

# **Resilience a sociální opora u osob s roztroušenou sklerózou**

Romana Urbánková

---

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: **Romana Urbánková**  
Osobní číslo: **H15550**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Resilience a sociální opora u osob s roztroušenou sklerózou**

### Zásady pro vypracování:

Rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální opory u osob s roztroušenou sklerózou.  
Příprava metodiky výzkumu.  
Realizace výzkumu technikou dotazníků.  
Prezentace výsledků z výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

AMBLER, Z., J. BEDNÁŘÍK, E. RŮŽIČKA, a kol. *Klinická neurologie—obecná část*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-157-4.

HALOVÁ, M. *Nemocný v domácí péči*. I. Javorník: MAJ.ZI, 2007. ISBN 978-80-239-7316-7.

HAVRDOVÁ, E. *Roztroušená skleróza*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-802-0431-547.

HAVRDOVÁ, E. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-189-6.

HOBART, J., The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29): A new patient-based outcome measure [online]. *icit.* 2018-10-101. DOI: 10.1093/brain/124.5.962. ISBN 1460-2156. Dostupné z:

<https://academic.oup.com/brain/article-lookup/doi/10.1093/brain/124.5.962>

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 978-80-247-0179-0.

RODRIGUEZ, M., O.H. KANTARCI a I. PIRKO. *Multiple sclerosis*. New York: Oxford, 2013. ISBN 978-0-19-974046-8.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce: 17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

L.S.

doc. Ing. Anežka Lengšlová, Ph.D.  
*děkanka*

Mgr. 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 <sup>(1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 13. 5. 2019

*U zákona 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 záverečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby praxe/realizačních dohod/ke kvalitativních prací, kterou spravuje. Zpráva o zveřejnění obsahuje výňatek z předpisů vysoké školy.*

(2) Diplomová, diplomová, bakalářská a rigorózní práce odvedená uchazečem k obhajobě musí být nejvýše pěti pracovními dny před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí 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 požičovat na své náklady výtisk, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odvedením 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;

(1) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školka či vzdělávací zařízení, ač-li škola ze účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k službě potřebě díla vytvořené tiskem nebo studiem ke spíše školních nebo studijních potřebám vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školce či vzdělávacího zařízení (školské 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 Školské dílo;

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

3). Odpověď-li autor školního díla udělí svolení bez výhradu dílů, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybného provedení jeho vůle a jiných. Ústanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

(3) Škola nebo školka či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z vyřídila jin dotčeného v souvislosti s užitím díla či poskytnutí licence podle odstavce 2 přiměřené příspěví na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přiblíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školkou či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Cílem práce je zjistit míru resilience a míru sociální opory u pacientů s roztroušenou sklerózou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část seznamuje s onemocněním – roztroušenou sklerózou, jejími formami a především příznaky. Další témata jsou teorie resilience, psychologie zvládání nemoci a sociální opory.

Praktická část obsahuje analýzu respondentů a vyhodnocení jejich míry resilience a míry sociální opory. Výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření. Míra resilience byla zjišťována pomocí 14 položkové škály resilience a míra sociální opory pomocí dotazníku sociální opory MOS.

Klíčová slova: resilience, sociální opora, roztroušená skleróza, škála resilience, dotazník sociální opory MOS

## **ABSTRACT**

The aim of this thesis is to evaluate resilience rate and rate of social support of the patients with multiple sclerosis. The work is divided into two parts. The theoretical part introduces with the illness – multiple sclerosis, its forms and mainly its symptoms. Next topics are theories of resilience, disease management psychology and social support.

The Practical part includes the analysis of respondents and evaluation of their resilience rate and rate of their social support. The research was carried out using a questionnaire survey. The rate of resilience was determined by 14 item resilience scale and the rate of social support by social support survey MOS.

Keywords: resilience, social support, multiple sclerosis, resilience scale, social support survey MOS

Ráda bych poděkovala PhDr. Pavle Kudlové, PhD. za trpělivost a odborné vedení mé práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a Veronice Štěrbové za konzultace k praktické části. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich čas a ochotu.

Prohlašuji, že předloženou bakalářskou práci jsem zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Pavly Kudlové, PhD., a veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem čerpala, jsou v práci řádně citovány a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA.....</b>	<b>13</b>
1.1 EPIDEMIOLOGIE.....	13
1.2 FORMY A PRŮBĚH NEMOCI.....	14
1.3 KLINICKÝ OBRAZ .....	15
1.3.1 Senzitivní, zrakové a motorické symptomy .....	15
1.3.2 Mikční a sexuální poruchy .....	17
1.3.3 Neuropsychiatrické symptomy.....	18
1.4 DIAGNOSTIKA .....	18
<b>2 RESILIENCE .....</b>	<b>20</b>
2.1 POJETÍ RESILIENCE .....	20
2.1.1 Resilience jako proces .....	21
2.1.2 Resilience jako osobnostní vlastnost.....	21
2.1.3 Resilience jako souhrn faktorů.....	21
2.1.4 Resilience jako vztahová záležitost.....	21
2.1.5 Resilience jako výsledek adaptace .....	22
2.2 ZDROJE RESILIENCE.....	22
2.3 COPING.....	23
<b>3 PSYCHOLOGIE ZVLÁDÁNÍ NEMOCÍ.....</b>	<b>25</b>
3.1 BOJ PACIENTA S NEMOCÍ .....	25
3.2 ROLE PACIENTA.....	27
3.2.1 Zvládání nemoci.....	28
3.2.2 Nespecifické změny v psychice .....	29
3.2.3 Kvalita života .....	29
<b>4 SOCIÁLNÍ OPORA.....</b>	<b>31</b>
4.1 DRUHY SOCIÁLNÍ OPORY .....	32
4.2 TEORIE SOCIÁLNÍ OPORY .....	32
4.2.1 Teorie připoutání .....	32
4.2.2 Teorie podpůrných sociálních vztahů .....	32
4.3 SOCIÁLNÍ SÍŤ A ÚČINKY SOCIÁLNÍ OPORY .....	33
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>34</b>
<b>5 METODIKA .....</b>	<b>35</b>
5.1 VYMEZENÍ CÍLŮ.....	35
5.2 CHARAKTERISTIKA METODY .....	35
5.2.1 První část dotazníku .....	35
5.2.2 Druhá část dotazníku.....	35
5.2.3 Třetí část dotazníku .....	36



5.3	CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ .....	37
5.4	REALIZACE VÝZKUMU .....	37
5.5	ZPRACOVÁNÍ DAT .....	38
<b>6</b>	<b>ZPRACOVÁNÍ DAT .....</b>	<b>39</b>
6.1	PRVNÍ ČÁST DOTAZNÍKU .....	39
6.2	DRUHÁ ČÁST DOTAZNÍKU .....	48
6.3	TŘETÍ ČÁST DOTAZNÍKU .....	50
<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>54</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>56</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>58</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>60</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>62</b>

## ÚVOD

Každé chronické onemocnění ovlivňuje psychologickou stránku osobnosti, každodenní a společenský život. Nezdolnost jedince a sociální síť hrají hlavní roli v tom, jak se člověk ke své životní situaci postaví. Roztroušená skleróza je onemocnění, které změní nejen běžný život nemocného, ale i jeho rodiny a okolí. Od nespecifických příznaků jako je například únava, může pacient skončit invalidizován v různých směrech. S rostoucím neurologickým deficitem se zvyšují nároky na péči o nemocného v každodenních aktivitách. Nemocný je vzhledem k danému deficitu v různé intenzitě odkázán na péči druhé osoby, tedy rodiny nebo na sociální péči. Onemocnění sebou nese vynucenou změnu životního stylu. Dochází k fyzickému strádání, snížení pracovní a celkové výkonnosti a často prochází úzkostmi v důsledku komplikací léčby, prognózy a někdy i existenčního ohrožení.

V České republice existuje síť center pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění. Zajišťují léčbu, speciální postupy, ale i vědecko-výzkumné činnosti. Jedno z center se nachází při Neurologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc, kde probíhal výzkum pro účely této práce.

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila psychosociální problematiku u pacientů s roztroušenou sklerózou se zaměřením na resilienci a sociální oporu. Cílem této práce je zjistit celkovou míru resilience a míru sociální opory u pacientů s roztroušenou sklerózou.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na obecnou charakteristiku roztroušené sklerózy a její klinické projevy. Symptomy doprovázející onemocnění mají zásadní vliv na psychiku a kvalitu života pacienta. Dalším tématem je resilience, její pojetí a význam. Dále je zařazena i psychologie zvládání nemoci, jakožto nedílná součást vyrovnávání se se svou rolí pacienta. Teoretická část dále obsahuje teorii sociální opory, její význam a druhy.

V praktické části jsou specifikovány cíle a metodika výzkumu. Klíčovou část tvoří interpretace dat. Výzkum probíhal pomocí dotazníkového šetření. V první části dotazníku zjišťovali sociodemografické charakteristiky respondentů a informace o jejich onemocnění. Ke zjišťování míry resilience byla použita standardizovaná 14 položková škála resilience a ke zjišťování míry sociální opory standardizovaný dotazník sociální opory MOS. Vyhodnocení dotazníkového šetření je rozděleno podle jednotlivých částí dotazníku.

V diskuzi uvádíme zhodnocení sociodemografických charakteristik vzorku respondentů a jejich srovnání s odbornou literaturou. Následuje vyhodnocení jednotlivých cílů práce. Vyhodnocení celkové míry resilience a celkové míry sociální opory u pacientů s roztroušenou sklerózou.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA

Roztroušená skleróza (dále jen RS) je chronické autonomní onemocnění, které řadíme do skupiny demyelinizačních onemocnění centrálního nervstva. Tato skupina onemocnění je charakterizována destrukcí a rozpadem myelinu v centrálním nervovém systému s difúzní ztrátou axonů. Dochází k demyelinizaci a axonálním lézím. Predilekčně bývá postižena bílá hmota mozková. U RS se vyskytuje široká škála neurologických symptomů. Onemocnění většinou začíná jako monosymptomatická ataka, která je dána místem postižení. Tyto symptomy často vedou až k fyzické a kognitivní invaliditě a způsobují neuropsychiatrické poruchy. Pro toto onemocnění neexistuje žádná kauzální léčba. Léčba je symptomatická. Jejím hlavním cílem je zmírnění obtíží, předejít dalším atakám a zpomalit progresi onemocnění.

## 1.1 Epidemiologie

Epidemiologie poskytuje informace o výskytu a chování nemoci. U RS se první příznaky onemocnění objevují mezi 20. a 40. rokem života. Průměrný věk stanovení diagnózy je 31,7 let. S těmito epidemiologickými fakty se RS řadí mezi nemoci, které vedou nejčastěji k neurologické invaliditě v mladém věku. Pouze 5 % případů je zaznamenáno ve věku pod dvacet let a pouze 10 % případů u pacientů starších 50 let. Onemocnění postihuje častěji ženy než muže v poměru 2,73 : 1. Průměrná doba přežití od stanovení diagnózy je přes 25 let. (Havrdová, 2013, s. 21-22)

Prevalence je ukazatel, který udává podíl nemocných na počet obyvatel v dané oblasti. Prevalence RS stoupá. V 80. letech 20. století prevalence čítala 71/100 000. V roce 2002 byla prevalence 160/100 000. (Havrdová, 2013, s. 33)

Onemocnění se u žen vyskytuje až v 70 %, tedy mnohem častěji než u mužů. Vališ a Pavelek (2018) také udává prevalenci onemocnění 160/100 000 obyvatel. Dále říká, že v České republice funguje patnáct center specializovaných na léčbu RS, které předávají data do registru pacientů s tímto onemocněním. Tento registr se nazývá ReMuS.

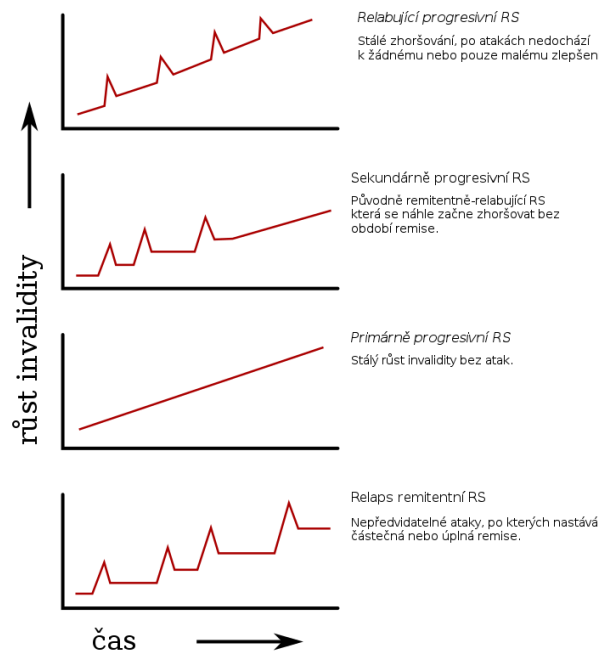
Nadační fond IMPULS, který řídí registr ReMuS na svých internetových stránkách, uvádí, že na světě je odhadem 2,5 milionu nemocných s roztroušenou sklerózou. Udává, že v České republice je odhadem 17 tisíc nemocných a kolem 700 nově diagnostikovaných pacientů ročně. (NF IMPULS, ©2019)

## 1.2 Formy a průběh nemoci

Klinický obraz je dán lokalizací zánětlivých ložisek. Existují čtyři základní formy nemoci: relabující progredující forma, sekundární chronická progresse, primárně progresivní forma a relabující remitující forma. Na obrázku č. 1 jsou grafy znázorňující dlouhodobý průběh nemoci pro každou formu.

Rodriguez, Kantarci a Pirko (2013) uvádějí i další klinické a popisné jednotky. Radiologicky izolovaný syndrom, kdy má pacient nález v počátečním stádiu bez klinických projevů. Další jednotkou je klinicky izolovaný syndrom. V tomto případě má pacient pozitivní radiologický nález, diagnostikované onemocnění, ale prodělal pouze jednu ataku a nachází se v remisi.

