveďte, jak často v posledním týdnu bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

- a) Pořád
- b) Většinu času
- c) Občas
- d) Málokdy
- e) Nikdy

28. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení? (Prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).

	Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist(a)	Většinou ne	Určitě ne
Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA 4: DOTAZNÍK

Vážená paní/ Vážený pane,

Obracím se na Vás s prosbou vyplnění tohoto dotazníku, který je nezbytnou součástí mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní, určený pro osoby s nemocí diabetes mellitus, trpící komplikací syndrom diabetické nohy. Pomocí tohoto šetření, bychom chtěli zjistit a porovnat **Kvalitu života s defektem diabetické nohy**.

Za Vaši ochotu a strávený čas nad tímto dotazníkem Vám předem velice děkuji.

Vysvětlení k vyplnění: *Zakroužkujte jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. U zvolených vytečkovaných odpovědí, prosíme, dopište Vaši odpověď.*

Barbora Šimperská, studentka oboru Všeobecná sestra, FHS UTB Zlín

PhDr. Pavla Kudlová, PhD. – vedoucí práce

1. **Jaké je Vaše pohlaví**

- Muž
- Žena

2. **Jaký je Váš věk?**

.....

3. **Jaké je Vaše pracovní zařazení?**

- a) Státní
- b) OSVČ
- c) Důchodce
- d) Invalidní důchodce
- e) Jiné.....

4. **Jak dlouho se léčíte s diabetem?**

.....

5. **Jakou užíváte léčbu? (možnost více odpovědí)**

- a) Dieta a pohyb
- b) Perorální antidiabetika
- c) Inzulín
- d) Všechny možnosti
- e) Jiné

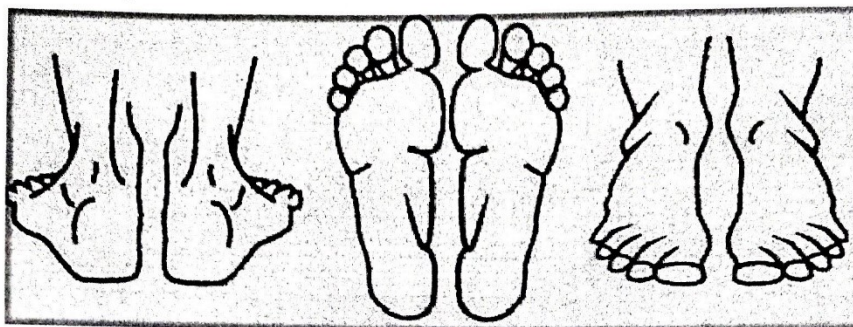
6. **Jaké byly Vaše poslední výsledky z kontroly glykovaného hemoglobinu (HbA1c)? (najdete v deníku diabetika)**

.....

7. **Ránu/defekt na noze (tzv. syndrom diabetické nohy) mám**

- a) Méně než 4 týdny
- b) Více než 4 týdny (doplňte délku).....
- c) Nemám ránu (dotazník již nemusíte vyplňovat)

8. Zakreslete prosím umístění defektu a velikost v centimetrech.



Velikost v cm

9. Nohu mám amputovanou

- a) Ano, nemám prsty
- b) Ano, před kolenem
- c) Ano, ve stehně
- d) Ne, nohu nemám amputovanou
- e) Jiné.....

10. K odlehčení defektu používám:

- a) Speciální boty
- b) Berle
- c) Invalidní vozík
- d) Neodlehčuji vůbec
- e) Jiné.....

11. Strávený čas z důvodu ošetření u specialistů (chirurg, diabetolog..) mi

- a) Nevadí
- b) Vadí mi

12. Jste v této chvíli omezen/a léčebným režimem jiného onemocnění než diabetickou nohou?

- a) Ne
- b) Ano,.....

13. Omezuje Vás v pohybu, v plnění denních činností i jiné onemocnění?

- a) Ne
- b) Ano,.....

14. Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

- a) Velmi dobrý
- b) Dobrý
- c) Špatný
- d) Velmi špatný

15. **Jak hodnotíte kvalitu Vašeho života?**

- a) Vysoká
- b) Dobrá
- c) Zhoršená
- d) Neúnosná

16. **V čem Vás rána nejvíce omezuje?**

.....
.....

17. **Jak moc Vás rána finančně zatěžuje?**

- a) Rána mě nijak finančně nezatěžuje
- b) Rána si vyžaduje nějaké finance, ale je to snesitelné
- c) Rána mě finančně zatěžuje
- d) Léčebné výdaje jsou téměř neúnosné

18. **Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově?**

- a) Výtečné
- b) Velmi dobré
- c) Dobré
- d) Docela dobré
- e) Špatné

19. **Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes, ve srovnání před rokem?**

- a) Mnohem lepší než před rokem
- b) Poněkud lepší než před rokem
- c) Stejně jako před rokem
- d) Poněkud horší než před rokem
- e) Mnohem horší než před rokem

20. **Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? (Prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).**

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, náročné sporty	1	2	3
Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
Předklon, shýbání, poklek	1	2	3

Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
Chůze po ulici několik desítek metrů	1	2	3
Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

21. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím? (Prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).

	ANO	NE
Zkrátil se čas, který jste věnovala) práci nebo jiné činnosti?	1	2
Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například musel(a) jste vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

22. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím (deprese, nebo úzkost)? (Prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).

	ANO	NE
Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

23. Uved'te, 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.

- Vůbec ne
- Trochu
- Mírně
- Poměrně dost
- Velmi silně

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

- Žádné
- Velmi mírné
- Mírné
- Střední
- Silné
- Velmi silně

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

- a) Vůbec ne
- b) Trochu
- c) Mírně
- d) Poměrně dost
- e) Velmi silně

26. Následující otázky se týkají vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v minulých 4 týdnech.

U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil a jak často v minulých 4 týdnech. (Prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
Jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
Jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
Jste pociťoval(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
Jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
Jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
Jste se cítil(a) vyčerpan(a)?	1	2	3	4	5	6
Jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
Jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

27. Uveďte, jak často v posledním týdnu bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

- a) Pořád
- b) Většinu času
- c) Občas
- d) Málokdy
- e) Nikdy

28. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení? (Prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).

	Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist(a)	Většinou ne	Určitě ne
Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

29. Za posledních 7 dnů ... (prosím, zaškrtněte jedno číslo v každém řádku).

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Docela dost	Hodně
...mne moje rána bolela	0	1	2	3	4
...moje rána zapáchala	0	1	2	3	4
...se objevil sekret z rány	0	1	2	3	4
...rána ovlivnila můj spánek	0	1	2	3	4
...pro mne bylo ošetřování rány zátěží	0	1	2	3	4
...mne rána činila nešťastným/nešťastnou	0	1	2	3	4
...jsem měl(a) pocit zklamání, že hojení trvá tak dlouho	0	1	2	3	4
...jsem měl(a) obavy ohledně rány	0	1	2	3	4
...jsem měl(a) obavy, že se stav rány zhorší nebo že se objeví další rány	0	1	2	3	4
...jsem se obávil(a), že se do rány uhodím	0	1	2	3	4
...jsem měl(a) kvůli ráně problémy s pohybem	0	1	2	3	4
...pro mne byla chůze po schodech kvůli ráně obtížná	0	1	2	3	4
...jsem měl(a) problém kvůli ráně zvládat běžné denní činnosti	0	1	2	3	4
...rána omezovala moje volnočasové aktivity	0	1	2	3	4
...mne rána nutila omezit činnosti s ostatními	0	1	2	3	4
...jsem se cítil(a) kvůli ráně závislý(á) na pomoci druhých	0	1	2	3	4
...pro mne rána představovala finanční zátěž	0	1	2	3	4