

APPENDICES

[Appendix 1-Ethics Committee Approval](#)

[Appendix 2- Informed Consent Form](#)

[Appendix 3 Scleroderma Health Assessment Questionnaire Initial](#)

[Appendix 4- Scleroderma Health Assessment Questionnaire Final](#)

[Appendix 5-Cochin Hand Function Scale Questionnaire Initial](#)

[Appendix 6-Cochin Hand Function Scale Questionnaire Final](#)


[Appendix 7- Mouth Handicap in Systemic Sclerosis Questionnaire Initial](#)

[Appendix 8- Mouth Handicap in Systemic Sclerosis Questionnaire Final](#)

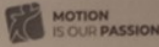
[Appendix 9 –List of Tables](#)

[Appendix 10- List of Images](#)

Appendix 1-Ethics Committee Approval



Fakulta
tělesné výchovy
a sportu

MĚNÍME SVĚT POHYBEM 

© Etická komise UK FTVS, 2023 / Verze: EK UK FTVS 1 kaz

Žádost pro schvalování etiky výzkumu v bakalářských pracích vedoucí(m) práce

Pravdivou odpověď zakroužkujte – odpovíte-li pokaždé ANO, tak sběr dat schvaluje vedoucí práce. Odpovíte-li alespoň jednou NE, není možné tento dokument využít a je třeba nechat si výzkum schválit etickou komisí (EK). Tuto žádost vyplňuje student(ka) společně s vedoucí(m) práce.

Nástroj sběru dat: **Kazuistika fyzioterapeutické/ortotické/protetické péče o pacienty ve smluvním klinickém zařízení**

Měsíc a rok sběru dat: 01/2024

Název bakalářské práce: Systemic Sclerosis, A Case Report of a Patient with Systemic Sclerosis

Jméno řešitele(ky): Eva Bartáková

Jméno vedoucí(ho) práce/katedry: Mgr. Kateřina Marsáková/katedra fyzioterapie

Výzkum je plánován primárně pro publikaci v bakalářské práci (tj. tento dokument nemusí být přijatelný pro redakce časopisů, které vyžadují schválení výzkumu etickou komisí).	<input checked="" type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE
Sběr dat bude prováděn v českém jazyce	<input checked="" type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE
Respondenti budou dospělé osoby, které nejsou z vulnerabilních skupin (tj. svéprávné dospělé osoby, které nejsou: těhotné, ve výkonu trestu, členy menšin, křehkými seniory, osobami s mentálním či těžším zdravotním postižením, atp.)	<input checked="" type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE
Kontakt na pacienty bude zprostředkovan klinickým zařízením , se kterým má UK FTVS platnou smlouvu o klinických praxích, a celý výzkum bude proveden v tomto zařízení.	<input checked="" type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE
Veškerá vyšetření a terapie budou prováděny pod odborným dohledem kvalifikovaného fyzioterapeuta či jiného relevantního odborníka z klinického pracoviště. Budou použity pouze neinvazivní metody. Rizika prováděných vyšetření a terapeutických metod nebudou vyšší než běžně očekávaná rizika u daného typu terapie.	<input checked="" type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE
Data budou shromažďována a zpracovávána v souladu s pravidly vymezenými nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů. Mohou být přebírána osobní data : jméno, příjmení, rok narození, anamnéza, další pro výzkum nezbytné identifikátory osob. Všechna převzatá data budou bezpečně uchována v zaleslovaném počítači v uzamčeném prostoru. Tato data budou anonymizována (smazána) či pseudonymizována (nahrazena jiným jménem) co nejdříve to bude možné, nejpozději do 1 týdne po jejich převzetí. Řešitel(ka) rozumí, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivě či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby a bude dbát na to, aby jednotlivé osoby nebyly rozpoznatelné v textu práce. Veškerá data budou publikována v anonymní či pseudonymizované podobě. Jméno a příjmení pacienta nebude nikdy publikováno. Název klinického zařízení a jméno a příjmení supervizora může být publikováno, pokud nebude klinickým zařízením určeno jinak. Přesná data hospitalizace nebudou uváděna. V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.	<input checked="" type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE
Kazuistika se bude věnovat sběru běžných informací (tj. nebude zjišťovat citlivé informace o rasovém či etnickém původu, politických názorech, náboženském vyznání či o sexuálním životě nebo sexuální orientaci fyzické osoby, přesné informace o financích atp.). Vzhledem k zaměření práce je možné přebírat informace o zdravotním stavu pacientů. Řešitel(ka) si je vědom(a), že se jedná o citlivé informace a bude dbát na to, aby tyto informace byly zvláště pečlivě anonymizovány/pseudonymizovány, aby nevedly k identifikaci pacientů.	<input checked="" type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE
Mohou být pořízeny fotografie pacientů. Publikovány budou pouze anonymizované fotografie. Anonymizace bude provedena začerněním/rozmazáním obličejů či částí těla a znaků, které by mohly vést k identifikaci jedince. Neanonymizované fotografie budou uloženy v zaleslovaném počítači v uzamčeném prostoru, přístup k nim bude mít pouze řešitel(ka) a vedoucí práce a budou do 1 dne po pořízení anonymizovány, nebo smazány.	<input checked="" type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE
Mohou být pořízeny videozáznamy pacientů. Neanonymizované videozáznamy budou bezpečně uloženy v zaleslovaném počítači v uzamčeném prostoru, přístup k nim bude mít pouze hlavní řešitel(ka) a vedoucí práce. Neanonymizované videozáznamy budou do 1 týdne po pořízení smazány. Publikovány budou pouze anonymizované videozáznamy. Při pořizování nebudou natáčeny osoby, které nejsou součástí výzkumu.	<input checked="" type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE
Řešitel(ka) ani vedoucí není v rámci výzkumu ve střetu zájmů – výzkum jim nepřináší žádný benefit, oba jsou ve výzkumu nestranní a jejich vztah k získaným datům je neutrální (tzn. nejsou zaujati ve prospěch určitého výsledku). Mají-li vztah k respondentům či klinickému zařízení, tak tato skutečnost bude uvedena v práci a získaná data nebudou porovnávána s daty získanými neporovnatelným způsobem.	<input checked="" type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE
Informovaný souhlas (IS) bude vytvořen podle Předlohy 1 a před použitím bude schválen vedoucí(m) práce před zahájením sběru dat. Obojí - žádost a IS - bude vyhotoveno ve 2 originálech: 1 x bude podepsaná žádost uschována u vedoucí(ho) práce v uzamčeném prostoru, spolu s podepsaným IS; a 1 x bude podepsaná žádost spolu s odsouhlaseným textem IS (bez jmen, příjmení a podpisů, tj. pouze schválený text) přiložena jako Příloha 1 do bakalářské práce. 1 podepsaný IS obdrží pacient(ka).	<input checked="" type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE

Podpis řešitele(ky): Bartáková Vyjádření vedoucí(ho) práce: 11 x ANO = není třeba podat žádost EK

Podpis vedoucí(ho) práce/katedry: T. Nork

UNIVERZITA KARLOVA | Fakulta tělesné výchovy a sportu | Jose Martího 268/31, 162 52 Praha - Veleslavín

Appendix 2- Informed Consent Form

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín

Verze: EK UK FTVS 1 kaz
© EK UK FTVS, 2023

Předloha 1: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní, vážený pane,

v souladu se Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jakož jsou zejména Helsinská deklarace, přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964 ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013); Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zejména ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) a Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001, jsou-li aplikovatelné), Vás žádám o souhlas s prezentováním a uveřejněním výsledků vyšetření a průběhu terapie prováděné v rámci praxekde Vás příslušně kvalifikovaná osoba seznámila s Vaším vyšetřením a následnou terapií. Výsledky Vašeho vyšetření, průběh Vaší terapie, případně anonymizované relevantní informace Vaší anamnézy budou publikovány v rámci bakalářské práce na UK FTVS, s názvem

Cílem této bakalářské práce je

Získané údaje, průběh a výsledky terapie, případně fotodokumentace či video, budou uveřejněny v bakalářské práci v anonymizované či pseudonymizované podobě. Osobní data nebudou zveřejněna a budou uchována v anonymní podobě, nebo smazána nejdéle do 1 týdne po jejich převzetí. Budou-li pořízeny fotografie, budou anonymizovány do 1 dne po pořízení; bude-li pořízen videozáznam, bude anonymizován do 1 týdne po pořízení. V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.

Jméno a příjmení řešitele Podpis:.....

Jméno a příjmení osoby, která provedla poučení¹..... Podpis:.....