Relabující progredující forma je charakteristická stálým zhoršováním stavu s atakami. Po atakách nedochází k remisi příznaků a zůstává určitý stupeň postižení. Nedochází tedy k žádnému nebo jen malému zlepšení stavu a neurologický deficit se stále zhoršuje. U sekundárně chronické formy dochází na začátku onemocnění k remisím mezi jednotlivými atakami. Poté nemoc mění charakter na pozvolný růst neurologického deficitu bez atak. Primárně progresivní forma je typická pozvolným nárůstem neurologické symptomatiky. Nejčastěji se projevuje spastickou paraparézou dolních končetin a poruchami sfinkterů. Tato forma je častější u mužů. Až v 10 % případech je průběh s minimální invaliditou i po dvaceti letech nemoci. Asi v 3 % případů probíhá onemocnění hyperakutně. V tomto případě dochází k trvalé invaliditě během dvou let. Relabující remitující forma je nejčastější formou RS. U této formy dominuje střídání atak neurologických symptomů a remisí. (Rodriguez, Kantarci a Pirko, 2013, s. 9-14)



Obrázek 1: Formy RS (Wikipedia, ©2019)

### 1.3 Klinický obraz

Klinické příznaky jsou různorodé a jsou dány místem demyelinizace a následně zánětem příslušné dráhy v centrální nervové soustavě. Dochází k poruše vedení vzruchů a postižení funkce dané dráhy. Některá ložiska mohou být asymptomatická. Začátek nemoci může být náhlý nebo plíživý. Onemocnění může začínat jako protrahovaná únava a malátnost před rozvojem neurologické symptomatiky. Nejčastější první příznaky jsou senzitivní obtíže, zrakové poruchy a motorické symptomy. Příznaky jsou tedy individuální a proměnlivé. Ovlivňující faktory jsou únava, vnější teplota, psychický stav a také přechodná infekční onemocnění. (Vališ, Pavelek, 2018, s. 23-27)

#### 1.3.1 Senzitivní, zrakové a motorické symptomy

Senzitivní poruchy jsou rozděleny na poruchy kožní citlivosti a poruchy hluboké citlivosti. Projevují se alterací taktilního čítí ve smyslu hypestezie či anestezie nebo jako abnormální senzace – dysestezie, parestezie nebo hyperstezie. Mohou být přítomny bolestivé příznaky, které přichází v epizodách nebo jsou chronické. (Havrdová, 2013, s. 118)

Zrakové příznaky můžeme rozdělit na negativní, to jsou například: zamlžené vidění, černo-bílé vidění, skotomy, neboli výpadky zorného pole a na pozitivní příznaky. Pozitivní příznaky jsou například: fosfény, fotopsie, zrakové halucinace. (Ambler, Bednařík, Růžička, 2008, s. 233). U pacientů s RS se vyskytují negativní příznaky až ztráta vizu a bolest.

Nejčastější zrakovou poruchou je optická neuritida. Optická neuritida nastupuje jako postupná jednostranná ztráta vizu, provázená bolestivostí očního bulbu. Subklinicky může probíhat ve formě snížené ostrosti a poruchy barvocitu. (Havrdová, 2013, s. 119)

Poruchy motoriky jsou způsobeny demyelinizačním procesem v pyramidové dráze. Dominujícím příznakem je centrální paréza se zvýšením šlachových a okosticových reflexů, absencí břišních reflexů a snížením síly. Může docházet k postupné spasticitě, k flekčním a extenčním spasmům. Spasticita je příznak vedoucí k invaliditě nemocného. Hodnocení kvality života nemocných je zaměřeno na obtíže ovlivňující chod denních aktivit. Postižení hybnosti je jedním z nejdůležitějších atributů při tomto hodnocení. (Havrdová, 2013, s. 119-120)

Mezi poruchy funkce mozkového kmene patří poruchy okoohybné inervace, neuralgie trigeminu, paréza lícního nervu, dysfagie a dysartrie. Při alteraci okoohybné inervace mohou být tyto příznaky: dvojité vidění, kmitání obrazu, ztížená akomodace, porucha stabilizace obrazu, vertigo či nejistota v prostoru. Neuralgie trigeminu se projevuje jako šlehavá bolest v oblasti inervace nervus trigeminus. Vzniká po senzitivním stimulu, obvykle s vegetativními projevy. Vegetativní projevy mohou být slzení, sekrece z nosu, apod. Dysfagie je porucha polykání. Může být vyjádřena jako bolestivé polykání nebo jako neschopnost polknout či potíže s umístěním potravy v ústech a jeho kontrola. Potrava může vypadávat z úst ven, nebo naopak může být lehce vdechnuta. Dysartrie a dysfagie jsou často doprovázející se příznaky. Dysartrie je motorická porucha řeči, která je charakterizována špatnou artikulací. (Havrdová, 2013, s. 119-124)

Pokud se léze nachází v drahách vestibulocerebelárního systému, tak může docházet k poruchám vzpřímeného držení těla, či udržování rovnováhy ve stoji. U tohoto postižení hrozí nebezpečí pádů. Dále mohou být narušeny pohybové stereotypy a chůze. Poruchy se dělí na ataktické a tremor. Mezi ataktické poruchy patří dysartrie, dysmetrie a dysdiadochokineze. Projevují se motorickou poruchou řeči, přestřelováním pohybů a neschopností provádět rychlé alternující pohyby. Zatímco tremor, nebo také třes, ztěžuje především úchop a stisk.



Nejčastějším typem třesu je třes intenční, dále posturální a kinetický. Intenční třes se objevuje před dosažením cíle. Tíže třesu je také jeden z hlavních faktorů ovlivňující každodenní činnosti. (Havrdová, 2013, s. 124-126)

### 1.3.2 Mikční a sexuální poruchy

Mikční a sexuální poruchy jsou často nediodnostikovány, pokud se na ně lékař aktivně nevyptá. Poruchy močení jsou nazývány zkratkou „LUTS“, což znamená symptomy dolních močových cest. Dělíme je na symptomy jímací, mikční a postmikční. Mezi jímací příznaky patří:

- polakisurie – časté nucení na moč, močení malých dávek moči,
- nykturie – noční močení,
- urgence – nucení na moč,
- urgentní inkontinence – inkontinence u syndromu hyperaktivního močového měchýře,
- stresová inkontinence – inkontinence bez kontrakce detruzoru, při zvýšení abdominálního tlaku,
- smíšená inkontinence.

Mikční příznaky jsou: slabý proud moči, rozstříkávání proudu, přerušovaný proud moči, obtížné spouštění močení, retardace startu mikce, terminální dribling. Pocit neúplného vyprázdnění měchýře a postmikční dribling, tedy únik malého množství moči bezprostředně po vymočení patří k postmikčním příznakům. (Havrdová, 2013, s. 126-127)

Klinický obraz je variabilní a individuální. Dysfunkce mikčního procesu může být následkem neurogenní hyperaktivity detruzoru, hypokontraktility detruzoru nebo při uretrální dysfunkci nazývané detruzoro-sfinkterová dyssynergie. (Havrdová, 2013, s. 128)

Při neurogenní hyperaktivitě detruzoru dominuje polakisurie, urgence a nykturie. Hypokontraktilita detruzoru se projevuje retardací mikce, prolongovanou nebo přerušovanou mikcí, slabým proudem moči a přítomností postmikčního rezidua v močovém měchýři. Detruzoro-sfinkterová dyssynergie má celou škálu příznaků od inkontinence, obstrukční mikce vedoucí k častým infekcím a také litiáze v močovém měchýři, až po vznik retence moči. (Havrdová, 2013, s. 128). Havrdová (2013) udává, že tyto obtíže se objevují u 60-70 % pacientů. Dále říká, že 60 % pacientů má mikci synergní a 30-80 % nemocných má mikční dyssyngii.

Postižení nervových drah řídící sexuální funkce může mít negativní vliv na partnerské soužití nebo dokonce i na početí. U žen bývá typická porucha orgasmu, snížení libida a vzrušivosti, poruchy lubrikace. Muži mívají problém s erekcí, poruchu orgasmu, snížení libida a také snížení hladiny hormonu testosteronu. (Havrdová, 2013, s. 130-131). Havrdová (2013) říká, že je nutné se aktivně na tyto obtíže ptát, vzhledem k tomu, že je to citlivé a intimní téma.

### 1.3.3 Neuropsychiatrické symptomy

První skupinou neuropsychiatrických příznaků jsou poruchy emotivity, nálady a chování. Vališ a Pavelek (2018) udává, že prevalence deprese u pacientů s RS je více než 50 %. Dále, že se deprese vyskytují třikrát až desetkrát více než u zdravé populace. Nejčastěji pacienti trpí úzkostmi a depresemi doprovázené nespavostí, nechutenstvím, sníženou koncentrací pozornosti a mnestickými poruchami. Tyto příznaky mohou být tedy doprovodné nebo i přímo důsledkem samotného onemocnění. Neléčená deprese může progredovat do stavu, kdy se pacient cítí beznadějně, izoluje se od okolí a v závažných případech přichází i suicidální myšlenky. Mezi další poruchy patří: bipolární afektivní porucha, emoční labilita a méně často se vyskytují i psychotické příznaky. (Vališ, Pavelek, 2018, s. 79-81)

Druhou skupinou jsou kognitivní poruchy. Tyto poruchy jsou opět jedním z hlavních ukazatelů při hodnocení invalidity pacienta. Nejčastější jsou poruchy učení, pozornosti, zpracování informací a paměti. Bývá narušena pracovní, sémantická a epizodická paměť. To způsobuje problémy s uchováváním nových informací a výbavností. Procedurální paměť bývá zachována. Zasaženy bývají exekutivní funkce. Myšlení bývá zpomalené, se sníženou schopností abstrakce. (Vališ, Pavelek, 2018, s. 82-83)

## 1.4 Diagnostika

Havrdová (2015) říká, že „základním diagnostickým požadavkem je průkaz diseminace procesu v čase a prostoru“. Platná diagnostická kritéria, která se používají, jsou McDonaldovy kritéria. Tyto kritéria jsou založena na obrazu magnetické rezonance, klinických příznacích a je nutné doložení minimálně jedné ataky objektivním nálezem. Objektivním nálezem je například vyšetření oka postiženého optickou neuritidou. (Havrdová, 2015, s. 41)

Magnetická rezonance je metoda, která zobrazí ložiska demyelinizace. Využívá se přitom gadolinia jako kontrastní látky. Tyto ložiska jsou nejčastěji lokalizována perivektrikulárně,

v mozkovém kmeni, juxtakortikálně nebo v míše. Nález jednoho ložiska ve dvou z uvedených lokalizací prokazuje diseminaci onemocnění. (Havrdová, 2015, s. 43)

Magnetická rezonance a diagnostická kritéria umožnila vytvořit algoritmus, ve kterém lze stanovit diseminaci v prostoru i čase. (Havrdová, 2015, s. 43). Rozhodovací diagnostický algoritmus nám říká, že

- diseminace v prostoru je dána jednou lézí či více lézemi alespoň v jedné z typických lokalizací,
- diseminace v čase je dána současnou přítomností asymptomatické gadolinium vychytávající a gadolinium nevychytávající léze nebo
- diseminace v čase může být dána i novou T2 nebo gadolinium vychytávající lézí na dalším vyšetření magnetickou rezonancí. (Havrdová, 2015, s. 45)

Dalším vyšetřením v diagnostickém postupu a také zlatým standardem je vyšetření mozkomíšního moku. Vyšetření se provádí ambulantně atraumatickou jehlou. Tato jehly zabraňuje vzniku postpunkčního snížení tlaku v likvorových cestách, a s tím spojeným obtížím. Nejdůležitější je průkaz oligoklonálních páسů izoelektrickou fokusací. Tato metoda potvrdí tvorbu oligoklonálních protilátek za hematoencefalickou bariérou. Při této metodě je nutné porovnání s hodnotou oligoklonálních protilátek v séru. (Havrdová, 2015, s. 46-47)

## 2 RESILIENCE

Autoři nazývají pojmem resilience i termíny jako nezdolnost, hardiness, pozitivní adaptace či psychická houževnatost.

Paulík (2010) uvádí pojem hardiness, který znamená „*tuhost, pevnost, zdatnost, nezdolnost, zocelenost čili schopnost vytrvale a usilovně bojovat s těžkostmi.*“ Hlavními složkami hardiness jsou se svým protipólem: kontrola-bezmocnost, výzva-hrozba a osobní zaujetí s odčizením. Z toho vyplývá, pokud má jedinec rozvinuté všechny komponenty hardiness, můžeme o něm říci, že na sebe pohlíží jako na aktivního účastníka dění, do kterého může zasáhnout a ovlivnit ho. Pokud jsou některé charakteristiky nevyvinuté, pro jedince je charakteristická bezmoc a beznaděj v obtížných situacích. (Paulík, 2010, s. 108-109)

Vašina (2009) pojem hardiness uvádí jako součást kognitivní psychologie. Ten říká, že tento termín „*vznikl jak pokus o vysvětlení, proč někteří lidé s vysokým skórem životních událostí jsou rezistentní vůči onemocnění.*“ Uvádí, že je to schopnost vnímat situace v okolí daného jedince jako výzvy a možnost dalšího rozvoje osobnosti.

Křivohlavý (2009) užívá pojem nezdolnost v pojetí resilience, koherence a v pojetí hardiness. Nezdolnost v pojetí resilience znamená pružnost, houževnatost, schopnost se rychle vzpamatovat. Z latinského překladu zní: obnovený útok. Nezdolnost v pojetí koherence znamená smysl pro integritu.

Vašina (2009) charakterizuje soudržnost osobnosti jako soubor tří dimenzí. Patří tam srozumitelnost, smysluplnost a zvládnutelnost. Srozumitelností míní kognitivní tendence vidět svět jako celek, který má smysl a řád. Smysluplnost znamená aktivní postoj v řešení situací, protože jedinec věří, že to stojí za to, aby situace řešil. Třetí dimenzí je zvládnutelnost, která zastupuje motivační stránku osobnosti. Říká, že jedinec koná ze své vlastní iniciativy.

### 2.1 Pojetí resilience

Povahu resilience či její pojetí může být vyjádřeno následovně:

- resilience jako proces
- resilience jako osobnostní vlastnost
- resilience jako komplex vnitřních a vnějších faktorů
- resilience jako vztahová záležitost
- resilience jako výsledek adaptace (Novotný, 2015, s. 16)

### 2.1.1 Resilience jako proces

Resilience je dynamický proces adaptace na nepřízeň osudu, schopnost zvládat nepříznivé situace a překonávat krize. Tento proces zahrnuje i vyrovnání se s chronickým onemocněním, stářím, následnou péčí, ztrátou životních rolí nebo také se ztrátou blízkých osob. Resilience se vyvíjí během života, může se měnit v návaznosti na tíži nepříznivé situaci či vnějších okolnostech. (Resnick, Gwyther a Roberto, 2011, s. 1-2)

Resilience může být chápána jako psychický jev, který se dynamicky mění a rozvíjí. Důležitá je plasticita, tedy pružnost – schopnost se přizpůsobit. Výsledkem rozvinuté resilience je efektivní coping, ovládnutí situace a návrat do rovnováhy. (Paulík, 2010, s. 104)

Paulík (2010) říká, že „z interaktivní perspektivy je pro adaptaci rozhodující kvalita interakce osobnosti a prostředí.“ Osobnost má aktivní úlohu a využívá svých schopností, dovedností, znalostí, zkušeností i situačních možností ke zvládnutí zátěžové situace.

### 2.1.2 Resilience jako osobnostní vlastnost

V této oblasti dominují následující koncepty. Pocit kontroly, který souvisí s postojem ke copingové strategii. Dalším konceptem je tzv. ego-resiliency. Ten popisuje schopnost se dynamicky adaptovat na měnící se okolnosti. Dále mezi tyto koncepty patří hardiness ve smyslu souboru postojů, které vedou k resilienci. (Novotný, 2015, s. 17-18)

### 2.1.3 Resilience jako souhrn faktorů

Novotný (2015) říká, že s chápáním lidské odolnosti se změnil pohled na resilienci jako na multidimenzionální konstrukt. V tomto pojetí je resilience myšlena jako komplex osobnostních a sociálních či environmentálních faktorů. Tento pohled umožňuje popsat role v procesu adaptace, ale nemá schopnost vysvětlit podstatu a proces resilience.

### 2.1.4 Resilience jako vztahová záležitost

Tento koncept vychází z teorie vztahové kompetence, která říká, že „veškerý psychický růst se děje v rámci vztahů a směrem ke vztahům, a že stažení se ze vztahu do izolace je zdrojem řady psychických problémů.“ Vztahová kompetence je definována efektivností interakce daného jedince. Obsahuje pět komponent: emocionalita, racionalita, aktivita, všímavost a kontext. Socio-emocionální opora umožňuje jedinci se v potřebných chvílích adaptovat a překonat stresující situace. (Novotný, 2015, s. 19)

### 2.1.5 Resilience jako výsledek adaptace

Resilience může být také chápána jako výsledek adaptace. V tomto pojetí se jako výsledek myslí sledování přítomnosti či nepřítomnosti nežádoucích následků v porovnání s působícím inzultem. To by znamenalo, že například jedinci, kteří mají po inzultu posttraumatickou poruchu, nejsou resilientní oproti těm, kteří po inzultu poruchu nemají. V tomto pojetí je nutné zkoumat nejen samotné důsledky, neboť to ve skutečnosti o samotné resilienci nevypovídá. (Novotný, 2015, s. 20)

## 2.2 Zdroje resilience

Pojmem zdroje resilience jsou myšleny jednotlivé faktory, které podporují schopnost čelit životním situacím. Na zdroje můžeme pohlížet ve třech rovinách. V rovině obecné hrají roli obecné charakteristiky osobnosti. Druhá rovina zahrnuje simplexní teorie psychické odolnosti. Třetí rovinou je komplexní multifaktorové pojetí resilience. (Novotný 2015, s. 21)

Charakteristika osobnosti, která hraje roli v resilienci jedince, je především temperament. Temperament má několik dimenzí. Mezi dimenze, které se uplatňují v regulaci reakcí, patří extraverte, sociabilita a adaptabilita. Kognitivní schopnosti a také přijímání sociální opory jsou dalšími silnými prediktory resilience. (Novotný, 2015, s. 21-22)

Novotný (2015) udává, že „*osobnost (resp. její vybrané charakteristiky a vlastnosti) formují, ovlivňují a/nebo produkují (alespoň do určité míry, příp. v synergii s vnějšími vlivy) resilienci (či resilientní projevy) člověka.*“

Vzdělání a učení se je důležité při rozvoji osobnosti, a také při osvojování copingových stylů a získávání vlastní hodnoty. Školní resilience poskytuje pocit vlastní kompetence, možnost vyzkoušet si bojovat o úspěch a zvládnout různé úkoly. Mimo to škola působí jako motivační činitel a umožňuje kompenzovat nedostatky vyplývající z jiných znevýhodnění. Důležitý je také kontakt se sourozenci, přáteli a kamarády. (Novotný, 2015, s. 23-24)

Pod simplexní teorií osobnosti patří například teorie hardiness, zmíněná výše. (Novotný, 2015, s. 26)

Podstatou multifaktorového pojetí je, že se na resilienci podílí řada vnitřních a vnějších faktorů a vlivů. Mezi vnitřní faktory patří osobnostní dovednosti a kompetence, schopnost sociálního fungování a pozitivní pojetí sebe a života. Mezi vnější vlivy patří vlivy vázané na

vztahy v nejbližším okolí (rodina a vrstevníci) a vliv širší společnosti, včetně případového vlivu kultury. (Novotný, 2015, s. 30)

### 2.3 Coping

Při rozlišování zátěže a stresu je nutné vymezit pojmy adaptace a coping. Coping znamená vědomý a aktivní způsob zvládnání stresu, zatímco adaptace se vztahuje k zvládnání samotné zátěže. (Paulík, 2010, s. 79)

Paulík (2010) uvádí, že „*coping představuje stabilizující faktor, jenž může pomoci udržovat psychosociální adaptaci během stresuplné epizody.*“

Existují dvě základní strategie copingu: coping zaměřený na problém a coping zaměřený na emoce. Výběr strategie závisí na vyhodnocení situace. Coping zaměřený na problém bude zvolen, pokud subjekt vyhodnotí, že v dané situaci je možno něco dělat. Pokud bude situace vyhodnocena s výsledkem, že se nedá nic dělat, převládne coping zaměřený na emoce ve snaze se vyhnout myšlenkám na ohrožení. (Paulík, 2010, s. 80)

V rámci copingu jsou vymezené kromě strategií i styly a taktiky. Křivohlavý (2002) uvádí sedmero stylů zvládnání zdravotních těžkostí.

1. Autismus – zaměření se k vlastní osobě, vnitřní emigrace, tvorba náhradního vnitřního světa,
2. robinzonovství – boj se svým utrpením jako boj s nepřítelem,
3. kompenzace – vyrovnávání se se situací náhradním cílem,
4. překompenzování ztráty – změna pozornosti v jinou aktivitu v nadměrném množství,
5. dobrovolné podstupování rizika a utrpení – postavení se těžkostem vstříc v naději ve zlepšení,
6. směna – z ekonomického hlediska, i v informační či duchovní rovině a
7. dialog – svěřit své těžkosti druhé osobě.

Taktika neboli způsob jak postupovat udává dílčí kroky k vytyčenému cíli. V pojetí zvládnání zátěže, stresu či životní těžkosti udává Křivohlavý (2002) následující taktiky: relaxace, dechová cvičení, imaginace, meditace, poslech hudby, čtení beletrie, humor a poskytování sociální opory.

Další taktikou mohou být autogenní tréninky či reflexní terapie. Autogenní tréninky jsou na podkladě motivace, která má původ v sobě samém. (Halová, 2007, s. 96)



### 3 PSYCHOLOGIE ZVLÁDÁNÍ NEMOCÍ

Životní situace jsou zpracovávány subjektivně v závislosti na životnímu a situačnímu kontextu. Každá osoba je jedinečná ve svém projevu psychických potencií, interakčním systému a také v osvojování si nových zkušeností. Individuální životní praxe utváří psychiku osobnosti. Psychika osobnosti je relativně uzavřený systém, která má svůj vlastní pohled na realitu. Současně je to systém otevřený, který subjektivně reaguje na nové situace a zkušenosti.

S diagnózou dostává daná osoba novou životní roli a to roli pacienta. Očekává se, že postoj pacienta k nemoci bude pozitivní, ve smyslu snahy dělat maximum pro zlepšení. Tak, aby byla co nejméně ovlivněna kvalita a standardy jeho života. A především, aby se pacient vyhnul komplikacím svého onemocnění nebo je oddálil. K tomuto je potřeba vnitřní síly a bojovnosti, kterých v některých případech pacienti nemají dostatek.

#### 3.1 Boj pacienta s nemocí

Každá osoba, která se poprvé setká se svou nemocí a vyřkne se její diagnóza, získává svou novou životní roli. Tato životní událost je psychicky náročná nejen na vlastní přijetí diagnózy, ale také na nutnost přijmout veškerá opatření, a na zařízení veškeré péče buď ze strany rodiny, nebo obstarat péči sociální. Přijetí diagnózy chronického onemocnění je událost, která zásadně mění život pacienta. Jeden z konceptů je kognitivní model boje s nemocí – model sebeřízení, který klade důraz na myšlenkovou stránku psychiky. Model sebeřízení pohlíží na zdraví jako na normu, a jakékoli vychýlení z normy pohlíží jako na problém. Tudíž nemoc vidí jako problém, který je třeba řešit. Teorie řešení problému je třífázový proces, který začíná interpretací situace. Pacient se snaží najít podstatu problému a analyzuje svoji nynější situaci. Informace přichází ze dvou zdrojů, a to percepce a sociální komunikací. Následuje vlastní proces zvládnutí situace a hledání postupů, jak se navrátit k normálnímu stavu. Přístupem jsou buď aktivní strategie, kdy pacient sám přistupuje k řešení nebo vyhýbavé strategie. Pacient přistupuje na vyhýbavé strategie v situacích, kdy si nepřipouští závažnost situace a utíká před řešením. Nakonec dochází k vyhodnocení účinnosti použitých prostředků a výsledku. V reálných situacích se mohou některé fáze za sebou opakovat. Například, když pacient hledá a zkouší různé metody léčby. Nebo když zjistí, že zvolená metoda léčby neměla takový úspěch, hledá další možnosti jak dosáhnout své rovnováhy. (Křivoň, 2002, s. 33-36)

Role pacienta není jedinou změnou, se kterou je potřeba se vyrovnat. Dochází ke změně osobní identity pacienta. Se svou novou rolí se mění i prostor a soubor lidí, v němž se pohybuje. Důležitá je změna perspektivy spojená s prognózou nemoci. I když je pacient dlouhodobě nemocný a neví o své nemoci, tak se s vyřčením diagnózy jeho život změní. Diagnóza ovlivní jeho psychický stav, protože mimo jiné s tím souvisí i nejasnosti v diagnóze. Dále je kladen nátlak v rozhodování, například v postupu léčby nebo rozhodování při změnách v osobním životě. Pacient je vlastně nezkušený ve své nové roli a situace jsou pro něho nové. Mohou být nejasnosti v pohledu na příčiny vzniku nemoci, na její průběh a prognózu. (Křivohlavý, 2002, s. 37)

Fáze, kterými pacient prochází od seznámení s diagnózou k zahájení vlastního boje s nemocí, můžeme také interpretovat jako čtyři etapy procesu boje s nemocí. V iniciální fázi při zjištění diagnózy může mít pacient šok, tedy psychické ustrnutí a zděšené chování. Tato reakce je obranná, jde o mentální odpoutání od reality. Po šoku dochází k psychickému návratu do skutečnosti. V této fázi má pacient negativní emoce a neuspořádané myšlenky. Pociťuje hněv, strach, žal, bezmoc a je velmi rozrušený. Následuje vědomé mentální osamění, tedy stažení se do sebe, popření a tím i mentální ulehčení situace. Pacient má prostor pro reorientaci ve své situaci a přichází na řadu tvorba programu k řešení krize. (Křivohlavý, 2002, s. 36-37)

Teorie kognitivní adaptace říká, že na počátku extrémních situací je základní potřebou a vnitřní pohnutkou vědět, jaká byla příčina toho, co se stalo a jaká bude budoucnost. Snaha zjistit příčinu je velmi intenzivní. Pro uspokojení této potřeby je nacházeno více možností, které jsou reálné, ale i nepravděpodobné. K uspokojení a vyrovnání se se situací je potřeba najít nějaký a jakýkoliv důvod či příčinu svého stavu. Po této fázi hledání následuje další otázka, a to otázka ohledně budoucnosti. Dochází k hlubokému uvědomění si sama sebe, svého dosavadního života a přehodnocení hierarchie hodnot. Často dochází k prohloubení sebepojetí a změna ve směru vyššího stupně osobnostní zralosti. Další postup se odvíjí od vlastní snahy sebeovládání. K tomu je nutná motivace, mít smysluplný cíl, který bude provázet další rozhodování a činy. Ve většině případů dochází k devalvací, tedy snížení hodnoty člověka ve vlastních očích. V tomto případě je nutné posilovat pozitivní aspekty a motivovat. Člověk se musí vnitřně vyrovnat a přijmout svou novou roli, aby vznikla nová rovnováha. (Křivohlavý, 2002, s. 39)

### 3.2 Role pacienta

Léčba je základním pilířem každého onemocnění. Na úspěšnosti léčby závisí hned několik faktorů. V první řadě je to vztah pacienta s lékařem. Tento vztah musí být profesionální, ale zároveň se utváří i psychosociální rovina. Pacient potřebuje mít důvěru ve svého ošetřujícího lékaře, mít v něm oporu a zároveň mít zkušeného průvodce jeho onemocněním. Empatie, přístup obou a medicínské znalosti lékaře jsou základními stavebními kameny vztahu. Lékař je průvodcem a rádcem již od prvního seznámení, přes sdělení diagnózy a následnou léčebnou péči. Dalším důležitým úkolem lékaře je být pacientovi oporou. Pacient vyhledává a potřebuje nejen somatickou úlevu, ale také psychickou podporu. (Křivohlavý, 2002, s. 66)

Dalšími faktory jsou adherence a compliance. Adherence znamená věrně respektovat to, co bylo přikázáno. Compliance je ochota vyhovět tomu, co se chce a žádá. Znamená poslušnost v dodržování léčby. Tyto dva faktory jsou proměnné především na straně pacienta, na jeho disciplíně a motivaci se léčit. Nicméně záleží i na tom, jak lékař dokáže vysvětlit postup léčby a zda tomu pacient doopravdy porozuměl. (Křivohlavý, 2002, s. 41)

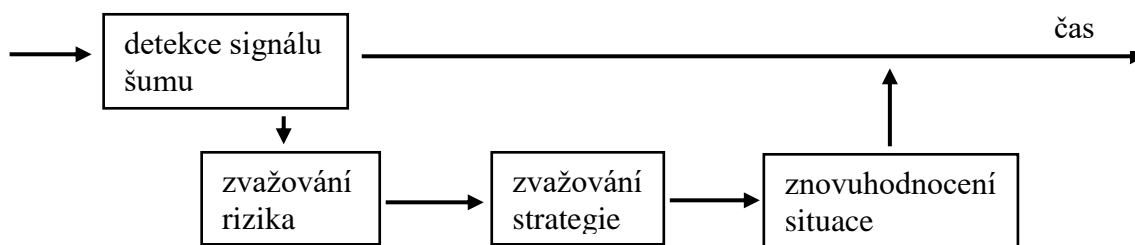
Vztah je dynamický proces, který se mění v čase. Důležitou roli hraje jak verbální, tak i neverbální komunikace, první dojem, empatické chování lékaře a vzájemná komunikace. Pokud již na počátku má pacient důvěru k lékaři, může být průběh kooperace mnohem jednodušší. Spolupráce a otevřenost vede k lepším výsledkům, nejen z lékařského ale i psychologického hlediska. Situace se může komplikovat na straně pacienta. Pokud dojde ke komplikacím, zhoršení stavu fyzického či psychického, tak se rovnováha vztahu může vychýlit. Silnou stránkou lékaře musí být trpělivost a úroveň jednání s pacientem. Když se tyto hodnoty naruší nějakým inzultem, může dojít k narušení rovnováhy vztahu. Dalším inzultem může být rozpor v názorech. V dnešní době jsou dostupné medicínské i laické informace na internetových stránkách a může vzniknout rozpor v názorech pacienta a lékaře. Vyhledávané informace mohou být v tom lepším případě odborné, ale existují také zdroje plně emočně zabarvených subjektivních zkušeností. V této situaci je nutno vyslechnout si pacientův názor, rozebrat jednotlivé přístupy k dané problematice a dojít ke společnému závěru. (Křivohlavý, 2002, s. 68-69)

### 3.2.1 Zvládání nemoci

Kvalita života chronicky nemocného pacienta je jeden z ukazatelů, který může pomoci nahlédnout a porozumět pacientovým prožitkům a osvětlit jeho životní přístup k nemoci. Teorie seberegulace, tedy snaha dosáhnout osobních cílů je ústřední hybnou silou v životě každého jedince. Každý jedinec si vytváří cíle a snaží se jich dosáhnout. V tomto konání může dojít k uspokojení, frustraci nebo dekompenzaci. Při splnění vlastního cíle dochází k uspokojení a naopak, když se vyskytnou překážky v dosažení daného cíle, dojde k frustraci. (Křivohlavý, 2002, s. 96)

Dekompenzace nastává, pokud jedinec z nějakého důvodu nedokáže pohotově reagovat na změny, přiměřeně reagovat na vzniklé situace a aktivně se jim přizpůsobovat. Existují tři možnosti rozuzlení dekompenzace. První možností je prověřování a posuzování pravděpodobnosti nadějného zvládnutí daného nepříznivého stavu. Nebo dojde k rozhodnutí zkusit všechny různé strategie a dostat se o krok blíž k cíli. Negativní přístup je poslední možností. Po vyhodnocení situace dojde k závěru, že není naděje na zvládnutí daných těžkostí a sejde z cesty ke svému cíli. (Křivohlavý, 2002, s. 96)