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s prezentováním a uveřejněním výsledků vyšetření a průběhu terapie ve výše uvedené bakalářské práci, a že mi osoba, která provedla poučení, osobně vše podrobně vysvětlila, a že jsem měl(a) možnost si řídně a v dostatečném čase zvážít všechny relevantní informace, zeptat se na vše podstatné a že jsem dostal(a) jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl(a) jsem poučen(a) o právu odmítnout prezentování a uveřejnění výsledků vyšetření a průběhu terapie v bakalářské práci nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně zasláním Etické komisi UK FTVS, která bude následně informovat řešitele. Dále potvrzuji, že mi byl předán jeden originál vyhotovení tohoto informovaného souhlasu.

Místo, datum

Jméno a příjmení pacienta(ky) Podpis pacienta(ky):

¹ Je-li řešitel s pacientem v závislém postavení, poučení provádí jiná příslušně kvalifikovaná osoba

Appendix 3 Scleroderma Health Assessment Questionnaire Initial


ORIGINÁLNÍ PRÁCE

PŘÍLOHA 1 DOTAZNÍK SCLERODERMA HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

SHAQ dodatek k dotazníku HAQ hodnotící obtíže u systémové sklerodermie


Rádi bychom se také dozvěděli, zda máte v důsledku své nemoci bolesti.
Jak velké bolesti jste měl(a) v důsledku své nemoci **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA, JAK SILNÉ BYLY VAŠE BOLESTI.

ŽÁDNÉ BOLESTI VELMI SILNÉ BOLESTI

0  100


Nakolik ovlivnily střevní obtíže Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

STŘEVNÍ OBTÍŽE
NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ

0  100


Nakolik ovlivnily dýchací obtíže Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

DÝCHACÍ OBTÍŽE
NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ

0  100


Nakolik ovlivnil Raynaudův fenomén (barevné změny na prstech spjaté s bolestivostí či brněním, vyvolané chladem nebo stresem) Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

RAYNAUDŮV FENOMÉN
NEOMEZUJE MĚ ČINNOSTI VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ

0  100

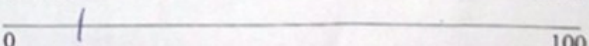
Nakolik ovlivnily vředy na prstech Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

VŘEDY NA PRSTECH
NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ

0  100

Když celkově zvážíte míru bolesti, pocit nepohodlí, omezení ve svém každodenním životě a ostatní tělesné změny a změny ve Vašem životě, jak závažné byste **DNES** ohodnotil(a) své onemocnění?
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

ŽÁDNÉ ONEMOCNĚNÍ VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ

0  100

2010, 28, č. 4 ČESKÁ REVMATOLOGIE 225

Appendix 4- Scleroderma Health Assessment Questionnaire Final

PŘÍLOHA 1 DOTAZNÍK SCLERODERMA HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

SHAQ dodatek k dotazníku HAQ hodnotící obtíže u systémové sklerodermie

Rádi bychom se také dozvěděli, zda máte v důsledku své nemoci bolesti.
Jak velké bolesti jste měl(a) v důsledku své nemoci **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA, JAK SILNÉ BYLY VAŠE BOLESTI.

ŽÁDNÉ BOLESTI VELMI SILNÉ BOLESTI

0 100

Nakolik ovlivnily střevní obtíže Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

STŘEVNÍ OBTÍŽE VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ
NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI

0 100

Nakolik ovlivnily dýchací obtíže Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

DÝCHACÍ OBTÍŽE VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ
NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI

0 100

Nakolik ovlivnil Raynaudův fenomén (barevné změny na prstech spjaté s bolestivostí či brněním, vyvolané chladem nebo stresem) Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

RAYNAUDŮV FENOMÉN VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ
NEOMEZUJE MĚ ČINNOSTI

0 100

Nakolik ovlivnily vředy na prstech Vaše každodenní činnosti **ZA UPLYNULÝ TÝDEN?**
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

VŘEDY NA PRSTECH VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ
NEOMEZUJÍ MĚ ČINNOSTI

0 100

Když celkově zvážíte míru bolesti, pocit nepohodlí, omezení ve svém každodenním životě a ostatní tělesné změny a změny ve Vašem životě, jak závažné byste **DNES** ohodnotil(a) své onemocnění?
UMÍSTĚTE NA ČÁRU ZNAČKU TAK, ABY OZNAČOVALA MÍRU OMEZENÍ ČINNOSTI.