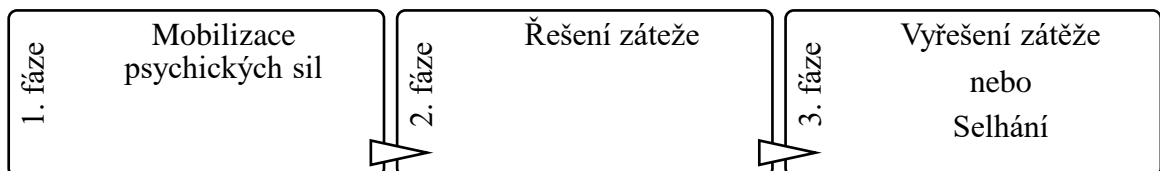
Existuje obecný model zvládání těžkých zdravotních situací. Tento model má tři fáze: primární hodnocení, sekundární hodnocení a přehodnocení situace. Na obrázku 2 jsou zobrazené jeho jednotlivé fáze a jejich propojení. Pro první fázi je charakteristické zhodnocení negativních jevů, které vznikají na podkladě strachu, obav a pocitů ohrožení. Sekundární hodnocení je zhodnocení všech pozitivních faktorů. Například dostupná péče, dostupné léčivé přípravky a léčebné postupy. Pokud převýší pozitivní přístup nad negativním, nastává třetí fáze – přehodnocení situace. (Křivohlavý, 2002, s. 97-98)



Obrázek 2. Obecný model zvládání těžkých životních situací, vlastní zpracování, (Křivohlavý, 2002, s. 98)

### 3.2.2 Nespecifické změny v psychice

Proces psychické adaptace na zátěž je aktivním procesem obnovování rovnováhy. Tento proces sestává z typických fází s příznačnými nespecifickými změnami v psychice. Na obrázku 3 je graficky znázorněna kontinuita jednotlivých fází. Na počátku je fáze mobilizace psychiky. Aktivace psychického napětí mívá zpočátku neurčitý charakter a vyvíjí se v příznačné optimistické naladění, příznačnou vysokou excitaci nebo situačně invokovaný psychický útlum. Psychické napětí je základem pro tvorbu vnitřních předpokladů na řešení zátěžové situace a mobilizaci vnitřních rezerv organismu. Druhá fáze je charakteristická aktivním řešením zátěže. Mobilizace psychiky může ústít do potřeby poznat a řešit problém, nebo do pasivního prožívání. Dále může směřovat do racionálního postavení, kdy osoba nejedná pod vlivem emocí a dokáže na základě poznání a pochopení zvolit správné postupy. Nebo může ústít v aktivní přístup ve snaze uvolnit tenzi a koordinovat úsilí a činnosti vedoucí k rovnováze. Pokud nedojde ani k jedné z těchto variant, dochází k reakcím pod tlakem a nekoordinovaným činnostem a postižený teoreticky nedojde k této druhé fázi adaptace. Třetí fáze začíná nalezením a realizací postupu k řešení zátěžové a znovuobjevení své rovnováhy. Při vyřešení psychické zátěže nastupuje buď uspokojení s euforií, nebo nastupuje vyčerpání. (Mikšík, 2009, s. 36-38)



Obrázek 3. Linie nespecifických změn v psychice, vlastní zpracování, (Mikšík, 2009, s. 36)

### 3.2.3 Kvalita života

Kvalita života je subjektivní a individuální hodnota či charakteristický rys. Každá osoba má jiný žebříček hodnot a má různou představu o štěstí a zdraví. Postoj a pohled na tyto hodnoty se mění s událostmi v životě a také především když člověk onemocní. Na druhou stranu na kvantitu života je pohlíženo jako na délku života. Kvantita je vyjádřena číselně jako doba existence, například v letech. Na kvalitu života je možno pohlížet ve třech různých rovinách. Makro-rovina je zaměřena na velké společenské celky s ohledem na morální hodnoty a politické úvahy. Mezo-rovina je na úrovni menších sociálních skupin. V této rovině je kladen důraz na morální hodnoty, sociální klima a vzájemné vztahy, na frustraci a uspokojení základních potřeb, dále také na sdílené hodnoty a sociální oporu. Tyto skupiny jsou například

ve škole, nemocnici, domově důchodců a jiných organizacích. Třetí rovina je definována jednoznačně. Je to rovina osobní, tedy rovina každého jednotlivce. Je individuální, subjektivní a založena na osobních hodnotách jedince. V této rovině dochází k subjektivnímu hodnocení kvality života, spokojenosti, zdravotního stavu, bolesti, trápení, naděje, očekávání a jiných hodnot. (Křivohlavý, 2002, s. 162-164)

## 4 SOCIÁLNÍ OPORA

Duševní život a zdraví patří mezi základní životní potřeby. Sociální oporou rozumíme pomoc člověku v rámci systému sociálních vztahů. Tato pomoc přichází, když je potřebována v těžkých životních situacích. Sociální opora je jedním z faktorů mající vliv v nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka. Na sociální oporu je možno pohlížet nejen jako na pomoc nejbližších, což je takzvaná mikroúroveň sociální opory, ale také ve smyslu skupiny, která je utvořena za smyslem pomoci osobám v tísní. Mimo jiné existuje také makroúroveň sociální opory, kdy v tomto pojetí jde o celospolečenskou formu. (Křivohlavý, 2009, s. 94-95)

Křivohlavý (2009) uvádí definici sociální opory: „*Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.*“

Paulík (2010) říká, že proces lidské adaptace je založen na interakci dvou systémů, a to osobnosti a prostředí. K nejdůležitějším vnějším vlivům, které působí na adaptační proces, se řadí tyto čtyři proměnné: životní události, drobné každodenní nepříjemnosti a radosti a sociální opora. Zdravé rodinné vztahy usnadňují adaptaci a pozitivně ovlivňují zdravotní stav. Sociální opora je důležitá také u pracovních profesí, které jsou emocionálně náročné a má preventivní vliv na syndrom vyhoření. (Paulík, 2010, s. 22-24)

Vašina (2009) udává definici ve znění: „*Sociální podpora je definována jako existence nebo přístupnost, blízkost osob, které mají k nám vztah, které mají o nás starost, cení si nás a mají nás rády.*“

Sociální opora je někdy popisována jako tzv. zmírňující nárazníkový vliv, tedy faktor omezující působení stresu. Tento tlumivý vliv se může uplatňovat několika způsoby. Například ovlivněním kognitivní sféry. K tomu patří informační pomoc, která může pomoci v boji se stresory. Nebo posílení sebeúcty ve smyslu zvýšení sebevědomí a sebehodnocení. Dalším způsobem může být volba vhodnější strategie či taktiky vůči stresoru ve smyslu aktivního přístupu nebo vyhýbání se stresoru. Posledním způsobem může být snižování negativního působení stresoru na fyziologické dění, tedy pomoc odborného zdravotníka. (Křivohlavý, 2009, s. 105)

## 4.1 Druhy sociální opory

Existují čtyři druhy sociální opory.

- Instrumentální je velmi konkrétní forma pomoci. Jedná se poskytnutí materiální či finanční podpory či asistenci. Iniciativa vychází ze strany pomáhajícího z jeho vlastní vůle.
- Informační opora je založena na dodání informací, které by mohly být nápomocny při řešení dané situace. Jedná se o rady osobní či profesionální založené na zkušenostech z podobných situací.
- Emocionální opora zahrnuje empatickou emocionální blízkost, laskavé jednání, náklonnost, dodání naděje, uklidnění při rozrušení a podobně.
- Hodnotící opora je posilování úcty, respektu, sebehodnocení a sebevědomí u postiženého člověka. Cílem je posílit jeho snahu autoregulace a povzbuzovat jeho víru a naději. (Křivohlavý, 2009, s. 97-98)

## 4.2 Teorie sociální opory

Křivohlavý (2009) uvádí základní teorie sociální opory, mezi které patří: teorie připoutání, teorie podpůrných sociálních vztahů a pojetí sociální opory jako nárazníku. Mezi další pojetí sociální opory patří pojetí v rámci opěrné sociální sítě, tedy souboru všech, kteří mají k danému jedinci podpůrný vztah. Dále v pojetí uspokojování sociálních potřeb nebo v rámci zvládání stresu.

### 4.2.1 Teorie připoutání

Teorie připoutání je založena na vazbě jednoho člověka k druhému, trvalé sociální vazbě a z toho na sociálním sepětí a lpění na tom druhém. Při odejmutí osoby a přerušení pevného vztahu mohou vznikat patologické úzkosti. (Křivohlavý, 2009, s. 100-101)

Křivohlavý (2009) tvrdí, že *„potřeba sociální opory je do určité míry sycena právě tímto faktorem – potřebou přátel v rámci vlastní sociální sítě“*

### 4.2.2 Teorie podpůrných sociálních vztahů

Teorie vychází z podpůrných sociálních vztahů, tedy z modelu vzájemných vztahů mezi lidmi. Tyto vztahy mají následující rysy: míra pomoci, hloubka vzájemných vztahů a míra



interpersonálních konfliktů. Podpůrné vztahy jsou například v rodině, manželství, přátelství nebo i ve skupinové psychoterapii. (Křivohlavý, 2009, s. 101)

### **4.3 Sociální síť a účinky sociální opory**

Soubor lidí kolem jedince, nebo také sociální síť jsou osoby, od kterýchž je možno očekávat určitou pomoc. Může to být rodina, přátelé či společenství založeno na sociálních vazbách. Důležitými faktory ovlivňující kvalitu struktury sociálních vztahů a vazeb je jejich reciprocita, intenzita a bohatost. (Křivohlavý, 2009, s. 95). Za obecný vliv sociální opory můžeme považovat pozitivní působení dobrých vzájemných vztahů, kde se uplatňují dva základní faktory. Jedním z těchto faktorů jsou osobnostní charakteristiky laskavosti a druhý je příznivý sociální faktor sítě sociálních vztahů. (Křivohlavý, 2009, s. 104)

Efektem sociální opory může být podpora vedoucí k vyhodnocení situace jako nestresující nebo může vést k přehodnocení či k potlačení nevhodné reakce, případně k usnadnění adaptivní reakce. (Vašina, 2009, s. 68)

Sociální síť a opora jsou základním pilířem pomoci dané osobě, když se nachází v tíživé situaci. Nicméně, mohou nastat i situace kdy se pozitivní vliv sociální opory mívá účinkem a vytváří závislost nebo ruší možnost řešení události nebo může vést k realizaci mocenské manipulace. Negativní pohled na pomoc může také způsobit na straně příjemce pocit ohrožení jeho sebeúcty, pocit bezmoci, jiná představa o vlastní autonomii, nebo pokud pomoc neodpovídá potřebám dané osoby. (Křivohlavý, 2009, s. 110-111)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODIKA

### 5.1 Vymezení cílů

Hlavním cílem bakalářské práce je zhodnocení psychosociálních aspektů u pacientů s roztroušenou sklerózou se zaměřením na vnímání resilience a sociální opory.

Stanovení cílů:

Cíl č. 1: Zhodnocení celkové míry resilience u skupiny pacientů s roztroušenou sklerózou.

Cíl č. 2: Zhodnocení celkové míry sociální opory u skupiny pacientů s roztroušenou sklerózou.

### 5.2 Charakteristika metody

Výzkum probíhal kvantitativní metodou technikou standardizovaného dotazníku, který byl vytvořen ve spolupráci s vedoucí práce PhDr. Pavlou Kudlovou, PhD. Dotazník sestává ze tří částí. (viz Příloha P I)

#### 5.2.1 První část dotazníku

Úvodní část dotazníku obsahuje vytvořené otázky na vybrané sociodemografické údaje a otázky na zdravotní stav a onemocnění respondenta s roztroušenou sklerózou.

Otázky č. 1 – 8 jsou zaměřeny na sociodemografické údaje. Konkrétně na pohlaví a věk respondenta, dále na rodinný stav, sociální status, dosažené vzdělání, sdílení domácnosti a na invalidní důchod.

Otázky č. 9 – 11 se týkají roztroušené sklerózy a příznaků této nemoci.

První část dotazníku obsahuje otázky: uzavřené dichotomické (otázky č. 1, 7, 10), otevřené (otázky č. 2, 9), polytomické výběrové (otázky č. 3, 4, 5, 6, 8) a polytomické výčtové (otázka č. 11).

#### 5.2.2 Druhá část dotazníku

Druhá část dotazníku je zaměřena na resilienci. Existuje metoda, MSIS-29, která měří přímo dopad onemocnění. (Hobart, 2001, s. 962). Pro účel měření celkové míry resilience byla vybrána standardizovaná škála RS scale – 14 item (Wagnild and Young, 2009). Původní

škála sestávala z 25 otázek, její zkrácená verze se skládá ze 14 položek, které jsou rozděleny do 5 tematických zaměření. Tyto zaměření jsou:

1. Soběstačnost – otázky č. 1, 5, 7, 12, 14
2. Smysluplnost – otázky č. 2, 9, 13
3. Vyrovnanost – otázky č. 3, 10
4. Vytrvalost – otázky č. 6, 8
5. Existenciální osamělost – otázky č. 4, 11.

Respondenti hodnotí výrok subjektivně na sedmibodové škále od 1 (rozhodně souhlasím) do 7 (rozhodně nesouhlasím). (Damásio et kol., 2011, s. 134)

Hodnocení výsledků míry resilience je dáno součtem všech položek. Celkový výsledek očekáváme v rozmezí hodnot 14 až 98. Velmi nízká resilience je v rozmezí hodnot 14-56, nízká resilience je v rozmezí 57-73, rozmezí hodnot 74-81 značí průměrnou míru resilience, střední míra resilience je v rozmezí 82-90 a velmi vysoká míra resilience je v rozmezí hodnot 91-98. (Losoi et kol., 2013, s. 4)

Dotazník byl přeložen PhDr. Pavlou Kudlovou, PhD. v roce 2016. (Kudlová, Hynčicová, 2017)

### 5.2.3 Třetí část dotazníku

Třetí část dotazníku je zaměřena na sociální oporu. Pro tuto část byl vybrán standardizovaný dotazník sociální opory MOS (Sheburne & Steward, 1991; Sherburne et al., 1992). Tento dotazník slouží pro hodnocení míry sociálního fungování a je určený pro obecnou populaci. Původní dotazník obsahoval 50 otázek, které byly redukovány na počet 19. Tyto otázky pokrývají 5 dimenzí sociální opory. Jsou to: emocionální, informační, hmotná, afektivní dimenze a sociální interakce. Z těchto pěti dimenzí byly odvozeny čtyři subškály: skutečná, hmotná podpora, láska, pozitivní sociální interakce a emocionální subškála, kdy emocionální a informační aspekty jsou hodnoceny společně. (Kožený, Tišanská, 2003, s. 137)

Do českého jazyka ho přeložili Jiří Kožený a Lýdie Tišanská v roce 2003. (Kožený, Tišanská, 2003, s. 143)

Pro zpracování a hodnocení byla použita česká verze, která obsahuje tři dimenze, které se nazývají praktická intervence, emocionální blízkost a chápající autorita. (Kožený, Tišanská, 2003, s. 141). Tyto subškály zahrnují otázky:

1. Praktická intervence – 1, 4, 11, 14
2. Emocionální blízkost – 5, 6, 9, 19
3. Chápající autorita – 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18

Respondenti posuzují jednotlivá tvrzení na Likertově pětibodové stupnici: (1) nikdy, (2) málokdy, (3) někdy, (4) většinou, (5) vždy. Celkový výsledek je hodnocen jako průměr bodů subškály. (Kožený, Tišanská, 2003, s. 137)

K vyhodnocení míry sociální opory jsem si Likertovu stupnici numericky převedla.

Stupnice:

- |              |  |
|--------------|--|
| (1) nikdy    | (1,00 – 1,99) – žádná sociální opora             |
| (2) málokdy  | (2,00 – 2,99) – nízká míra sociální opory        |
| (3) někdy    | (3,00 – 3,99) – střední míra sociální opory      |
| (4) většinou | (4,00 – 4,99) – velmi vysoká míra sociální opory |
| (5) vždy     | (5,00) – vysoká míra sociální opory              |

### 5.3 Charakteristika vzorku respondentů

Do průzkumu byli vybráni:

- pacienti s roztroušenou sklerózou (RS),
- pacienti docházející do Centra pro diagnostiku a léčbu RS při Neurologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc (dále jen FNOL),
- pohlaví nehrálo roli,
- věk: 18 let a výše,
- pacienti souhlasící s výzkumem.

### 5.4 Realizace výzkumu

Výzkum probíhal v centru pro diagnostiku a léčbu RS při neurologické klinice Fakultní nemocnice Olomouc. Vzhledem ke specifitě tohoto oddělení, mohli být dotazováni všichni docházející pacienti.

Forma dotazníkového šetření byla schválena Etickou komisí FNOL a vrchní sestrou Neurologické kliniky FNOL, viz příloha PII. Dotazníky byly rozdány ve výše uvedeném centru. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků. Vrátilo se 108 dotazníků, z toho 5 muselo být vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění všech tří částí dotazníku.

## **5.5 Zpracování dat**

Získaná data byla zpracována v programech Microsoft Word a Microsoft Excel. Data jsou zpracována ve formě tabulek a grafů na absolutní a relativní četnost.

Interpretace výsledků je rozdělena do tří částí podle struktury dotazníku. Nejprve jsou zpracovány data úvodní části dotazníku, poté míra resilience a míra sociální opory.

## 6 ZPRACOVÁNÍ DAT

### 6.1 První část dotazníku

Tato část je zaměřena na vybrané sociodemografické údaje a na onemocnění respondenta s roztroušenou sklerózou.

Otázky č. 1 – 8 jsou zaměřeny na sociodemografické údaje. Konkrétně na pohlaví a věk respondenta, dále na rodinný stav, sociální status, dosažené vzdělání, sdílení domácnosti a na invalidní důchod.

Otázky č. 9 – 11 se týkají roztroušené sklerózy a příznaků této nemoci.

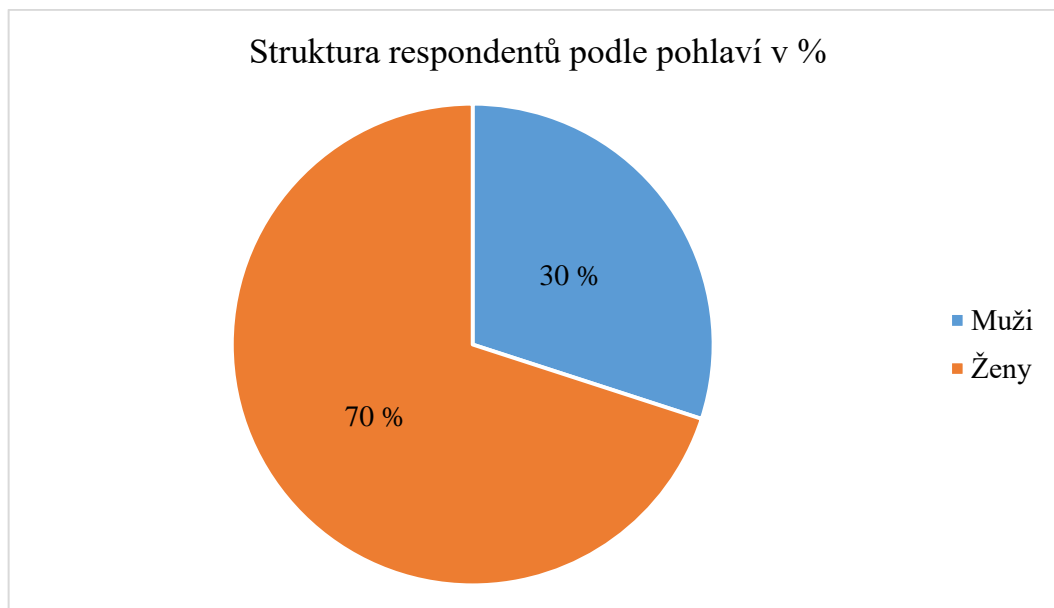
#### Otázka č. 1

První otázka rozřazovala respondenty podle pohlaví. V následující tabulce 1 jsou absolutní hodnoty počtu respondentů podle pohlaví. Na grafu 1 můžeme porovnat procentuální zastoupení mužů a žen.

Z celkového počtu 103 respondentů tvořilo 70 % žen a 30 % mužů. V absolutních hodnotách odpovídalo 72 žen a 31 mužů.

	<b>Absolutní počet</b>
<b>Muži</b>	31
<b>Ženy</b>	72
<b>Celkem</b>	103

Tabulka 1 Struktura respondentů podle pohlaví v absolutních číslech



Graf 1 Struktura respondentů podle pohlaví v %

**Otázka č. 2**

Na otázku č. 2 měli respondenti odpovědět svůj věk číslem. Průměrný věk respondentů je 42. Nejmladší respondent uvedl 22 let a nejstarší 71 let.

	<b>Průměr</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>Muži</b>	43,2		
<b>Ženy</b>	41,5		
<b>Celkem</b>	42,03	22	71

Tabulka 2 Struktura respondentů podle věku

**Otázka č. 3**

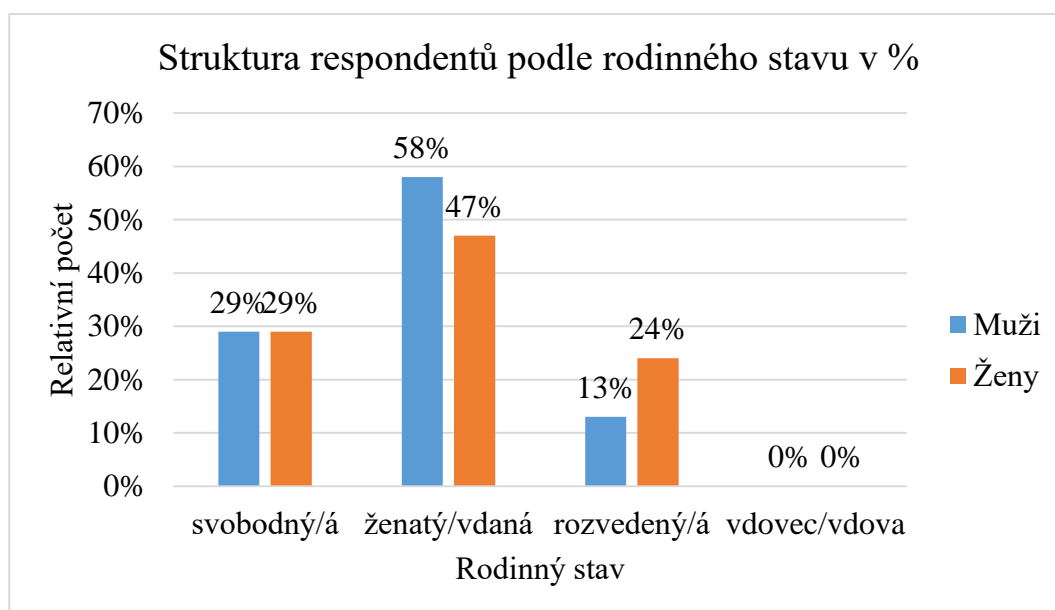
Otázka č. 3 byla zaměřena na rodinný stav. V grafu 2 jsou rozdělení zvláště muži a ženy a jejich absolutní počty podle rodinného stavu.

Můžeme pozorovat, že stejné procento mužů i žen uvedlo, že jsou svobodní. 58 % mužů uvedlo, že jsou ženatí, o něco menší procento žen – 47 % uvedly, že jsou vdané. Průměrně 18,5 % respondentů uvedlo, že jsou rozvedení. Žádný z respondentů není vdovec či vdova.



	Muži	Ženy
<b>svobodný/á</b>	9	21
<b>ženatý/vdaná</b>	18	34
<b>rozvedený/á</b>	4	17
<b>vdovec/vdova</b>	0	0

Tabulka 3 Struktura respondentů podle rodinného stavu v absolutních hodnotách



Graf 2 Struktura respondentů podle rodinného stavu v %

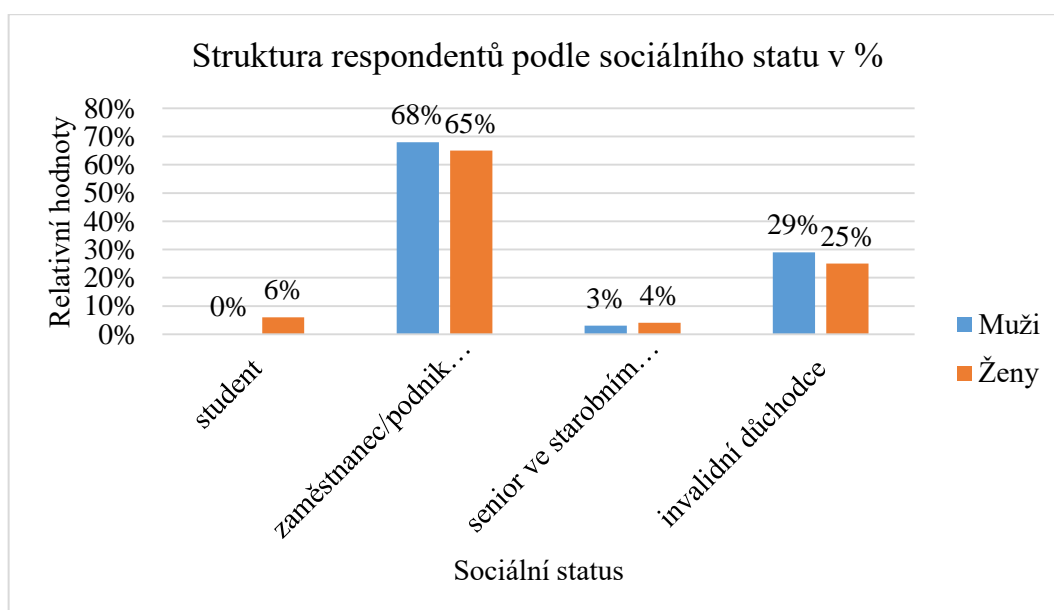
**Otázka č. 4**

V otázce č. 4 jsme zjišťovaly sociální status. Na výběr bylo ze čtyř možností, a to: student, zaměstnanec/podnikatel, senior ve starobním důchodu a invalidní důchodce. V následující tabulce 4 jsou absolutní hodnoty rozděleny podle pohlaví. V grafu 3 můžeme porovnat relativní hodnoty.

U mužů je zastoupení pracujících v počtu 21. Žen, které pracují je 47. Počet mužů v invalidním důchodu je 9, a žen 18. V relativních hodnotách můžeme porovnat zastoupení, které je velmi podobné. Pracujících je průměrně 66,5 % a v invalidním důchodu je průměrně 27 % u obou pohlaví. Oproti mužům jsou 4 ženy studentky.

	Muži	Ženy
student	0	4
zaměstnanec/ podnikatel	21	47
senior ve starobním důchodu	1	3
invalidní důchodce	9	18

Tabulka 4 Struktura respondentů podle sociálního státu v absolutních číslech



Graf 3 Struktura respondentů podle sociálního státu v %

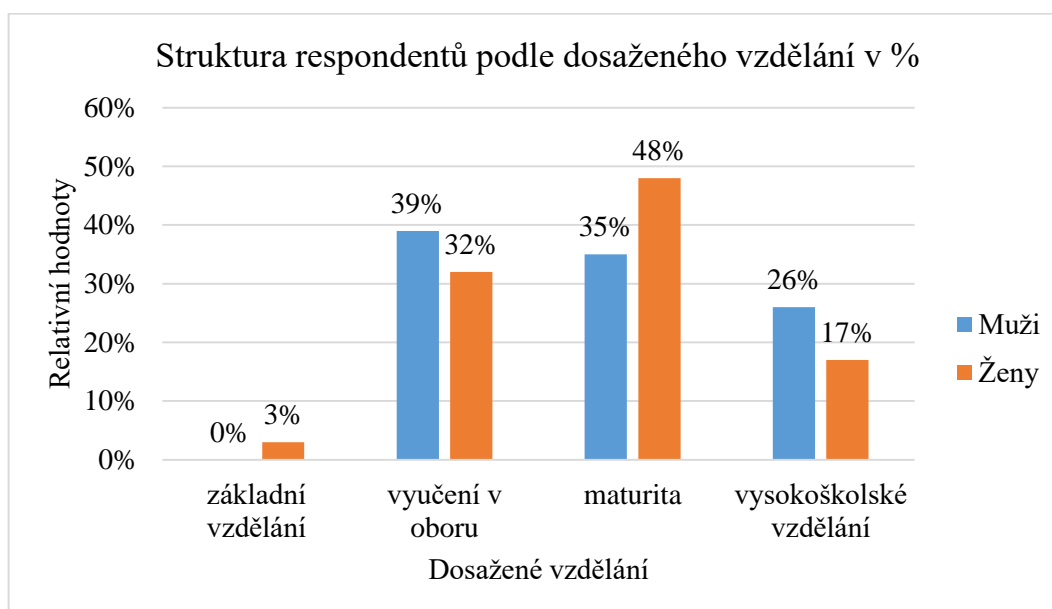
### Otázka č. 5

Otázkou č. 5 jsme se ptaly na dosažené vzdělání respondentů. Mohli odpovídat z následujících možností: základní vzdělání, vyučení v oboru, maturita nebo vysokoškolské vzdělání. V tabulce 5 jsou absolutní hodnoty rozděleny podle pohlaví. V následujícím grafu 4 je relativní zastoupení mezi muži a ženami.

48 % žen má zakončené studium maturitou, 32 % žen je vyučeno a 17 % žen má vysokoškolský titul. Muži jsou častěji vyučeni – 39 % a mají vysokoškolské vzdělání v 26 %. 35 % mužů má zakončené studium maturitou. Dvě ženy uvedly, že mají základní vzdělání.