ŽÁDNÉ ONEMOCNĚNÍ VELMI VÝRAZNÉ OMEZENÍ

0 100

2020, 28, č. 4 ČESKÁ REVMAATOLOGIE

Appendix 5-Cochin Hand Function Scale Questionnaire Initial

ORIGINÁLNÍ PRÁCE

PŘÍLOHA 2 DOTAZNÍK COCHIN HAND FUNCTION SCALE

Dotazník Cochin Hand Function Scale

U každé z následujících otázek označte prosím jedno políčko, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	Ano, bez problémů 0	Ano, s malými problémy 1	Ano, s určitými problémy 2	Ano, s velkými problémy 3	Téměř nedokážu vykonat 4	Nedokážu vykonat 5
V kuchyni:						
1. Dokážete udržet misku?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dokážete uchopit plnou láhev a zvednout ji?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dokážete udržet talíř plný jídla?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dokážete nalít tekutinu z lahve do sklenice?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dokážete odšroubovat víčko od zavařovací sklenice, která již byla otevřená?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dokážete nožem nakrájet maso?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dokážete snadno napichnout jídlo na vidličku?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dokážete oloupat ovoce?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oblékání:						
9. Dokážete si zapnout košili?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dokážete rozepnout a zapnout zip?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osobní hygiena:						
11. Dokážete zmáčknout novou tubu zubní pasty?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dokážete pevně držet zubní kartáček?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V práci:						
13. Dokážete perem napsat krátkou větu?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dokážete perem napsat dopis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné činnosti:						
15. Dokážete zmáčknout kliku u dveří?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dokážete nůžkami ustříhnout kus papíru?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dokážete sebrat mince ze stolu?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dokážete otočit klíčem v zámku?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appendix 6-Cochin Hand Function Scale Questionnaire Final

ORIGINÁLNÍ PRÁCE

PŘÍLOHA 2 DOTAZNÍK COCHIN HAND FUNCTION SCALE

Dotazník Cochin Hand Function Scale

U každé z následujících otázek označte prosím jedno políčko, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	Ano, bez problémů 0	Ano, s malými problémy 1	Ano, s určitými problémy 2	Ano, s velkými problémy 3	Těsně nedokáže vykonat 4	Nedokáže vykonat 5
V kuchyni:						
1. Dokážete udržet misku?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dokážete uchopit plnou láhev a zvednout ji?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dokážete udržet talíř plný jídla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dokážete nalít tekutinu z lahve do sklenice?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dokážete odšroubovat víčko od zavařovací sklenice, která již byla otevřená?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dokážete nožem nakrátit maso?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dokážete snadno napíchnout jídlo na vidličku?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dokážete oloupat ovoce?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oblékání:						
9. Dokážete si zapnout košili?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dokážete rozepnout a zapnout zip?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osobní hygiena:						
11. Dokážete zmáčknout novou tubu zubní pasty?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dokážete pevně držet zubní kartáček?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V práci:						
13. Dokážete perem napsat krátkou větu?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dokážete perem napsat dopis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné činnosti:						
15. Dokážete zmáčknout kliku u dveří?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dokážete nůžkami ustříhnout kus papíru?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Dokážete sebrat mince ze stolu?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Dokážete otočit klíčem v zámku?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appendix 7- Mouth Handicap in Systemic Sclerosis Questionnaire Initial

ORIGINÁLNÍ PRÁCE

PŘÍLOHA 3 DOTAZNÍK MOUTH HANDICAP IN SYSTEMIC SCLEROSIS

Dotazník Mouth Handicap in Systemic Sclerosis

Pravděpodobně je Vám známo, že Vaše onemocnění (systémová sklerodermie) může postihovat i Vaši tvář a ústa. Cílem tohoto dotazníku je zhodnotit, jak moc ovlivňuje postižení Vaší tváře a úst Váš každodenní život.

U každého z následujících tvrzení označte prosím jedno políčko, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	Nikdy 0	Vzácně 1	Občas 2	Často 3	Vždy 4
1. Mám problém otevřít ústa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Musím se vyhýbat určitým nápojům (perlivé, alkoholické, kyselé nápoje)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mám problém se žvýkáním	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Můj zubař se s obtížemi stará o mé zuby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Můj chrup se zhoršil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mé rty jsou stažené a/nebo mé tváře jsou propadlé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Mám sucho v ústech	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Musím často pít	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mé jídlo tvoří potraviny, které dokážu sníst a nikoliv ty, které bych chtěl(a) jíst	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mám problém mluvit srozumitelně	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vzhled mého obličeje se změnil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Mám problém se vzhledem mého obličeje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appendix 8- Mouth Handicap in Systemic Sclerosis Questionnaire Final

ORIGINÁLNÍ PRÁCE

PŘÍLOHA 3 DOTAZNÍK MOUTH HANDICAP IN SYSTEMIC SCLEROSIS

Dotazník Mouth Handicap in Systemic Sclerosis

Pravděpodobně je Vám známo, že Vaše onemocnění (systémová sklerodermie) může postihovat i Vaši tvář a ústa. Cílem tohoto dotazníku je zhodnotit, jak moc ovlivňuje postižení Vaší tváře a úst Vaš každodenní život.

U každého z následujících tvrzení označte prosím jedno políčko, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

	Nikdy 0	Vzácně 1	Občas 2	Často 3	Vždy 4
1. Mám problém otevřít ústa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Musím se vyhýbat určitým nápojům (perlivé, alkoholické, kyselé nápoje)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mám problém se žvýkáním	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Můj zubař se s obtížemi stará o mé zuby	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Můj chrup se zhoršil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mé rty jsou stažené a/nebo mé tváře jsou propadlé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Mám sucho v ústech	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Musím často pít	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mé jídlo tvoří potraviny, které dokážu sníst a nikoliv ty, které bych chtěl(a) jíst	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mám problém mluvit srozumitelně	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vzhled mého obličeje se změnil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Mám problém se vzhledem mého obličeje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appendix 9 –List of Tables

<u>Table No. 1 : General classification of rheumatic disease</u>	<u>3</u>
<u>Table No. 2: The American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism criteria for the classification of systemic sclerosis</u>	<u>6</u>
<u>Table No. 3 :Common Musculoskeletal Manifestations of SSc patients</u>	<u>14</u>
<u>Table No. 4: Most Common SSc Manifestation and Pharmacotherapy</u>	<u>16</u>
<u>Table No. 5: Initial Length of Lower Extremities</u>	<u>34</u>
<u>Table No. 6: Initial Circumferences of Lower Extremities</u>	<u>34</u>
<u>Table No. 7: Initial Length of Upper Extremities</u>	<u>35</u>
<u>Table No. 8: Initial Circumferences of Upper Extremities</u>	<u>35</u>
<u>Table No. 9: Other Initial measurements</u>	<u>36</u>
<u>Table No. 10: Initial Spinal distances</u>	<u>36</u>
<u>Table No. 11: Initial Shortened Muscles</u>	<u>37</u>
<u>Table No. 12: Initial ROM Examination</u>	<u>38</u>
<u>Table No. 13: Initial Muscle Strength of Facial Muscles</u>	<u>39</u>
<u>Table No. 14: Initial Muscle Strength of the Trunk and Neck</u>	<u>40</u>
<u>Table No. 15: Initial Muscle Strength of Upper Extremities</u>	<u>41</u>
<u>Table No. 16: Initial Neurological Examination of Facial Nerves</u>	<u>42</u>
<u>Table No. 17: Initial Deep Tendon Reflexes</u>	<u>43</u>
<u>Table No. 18: Initial Examination of Grips</u>	<u>44</u>
<u>Table No. 19: Final Length of Lower Extremities</u>	<u>79</u>
<u>Table No. 20: Final Circumferences of Lower Extremities</u>	<u>79</u>
<u>Table No. 21: Final Length of Upper Extremities</u>	<u>80</u>
<u>Table No. 22: Final Circumferences of Upper Extremities</u>	<u>80</u>
<u>Table No. 23: Other Final Measurements</u>	<u>80</u>
<u>Table No. 24: Final Spinal Distances</u>	<u>81</u>
<u>Table No. 25: Final Shortened Muscles</u>	<u>82</u>
<u>Table No. 26: Final ROM Examination</u>	<u>83</u>
<u>Table No. 27: Final Muscle Strength of Facial Muscles</u>	<u>84</u>
<u>Table No. 28: Final Muscle Strength of the Trunk and Neck</u>	<u>85</u>
<u>Table No. 29: Final Muscle Strength of Extremities, Grade 0 to 5</u>	<u>86</u>
<u>Table No. 30: Final Neurological Examination of Facial Nerves</u>	<u>87</u>
<u>Table No. 31: Final Deep Tendon Reflexes</u>	<u>88</u>
<u>Table No. 32: Final Examination of Grips</u>	<u>89</u>

<u>Table No. 33: Evaluation of Anthropometric Measurements</u>	<u>95</u>
<u>Table No. 34: Evaluation of Spinal Distances</u>	<u>96</u>
<u>Table No. 35: Evaluation of ROM Examination</u>	<u>97</u>

Appendix 10- List of Images

Image No. 1: The role of genetic background and environmental factors in triggering the autoimmune response of the body and development of SSc.....8