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
<b>základní vzdělání</b>	0	2
<b>vyučení v oboru</b>	12	23
<b>maturita</b>	11	35
<b>vysokoškolské vzdělání</b>	8	12

Tabulka 5 Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání v absolutního hodnotách



Graf 4 Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání v %

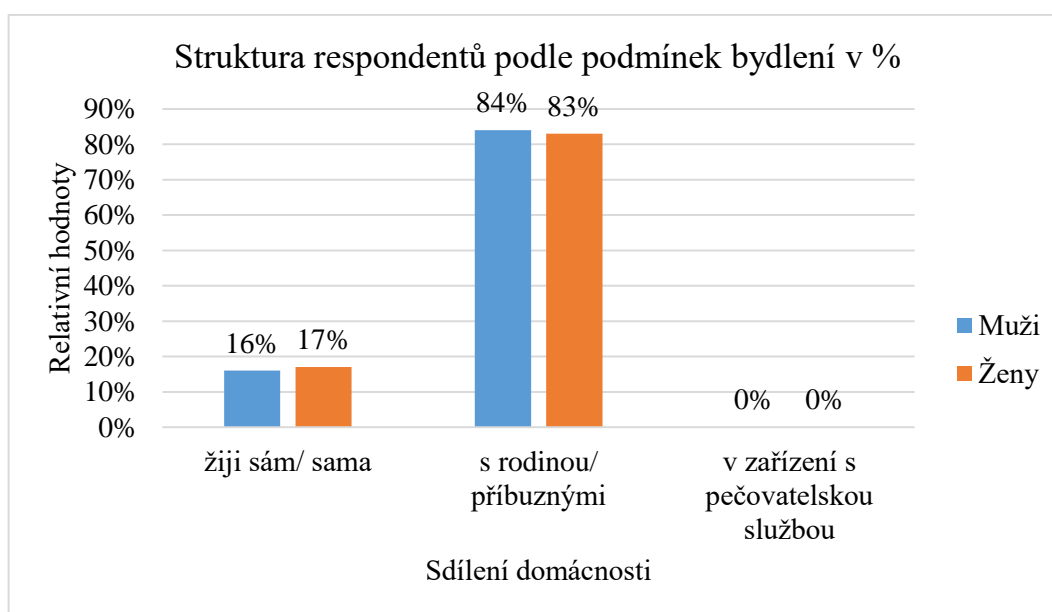
### Otázka č. 6

Otázka č. 6 zjišťuje podmínky bydlení respondentů. Zajímalo nás, zda respondenti žijí sami, s rodinou nebo příbuznými nebo v zařízení s pečovatelskou službou. Následující tabulka 6 obsahuje absolutní hodnoty rozděleny podle pohlaví. V grafu 5 můžeme porovnávat relativní hodnoty.

Muži i ženy odpovídali přibližně stejně. Pouze 16,5 % respondentů bydlí sami. Většina – 83,5 % respondentů bydlí s rodinou nebo příbuznými. Nikdo z respondentů nebydlí v zařízení s pečovatelskou službou.

	Muži	Ženy
žiji sám/ sama	5	12
s rodinou/ příbuznými	26	60
v zařízení s pečovatelskou službou	0	0

Tabulka 6 Struktura respondentů podle podmínek bydlení v absolutních hodnotách

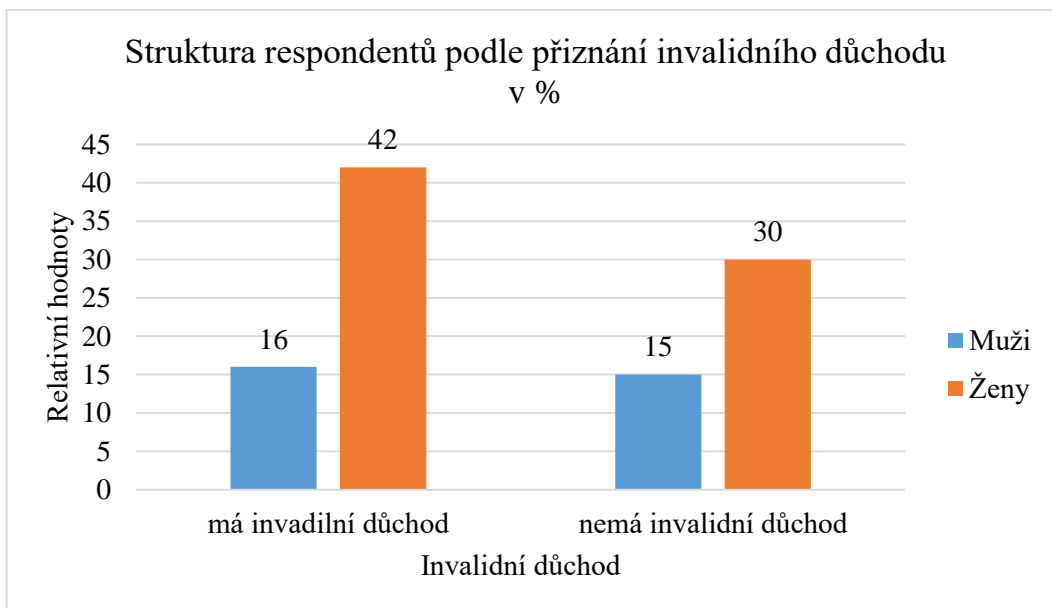


Graf 5 Struktura respondentů podle podmínek bydlení v %

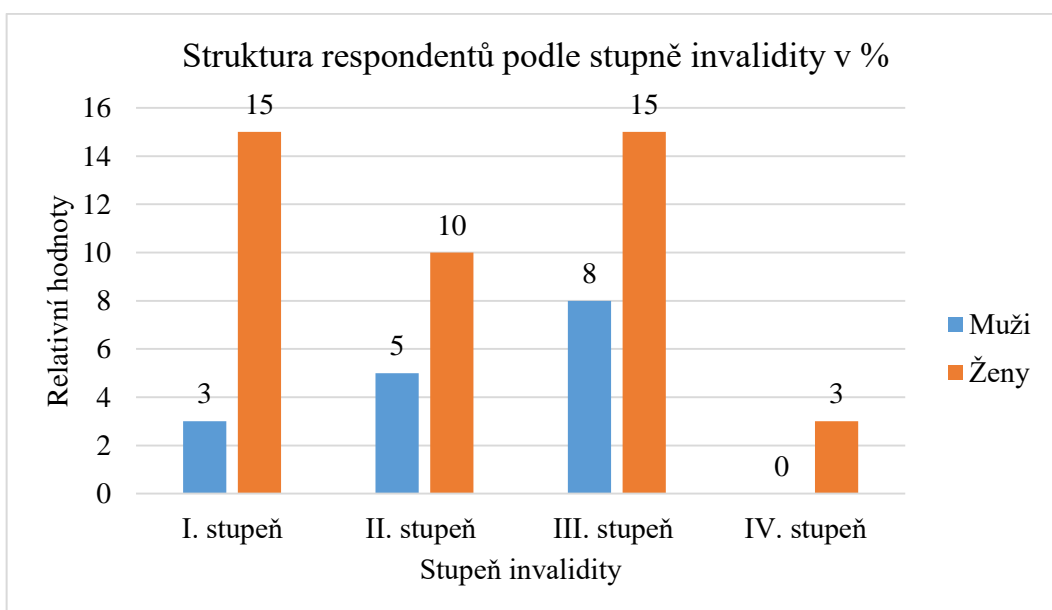
### Otázka č. 7 a otázka č. 8

Dále nás zajímalo, kolik respondentů pobírá invalidní důchod a jaký stupeň jim byl přiznán. V grafu 6 jsou absolutní hodnoty respondentů pobírající invalidní důchod, rozdělené podle pohlaví. V následujícím grafu 7 jsou absolutní hodnoty respondentů jednotlivých stupňů invalidity, rozdělené podle pohlaví.

42 % žen a 16 % mužů pobírá invalidní důchod. Ženy mají nejčastěji, v 15 %, přiznaný I. a III. stupeň invalidity. 10 % žen má přiznaný II. stupeň invalidity a 3 % mají i IV. stupeň invalidity. Naopak muži nejčastěji pobírají III. stupeň invalidity – 15 %. Dále II. a I. stupeň invalidity. Žádný z mužů nemá přiznaný IV. stupeň invalidity.



Graf 6 Struktura respondentů podle přiznání invalidního důchodu v %



Graf 7 Struktura respondentů podle stupně invalidity v %

**Otázka č. 9 a otázka č. 10**

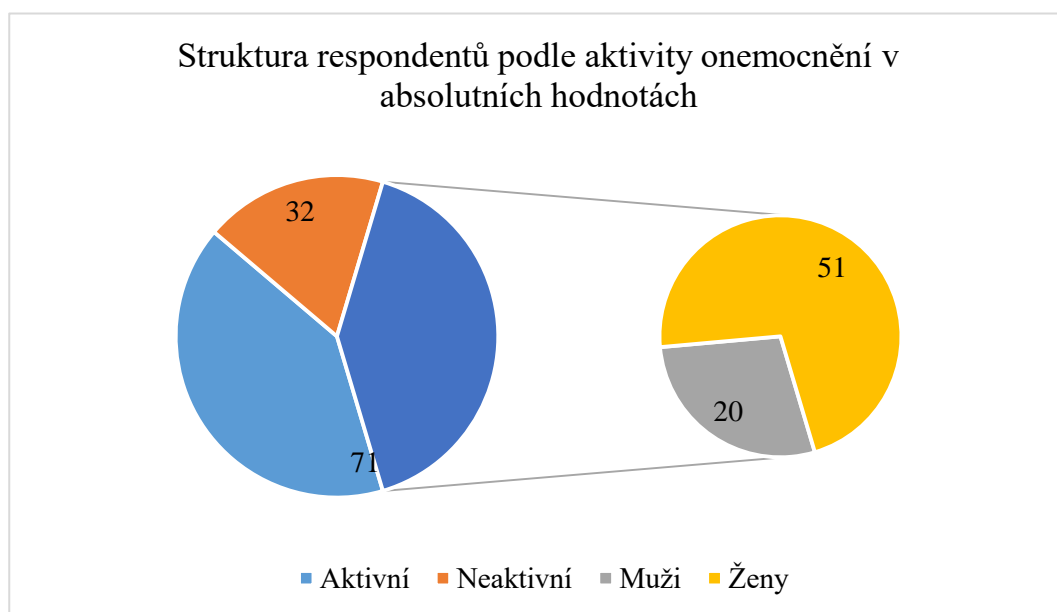
Další otázky jsou zaměřeny na onemocnění. Zajímalo nás, v kolika letech byla stanovena diagnóza a jakou mají respondenti formu nemoci, zda aktivní s příznaky nebo bez příznaků.

Průměrný věk stanovení diagnózy je 31,3 let. U mužů a žen je to s rozdílem jednoho roku. Nejnižší uvedený věk stanovení diagnózy je 15 let a nejvyšší je 59 let.

Z grafu 8 můžeme vyčíst, že 32 respondentů má neaktivní formu nemoci. 71 respondentů má aktivní formu nemoci, z toho je 20 mužů a 51 žen.

	Průměr	Minimum	Maximum
<b>Muži</b>	32,5		
<b>Ženy</b>	30,7		
<b>Celkem</b>	31,3	15	59

Tabulka 7 Struktura respondentů podle věku stanovení diagnózy v absolutních číslech



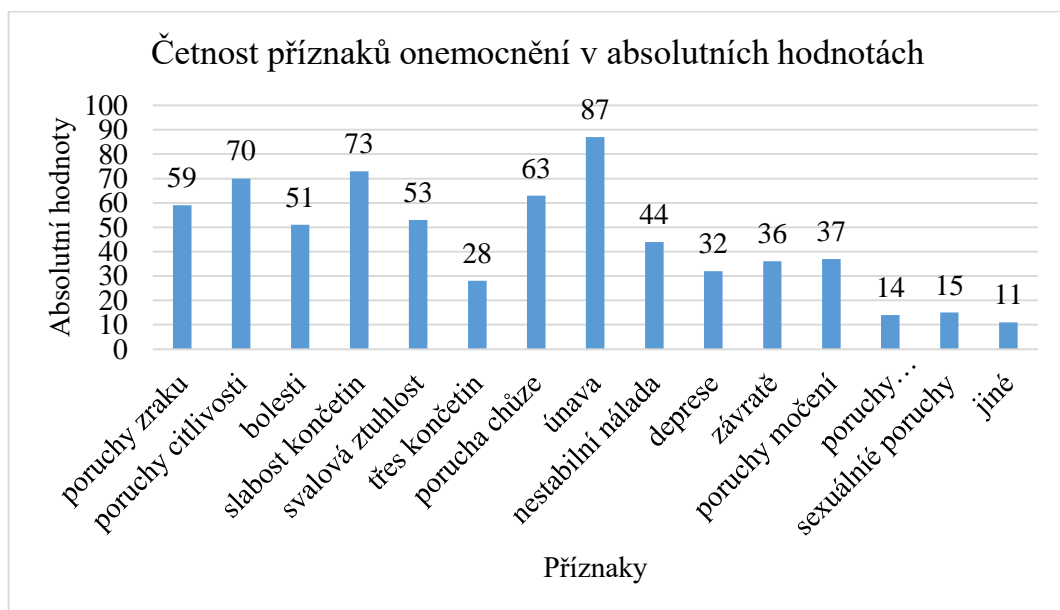
Graf 8 Struktura respondentů podle aktivity onemocnění v absolutních hodnotách

### Otázka č. 11

Poslední otázka první části dotazníku byla zaměřena na příznaky, které respondenti prožili nebo prožívají v souvislosti se svým onemocněním. V grafu 9 jsou jednotlivé příznaky a jejich četnost v absolutních číslech.

Nejčastější odpověď byla únava, celkem 87 respondentů označilo tento příznak. Kolem 70 respondentů udalo slabost končetin a poruchy citlivosti. Dále mezi nejčastější odpovědi patřila porucha chůze, porucha zraku, svalová ztuhlost a bolesti. Naopak nejméně byli vybrány příznaky: poruchy vyprazdňování stolice a sexuální poruchy. Každý těchto příznaků vybralo méně než 15 respondentů.

11 respondentů udalo i jiné příznaky, a to: poruchy polykání, poruchy řeči, poruchy rovnováhy, křeče a nesoustředěnost.



Graf 9 Četnost příznaků onemocnění v absolutních hodnotách

## 6.2 Druhá část dotazníku

Druhá část dotazníku je zaměřena na míru resilience. Pro tento účel byla vybrána standardizovaná 14 položková škála RS scale. Interpretace této části dotazníku odpovídá na stanovený cíl č. 1.

Cíl č. 1 zní: Zhodnocení celkové míry resilience u skupiny pacientů s roztroušenou sklerózou.

Celková míra resilience u pacientů s roztroušenou sklerózou je 75,41. Tato hodnota říká, že pacienti s roztroušenou sklerózou mají průměrnou míru resilience.

V tabulce 8 jsou výsledky absolutní a relativní četnosti respondentů podle jejich míry resilience. Nejvíce respondentů – 35,92 % má nízkou míru resilience. 39,13 % respondentů má průměrnou míru resilience. Vysokou míru resilience má pouhých 10,68 % respondentů. Velmi nízkou míru resilience má z celkového vzorku necelých 7 % respondentů.

<b>Míra resilience</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Vysoká</b>	11	10,68 %
<b>Střední</b>	18	17,14 %
<b>Průměrná</b>	30	29,13 %
<b>Nízká</b>	37	35,92 %
<b>Velmi nízká</b>	7	6,79 %
<b>Celkem</b>	103	100 %

Tabulka 8 Výsledky škály resilience – absolutní a relativní četnost

Mezi nejčastější odpovědi z posuzovací škály patřily odpovědi: 5 – spíše souhlasím a 6 – souhlasím. V tabulce 9 jsou průměrné hodnoty ke každému tvrzení, jejich modus a medián. Nejnížší průměrnou hodnotu má tvrzení 5 – 4,88, které zní: „Mám pocit, že dokážu zvládat více věcí najednou.“ Nejvyšší průměrnou hodnotu má tvrzení 12 – 6,04. Toto tvrzení zní: „Když je potřeba, lidé se na mě můžou spolehnout.“



<b>Tvrzení</b>	<b>Průměrná hodnota</b>	<b>Modus</b>	<b>Medián</b>
<b>1</b>	5,62	6	6
<b>2</b>	5,52	6	6
<b>3</b>	5,45	6	6
<b>4</b>	5,17	5	5
<b>5</b>	4,88	5	5
<b>6</b>	5,07	5	5
<b>7</b>	5,34	5	5
<b>8</b>	5,01	5	5
<b>9</b>	5,31	5	5
<b>10</b>	5,51	5	6
<b>11</b>	5,23	6	5
<b>12</b>	6,04	6	6
<b>13</b>	5,75	7	6
<b>14</b>	5,50	6	6

Tabulka 9 Průměr, modus a medián jednotlivých otázek škály resilience

Při hodnocení jednotlivých subškál dotazníku můžeme pozorovat v tabulce 10 podobné výsledky. Nejnižší průměrnou hodnotu najdeme u subškály vytrvalost a nejvyšší u subškály smysluplnost.

Rozptyl odpovědí je nejširší sestupně u subškál: existenční osamělost, vyrovnanost, smysluplnost, vytrvalost a nejnižší je u subškály soběstačnost.

Nicméně u subškály soběstačnost můžeme pozorovat nižší frekvenci nejvyšší možné odpovědi, a to – rozhodně souhlasím. Ale i tak, je to číslo vysoké.

Parametry	Počet položek	Průměrná hodnota	Minimum	Maximum
<b>Soběstačnost</b>	5	5,48	2,6	6,8
<b>Smysluplnost</b>	3	5,53	1,67	7
<b>Vyrovnanost</b>	2	5,48	1,5	7
<b>Vytrvalost</b>	2	5,04	2	7
<b>Existenční osamělost</b>	2	5,20	1	7

Tabulka 10 Hodnocení jednotlivých subškál škály resilience

### 6.3 Třetí část dotazníku

Třetí část dotazníku je zaměřená na sociální oporu. Pro hodnocení míry sociální opory byl vybrán standardizovaný dotazník sociální opory MOS. Interpretace této části dotazníku odpovídá na stanovený cíl č. 2.

Cíl č. 2 zní: Zhodnocení celkové míry sociální opory u skupiny pacientů s roztroušenou sklerózou.

Celková míra sociální opory je 4,16. Tato hodnota nám říká, že celková míra sociální opory u pacientů s roztroušenou sklerózou je velmi vysoká.

V tabulce 11 jsou absolutní a relativní hodnoty míry sociální opory respondentů. Velmi vysokou míru sociální opory má 48,54 % respondentů. 17,48 % respondentů má vysokou míru sociální opory. Žádný z respondentů nemá žádnou sociální oporu a pouhých 10,68 % respondentů má nízkou míru sociální opory.

<b>Míra sociální opory</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Vysoká</b>	18	17,48 %
<b>Velmi vysoká</b>	50	48,54 %
<b>Střední</b>	24	23,30 %
<b>Nízká</b>	11	10,68 %
<b>Žádná</b>	0	0 %
<b>Celkem</b>	103	100 %

Tabulka 11 Výsledky dotazníku sociální opory – absolutní a relativní četnost

V tabulce 12 jsou průměrné hodnoty odpovědí pro jednotlivé otázky, jejich modus a medián. Nejčastější odpověď u sedmnácti otázek byla na posuzovací stupnici hodnota 5, což slovně znamená – vždy. Pouze u dvou otázek byla na posuzovací stupnici hodnota 4 – většinou.

Otázka	Průměrná hodnota	Modus	Medián
1	4,26	5	5
2	4,03	5	4
3	4,05	5	4
4	4,22	5	5
5	4,23	5	5
6	4,38	5	5
7	3,98	4	4
8	4,12	5	4
9	4,20	5	5
10	4,16	5	4
11	4,29	5	5
12	3,96	4	4
13	4,01	5	4
14	4,20	5	5
15	3,99	5	4
16	4,11	5	4
17	4,18	5	4
18	4,05	5	4
19	4,53	5	5

Tabulka 12 Průměr, modus a medián jednotlivých otázek dotazníku sociální opory

Hodnocení jednotlivých subškál je v tabulce 13. Subškála praktická intervence dosáhla hodnoty 4,25. Hodnota emocionální blízkosti má nejvyšší hodnotu ze všech tří subškál, a to 4,34. Nejnižší hodnotu, 4,06, má subškála chápající autorita. Všechny subškály dosahují slovní interpretace – velmi vysoká míra sociální opory.

<b>Subškála</b>	<b>Počet položek</b>	<b>Průměrná hodnota</b>
<b>Praktická intervence</b>	4	4,25
<b>Emocionální blízkost</b>	4	4,34
<b>Chápající autorita</b>	11	4,06

Tabulka 13 Výsledky jednotlivých subškál dotazníku sociální opory

## 7 DISKUZE

Na tomto místě bychom rády uvedly zajímavé výsledky analýzy a interpretaci jednotlivých cílů výzkumu.

V odborné literatuře se uvádí, že až 70 % nemocných jsou ženy, a že průměrný věk stanovení diagnózy je 31,7 let. (Vališ, Pavelek, 2018, s. 15). Našeho výzkumu se účastnilo celkem 103 respondentů, z toho 72 žen a 31 mužů. Celkově se tedy účastnilo 70 % žen a 30 % mužů. Průměrný věk všech respondentů je 42 let a průměrný věk stanovení diagnózy vyšel 31,3 let. Nejnižší uvedený věk stanovení diagnózy je 15 let a nejvyšší je 59 let.

Hlavním cílem bakalářské práce je zhodnocení psychosociálních aspektů u pacientů s roztroušenou sklerózou se zaměřením na vnímání resilience a sociální opory.

Za tímto účelem byly použita standardizovaná 14 položková škála resilience a standardizovaný dotazník sociální opory MOS.

Existuje metoda, MSIS-29, která je zaměřena na dopad roztroušené sklerózy. (Hobart, 2001, s. 962). Nicméně tato metoda je zaměřena na fyzický a psychologický dopad z pacientova pohledu. Měří především kvalitu života a zdravotní postižení. (Hobart, 2001, s. 969). Pro účely našeho výzkumu není výstup této škály relevantní, i když se zaměřuje přímo na roztroušenou sklerózu.

### **Cíl č. 1: Zhodnocení celkové míry resilience u skupiny pacientů s roztroušenou sklerózou.**

Celková míra resilience u pacientů s roztroušenou sklerózou je 75,41. Tato hodnota říká, že pacienti s roztroušenou sklerózou mají průměrnou míru resilience. Nicméně, nejvíce respondentů – 35,92 % má nízkou míru resilience. 39,13 % respondentů má průměrnou míru resilience. Vysokou míru resilience má pouhých 10,68 % respondentů. Velmi nízkou míru resilience má z celkového vzorku necelých 7 % respondentů.

Respondenti uváděli průměrně nejnižší hodnocení tvrzení, které zní: „Mám pocit, že dokážu zvládat více věcí najednou.“ Nejvyšší průměrnou hodnotu má tvrzení: „Když je potřeba, lidé se na mě můžou spolehnout.“

Analýza jednotlivých subškál (soběstačnost, smysluplnost, vyrovnanost, vytrvalost, existenční osamělost) vykazuje podobné výsledky. Mezi nejčastější odpovědi z posuzovací škály patřily odpovědi: 5 – spíše souhlasím a 6 – souhlasím.

J. Falk-Kessler, J. Tamat Kalina a Pamela Miller ve své práci z roku 2012, která se nazývá „*Influence of Occupational Therapy on Resilience in Individuals with Multiple Sclerosis*“ uvádí následující výsledky. V této práci použili 25 položkovou škálu resilience. Míra resilience může být v rozmezí hodnot 25 – 175. Z celkového vzorku 35 pacientů, 26 podstoupilo pracovní terapii po dobu 8 týdnů a 9 pacientů byli kontrolní skupina. U pacientů, kteří podstoupili pracovní terapii, byla vstupní míra resilience 123 a po intervenci vzrostla na 146,92. Kontrolní skupina měla vstupní míru resilience 126,22 a výstupní míra byla 118,56. U intervenované skupiny vzrostla míra resilience z nižší míry na vyšší míru resilience.

Celková míra resilience všech pacientů před intervencí je 123,8, což je ve slovním hodnocení nižší míra resilience. Pokud tento výsledek převedeme na procenta, získáme hodnotu 70 %. Ve srovnání s naším výzkumem, náš vzorek respondentů má celkovou míru resilience v procentech 77 %, tedy o 7% vyšší. Výsledek je podobný, ale může být zkreslen počtem respondentů ve výzkumu.

## **Cíl č. 2: Zhodnocení celkové míry sociální opory u skupiny pacientů s roztroušenou sklerózou.**

Celková míra sociální opory je 4,16. Tato hodnota nám říká, že celková míra sociální opory u pacientů s roztroušenou sklerózou je velmi vysoká. Podrobnější analýza ukázala, že velmi vysokou míru sociální opory má 48,54 % respondentů. 17,48 % respondentů má vysokou míru sociální opory. Žádný z respondentů nemá žádnou sociální oporu a pouhých 10,68 % respondentů má nízkou míru sociální opory. Výsledky pro jednotlivé subškály – praktická intervence, emocionální blízkost a chápající autorita dosahují stejné slovní interpretace, a to velmi vysoká míra sociální opory.

Nikolaev a Vasil'eva ve své studii, která se nazývá „*Specificity in perceived social support in multiple sclerosis patients*“ z roku 2017 použili ruskou verzi dotazníku sociální opory u pacientů s roztroušenou sklerózou. Výzkumu se zúčastnilo 104 pacientů. Výsledky výzkumu udávají, že pacienti s roztroušenou sklerózou vykazují vysokou míru sociální opory. Další analýza ukázala, že nejsou rozdíly mezi pohlavím ani klinickou formou nemoci. V porovnání s naším výzkumem můžeme říct, že výsledky jsou stejné.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na resilienci a sociální oporu u pacientů s roztroušenou sklerózou. Práce je rozdělena na dvě hlavní části, na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se zaměřily na charakteristiky onemocnění a především na její klinické příznaky. Klinické příznaky jsou jedním z faktorů v psychice zvládnání nemoci. Dalšími tématy jsou resilience, psychologie zvládnání nemoci a sociální opora. V praktické části je zpracována metodika výzkumu, především charakteristika výzkumu a metoda dotazníkového šetření. Součástí je také interpretace získaných dat z dotazníkového šetření. Pro účely tohoto výzkumu byl použit dotazník, který se skládá ze tří částí. První část tvoří sociodemografické charakteristiky a základní informace o onemocnění respondenta. Druhou část tvoří standardizovaná 14 položková škála resilience a třetí částí je standardizovaný dotazník sociální opory MOS.

V metodice výzkumu jsme definovaly cíle této práce. Hlavním cílem bakalářské práce je zhodnocení psychosociálních aspektů u pacientů s roztroušenou sklerózou se zaměřením na vnímání resilience a sociální opory.

Výzkum pomocí techniky dotazníku probíhal v Centru pro diagnostiku a léčbu RS při Neurologické klinice FNOL. Výzkumu se zúčastnilo 103 respondentů, z toho 70 % žen a 30 % mužů. V absolutních hodnotách odpovídalo 72 žen a 31 mužů.

Stanovené cíle zní:

Cíl č. 1: Zhodnocení celkové míry resilience u skupiny pacientů s roztroušenou sklerózou.

Celková míra resilience u pacientů s roztroušenou sklerózou je 75,41, tedy průměrná míra resilience. Nicméně nejčastěji, 35,92 % respondentů vykazuje nízkou míru resilience. 29,13% respondentů má průměrnou míru resilience. Vysokou míru resilience má 10,68 % respondentů. Velmi nízkou míru resilience vykazuje 6,79 % respondentů.

Cíl č. 2: Zhodnocení celkové míry sociální opory u skupiny pacientů s roztroušenou sklerózou.

Celková míra sociální opory je 4,16. Tato hodnota nám říká, že celková míra sociální opory u pacientů s roztroušenou sklerózou je velmi vysoká.



Na základě získaných dat můžeme říci, že pacienti s roztroušenou sklerózou mají průměrnou celkovou míru resilience. Co se týče sociální opory, tak můžeme říci, že celková míra sociální opory je velmi vysoká. To znamená, že pacienti s roztroušenou sklerózou mají podporu od svých blízkých a mají se na koho spolehnout.

### **Doporučení pro další výzkum**

Pro další výzkumy bychom doporučily provést výzkum se zaměřením na zhodnocení celkové míry resilience a sociální opory i v jiných centrech, vzhledem k tomu, že v České republice existuje 15 MS Center – Centra pro diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy. Celorepubliková analýza by mohla přinést zajímavé výsledky a porovnání, například vztažené na kraje.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2008-. ISBN 978-80-7387-157-4.

DAMÁSIO, Bruno et kol., 2011. 14-item Resilience Scale (RS-14:Psychometric Properties of the Brazilian Version). *Journal of Nursing Measurement* [online]. vol. 19, n. 3, p. 131-145 [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/221868228\\_14-item\\_resilience\\_scale\\_RS-14\\_psychometric\\_properties\\_ot\\_the\\_Brazilian\\_version](https://www.researchgate.net/publication/221868228_14-item_resilience_scale_RS-14_psychometric_properties_ot_the_Brazilian_version)

Diagnosis of multiple sclerosis - Wikipedia. [online]. [cit. 03.05.2019]. Dostupné z: [https://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis\\_of\\_multiple\\_sclerosis](https://en.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_of_multiple_sclerosis)

HALOVÁ, Miroslava. *Nemocný v domácí péči I: věnováno nemocným odkázaným na pomoc druhých, jejich ošetřovatelům a rodinám: zvláště pak nemocným Parkinsonovou chorobou, lidem po cévní mozkové příhodě a lidem s roztroušenou sklerózou*. Javorník: Miroslava Halová - MAJ.ZJ, c2007. ISBN 978-80-239-7316-7.

Kožený, Jiří, Tišanská, Lýdie (2003). Dotazník sociální opory – MOS: Vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie*, 47(2), 135-143.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

KUBALA HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza*. Ilustroval Klára ZÁPOTOCKÁ, ilustroval Veronika BRATRYCHOVÁ. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3154-7.

KUBALA HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-189-6.

KUDLOVÁ, P., HYNČICOVÁ, M., KOČVAROVÁ, I. Perception of Resilience and Social Support of Adolescents and Young Adults with Ulcerous Colitis Research Performed at 5 Gastroenterological Outpatient Wards in the Czech Republic. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 2016, vol. 13, pp. 443-449

Influence of Occupational Therapy on Resilience in Individuals with Multiple Sclerosis. *National Center for Biotechnology Information* [online]. [cit. 08.05.2019]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3882993/>

LOSOI, Heisi et kol., 2013. Psychometric Properties of the Finnish Version of the Resilience Scale and its Short Version. *Psychology, Community & Health* [online]. vol. 2, n. 1, p. 1-10 [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <http://pch.psychopen.eu/article/view/40/pdf>

MIKŠÍK, Oldřich. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1600-1.

Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29) | Brain | Oxford Academic. *Document Moved* [online]. Copyright © 2019 Oxford University Press [cit. 06.05.2019]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/brain/article/124/5/962/309935>

Nikolaev, Evgeni & Vasil'eva, N. (2017). Specificity in perceived social support in multiple sclerosis patients. *European Psychiatry*. 41. S536. 10.1016/j.eurpsy.2017.01.734.

NOVOTNÝ, Jan Sebastian. *Zdroje resilience a problémy s přizpůsobením u dospívajících*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2015. ISBN 978-80-7464-700-0.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2959-6.

RESNICK, Barbara, Lisa P. GWYTHYER a Karen A. ROBERTO. *Resilience in aging: concepts, research, and outcomes*. New York: Springer, c2011. ISBN 978-1-4419-0231-3.

RODRIGUEZ, Moses, Orhun H. KANTARCI a Istvan PIRKO. *Multiple sclerosis*. New York: Oxford University Press, c2013. Contemporary neurology series, 84. ISBN 978-0-19-974046-8.

VALIŠ, Martin a Zbyšek PAVELEK. *Roztroušená skleróza pro praxi*. Praha: Maxdorf, [2018]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-573-6.

VAŠINA, Bohumil. *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-7368-757-1.

Výskyt onemocnění. *NF IMPULS* [online]. Copyright © [cit. 03.05.2019]. Dostupné z: <https://www.nfimpuls.cz/index.php/roztrousena-skleroza/o-roztrousene-skleroze/129-vyskyt-onemocneni>

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: Formy RS (Wikipedia, ©2019).....	15
Obrázek 2. Obecný model zvládnání těžkých životních situací, vlastní zpracování, (Křivohlavý, 2002, s. 98).....	28
Obrázek 3. Linie nespecifických změn v psychice, vlastní zpracování, (Mikšík, 2009, s. 36) .....	29

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Struktura respondentů podle pohlaví v absolutních číslech .....	39
Tabulka 2 Struktura respondentů podle věku .....	40
Tabulka 3 Struktura respondentů podle rodinného stavu v absolutních hodnotách ...	41
Tabulka 4 Struktura respondentů podle sociálního státu v absolutních číslech.....	42
Tabulka 5 Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání v absolutního hodnotách .....	43
Tabulka 6 Struktura respondentů podle podmínek bydlení v absolutních hodnotách	44
Tabulka 7 Struktura respondentů podle věku stanovení diagnózy v absolutních číslech .....	46
Tabulka 8 Výsledky škály resilience – absolutní a relativní četnost .....	48
Tabulka 9 Průměr, modus a medián jednotlivých otázek škály resilience .....	49
Tabulka 10 Hodnocení jednotlivých subškál škály resilience .....	50
Tabulka 11 Výsledky dotazníku sociální opory – absolutní a relativní četnost .....	51
Tabulka 12 Průměr, modus a medián jednotlivých otázek dotazníku sociální opory	52
Tabulka 13 Výsledky jednotlivých subškál dotazníku sociální opory .....	53

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Struktura respondentů podle pohlaví v % .....	40
Graf 2 Struktura respondentů podle rodinného stavu v %.....	41
Graf 3 Struktura respondentů podle sociálního státu v % .....	42
Graf 4 Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání v % .....	43
Graf 5 Struktura respondentů podle podmínek bydlení v % .....	44
Graf 6 Struktura respondentů podle přiznání invalidního důchodu v % .....	45
Graf 7 Struktura respondentů podle stupně invalidity v %.....	45
Graf 8 Struktura respondentů podle aktivity onemocnění v absolutních hodnotách	46
Graf 9 Četnost příznaků onemocnění v absolutních hodnotách .....	47

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Stanovisko etické komise

# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

## Dotazník

Dobrý den,

v rámci bakalářského programu Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně provádíme u nemocných s roztroušenou sklerózou dotazníkový výzkum na téma: Zhodnocení psychosociálních aspektů u pacientů s roztroušenou sklerózou (RS) se zaměřením na vnímání resilience a sociální opory. Pro účely této práce Vás uctivě žádáme o vyplnění anonymního dotazníku, který se skládá ze tří hlavních částí a jeho vyplnění je anonymní.

Předem Vám děkujeme za spolupráci.

Romana Urbánková, studentka oboru Všeobecná sestra, FHS UTB Zlín

PhDr. Pavla Kudlová, PhD. – vedoucí práce

## První část

První část dotazníku obsahuje otázky týkající se Vaší osoby a Vašeho onemocnění. Svou odpověď označte křížkem, případně vepište.

1. Jaké je Vaše pohlaví?  
 muž  žena
2. Uveďte prosím Váš věk: .....
3. Jaký je Váš rodinný stav?  
 svobodný/á  ženatý/vdaná  rozvedený/á  vdovec/vdova
4. Jaký je Váš sociální status?  
 student  zaměstnanec/podnikatel  senior ve starobním důchodu  invalidní důchodce
5. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?  
 základní vzdělání  vyučení v oboru  maturita  vysokoškolské vzdělání
6. S kým sdílíte domácnost?  
 žiji sám/sama  s rodinou/příbuznými  v zařízení s pečovatelskou službou
7. Byl Vám přiznán invalidní důchod?  
 ano  ne
8. Jaký stupeň invalidity Vám byl přiznán?  
 I. stupeň  II. stupeň  III. stupeň  IV. stupeň  nepobírám příspěvek
9. V kolikati letech Vám byla stanovena diagnóza RS? ..... (např. v 15 letech)
10. Jakou máte formu nemoci?  
 aktivní, trpíte příznaky spojené s onemocněním  
 neaktivní, nyní nemáte příznaky spojené s onemocněním



11. Trpíte nebo někdy jste prožil tyto příznaky v rámci onemocnění? (Možno více odpovědí)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> poruchy zraku                        | <input type="checkbox"/> únava                         |
| <input type="checkbox"/> poruchy citlivosti, například brnění | <input type="checkbox"/> nestabilní nálada             |
| <input type="checkbox"/> bolesti                              | <input type="checkbox"/> deprese                       |
| <input type="checkbox"/> slabost končetin                     | <input type="checkbox"/> závratě                       |
| <input type="checkbox"/> svalová ztuhlost                     | <input type="checkbox"/> poruchy močení                |
| <input type="checkbox"/> třes končetin                        | <input type="checkbox"/> poruchy vyprazdňování stolice |
| <input type="checkbox"/> porucha chůze                        | <input type="checkbox"/> sexuální poruchy              |

Jiné, pokud máte co sdělit, prosíme, dopište Vaši odpověď : .....

### Druhá část

Druhá část dotazníku obsahuje škálu, která hodnotí míru resilience, tedy psychologické nezdolnosti.

Prosím, pečlivě si přečtete každé tvrzení a odpovězte podle toho, zda s tvrzením souhlasíte či nesouhlasíte a v jaké míře. Nižší je uvedena posuzovací škála s mírou souhlasu a nesouhlasu.

Svou odpověď, prosím, označte křížkem.

Posuzovací škála:

7	Rozhodně souhlasím
6	Souhlasím
5	Spiše souhlasím
4	Nevím
3	Spiše nesouhlasím
2	Nesouhlasím
1	Rozhodně nesouhlasím

	Tvrzení:							
1.	Obvykle se situacím dovedu postavit čelem.	7	6	5	4	3	2	1
2.	Jsem hrdý/á na to, co jsem v životě dosáhl/a.	7	6	5	4	3	2	1
3.	Obvykle беру věci, takové jaké jsou.	7	6	5	4	3	2	1
4.	Mám se rád/a.	7	6	5	4	3	2	1
5.	Mám pocit, že dokážu zvládat více věcí najednou.	7	6	5	4	3	2	1
6.	Jsem odhodlaný/á.	7	6	5	4	3	2	1
7.	Zvládám obtížné situace, protože už jsem jich několik zažil/a.	7	6	5	4	3	2	1
8.	Mám sebekázeň.	7	6	5	4	3	2	1
9.	Neustále mám zájem o věci.	7	6	5	4	3	2	1
10.	Obvykle se mám čemu zasmát.	7	6	5	4	3	2	1
11.	To, že v sebe věřím, mi pomáhá zvládat těžké časy.	7	6	5	4	3	2	1
12.	Když je potřeba, lidé se na mě můžou spolehnout.	7	6	5	4	3	2	1
13.	Můj život má smysl.	7	6	5	4	3	2	1
14.	V těžkých situacích obvykle dokážu najít řešení, jak se z toho dostat.	7	6	5	4	3	2	1

### Třetí část

Třetí část dotazníku je zaměřena na vnímání sociální opory. Každý z nás má občas potřebu vyhledat společnost, pomoc nebo jinou podporu u ostatních.

Vášim úkolem je odhadnout, jak často by byl někdo k dispozici, kdyby taková situace nastala.

Prosím, odpovězte na všechna tvrzení zakřížkování příslušné číslice.

Posuzovací stupnice:

1	Nikdy
2	Málokdy
3	Někdy
4	Většinou
5	Vždy

	Je k dispozici někdo,					
1.	kdo Vám pomůže, když jste upoután/a na lůžko.	1	2	3	4	5
2.	kdo Vám bude naslouchat, když si potřebuje pohovořit.	1	2	3	4	5
3.	kdo Vám poradí v kritické situaci.	1	2	3	4	5
4.	kdo Vás vezme k lékaři, když potřebujete.	1	2	3	4	5
5.	kdo, Vám projevuje lásku a sympatie.	1	2	3	4	5
6.	s kým Vám je dobře.	1	2	3	4	5
7.	kdo Vám poskytne informace, které Vám pomou pochopit situaci.	1	2	3	4	5
8.	komu se můžete svěřit nebo si pohovořit o svých problémech.	1	2	3	4	5
9.	kdo Vás rád obejmě, když to potřebujete.	1	2	3	4	5
10.	s kým se dokážete uvolnit, uklidnit.	1	2	3	4	5
11.	kdo Vám uvaří, když to nemůžete udělat sám.	1	2	3	4	5
12.	jehož radu opravdu potřebujete.	1	2	3	4	5
13.	kdo Vám pomůže zbavit se nepříjemných myšlenek.	1	2	3	4	5
14.	kdo se Vám postará o domácnost, když jste nemocen.	1	2	3	4	5
15.	kdo sdílí Vaše obavy a strachy.	1	2	3	4	5
16.	na koho se můžete obrátit, jak vyřešit Vaše osobní problémy.	1	2	3	4	5
17.	s kým můžete dělat něco, co Vám dělá radost.	1	2	3	4	5
18.	kdo chápe Vaše problémy.	1	2	3	4	5
19.	koho máte rád/a a kdo Vás potřebuje.	1	2	3	4	5

Srdečně děkuji za Váš čas a pečlivé vyplnění všech tří částí dotazníku.

## PŘÍLOHA P II: STANOVISKO ETICKÉ KOMISE



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLOMOUC

Etická komise Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci  
I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc  
předseda: MUDr. Jindřiška Burešová, tel.: 588 443420, e-mail: jindriska.buresova@fnol.cz  
tajemnice tel., fax 588442477, e-mail: tajska.mobilka@fnol.cz

### STANOVISKO ETICKÉ KOMISE *Opinion of the Ethics Committee*

Číslo jednací/Reference number: 23/19

Název KH/Full Title of Clinical Trial: Resilience a sociální opora u osob s roztroušenou sklerózou

Žadatel/Applicant: Romana Urbánková, Neurologická klinika FN Olomouc

Datum doručení žádosti/Date of submission of the Application Form: 21.2.2019

Datum jednání EK /Date of Ethics Committee's session: 11.3.2019

Vyjádření EK/ Ethics Committee's opinion:

- EK vydala souhlasné stanovisko / EC issues favourable opinion  
 EK vzala na vědomí / Taken into account

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled/List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Romana Urbánková, Neurologická klinika FN Olomouc, I.P.Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc	<input checked="" type="checkbox"/>	EK FNOL

Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Žádost o projednání výzkumného projektu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sylabus projektu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informovaný souhlas vč. informace pro subjekt hodnocení	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro pacienta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturovaný životopis hlavního řešitele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:

Ano/Yes     Ne/No

Datum/Date: 11.3.2019

MUDr. Jindřiška Burešová  
předseda EK FNOL a LF UP  
Chairman of the EC FNOL and LF UP

Rozdělovník/Distribution list:

-Zadavatel  
-EK  
-žadatel

1/1



FAKULTNÍ NEMOCNICE\*  
OLOMOUC

Etická komise Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc

ředsedkyně: MUDr. Jindřiška Burešová, tel: 588 443 420, e-mail: jindriska.buresova@fnol.cz

tajmnice tel., fax: 588 442 477, e-mail: iveta.sudolska@fnol.cz

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

2019-03-11

Jméno a příjmení First name and surname	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialism	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Jindřiška Burešová	Ž/F	neurolog/ neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ředseda/ chairman	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.	Ž/F	pediatrie/ pediatrics	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. místopředseda/ 1. vice-chairman	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jaroslav Jezdinský, CSc.	M/M	farmakolog/ pharmacologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	člen/ member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Zora Krejčí	Ž/F	právník-advokát/ lawyer-attorney	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	člen/ member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Libor Kvapil	M/M	praktický lékař/ practitioner	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	člen/ member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Maňák, CSc.	M/M	traumatolog/ traumatologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. Rudolf Smahel, ThDr.	M/M	teolog/ theologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	člen/ member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anna Holá	Ž/F	zdravotní sestra/ nurse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. et PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D.	Ž/F	gynekolog/ gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PharmDr. Tomáš Anđěl, Ph.D.	M/M	Farmakolog/ pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.	Ž/F	Psychiatr / psychiatrist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. MUDr. et Mgr. Jiří Minařík, Ph.D.	M/M	hematoonkolog/ hematooncology	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.	M/M	hematoonkolog/ hematooncology	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Karel Cwierka, Ph.D.	M/M	onkolog/ oncology	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iveta Sudolská	Ž/F	Tajemnice / secretary	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Věra Bartlová	Ž/F	Sekretářka / secretary	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(pozn: \* Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

MUDr. Jindřiška Burešová, v.z.  
Chairperson of the EC

za správnost:  
Iveta Sudolská  
tajmnice EK

\* Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:

Ano/Yes  Ne/No

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Romana Urbánková	
Téma bakalářské práce	Resilience a sociální opora u osob s roztroušenou sklerózou	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudlová, PhD. - UZV	
	..... podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s roztroušenou sklerózou	
Pracoviště	Vyjádření vedoucí sestry / vedoucího pracoviště (nahodit se škrtnutím)	Podpis
FN Olomouc, Neurologie	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
FN OLOMOUČ, NEUROLOGIE 31A	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
FN OLOMOUČ, NEUROLOGIE 31B	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 7. 4. 2019

.....  
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....  
 razítko a podpis zástupce zařízení

### ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro něž uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční - kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Romana Urbánková	
Téma bakalářské práce	Resilience a sociální opora u osob s roztroušenou sklerózou	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Pavla Kudřová, PhD. - UZV  ..... podpis	
Skupina respondentů	Pacienti s roztroušenou sklerózou	
Pracoviště	Vyjádření vedoucí sestry / vedoucího pracoviště (odhodit se škrtnutím)	Podpis
FN Olomouc, Neurologie	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	
<i>FN OLOMOUK, NEUROLOGIE ZA</i>	Souhlasím <del>Nesouhlasím</del>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 9.1.2019

.....  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení