

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra antropologie a zdravovědy**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

2014

Matunová Aneta

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

**Diplomová práce**

Bc. Aneta Matunová

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší odborné školy

Kvalita života nemocných s idiopatickými střevními záněty

Olomouc 2014

vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené literární a odborné zdroje.

V Olomouci dne 15. 05. 2014

Bc. Aneta Matunová

## Poděkování

Děkuji PhDr. et Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D. za odborné vedení a poskytování cenných rad při vypracování diplomové práce. Zvláštní poděkování patří celému vedení Občanského sdružení pacientů s Idiopatickými střevními záněty v čele s předsedkyní PhDr. Martinou Pfeiferovou, které bych chtěla poděkovat za vstřícnou spolupráci a pomoc při výzkumném šetření.

# OBSAH

ÚVOD .....	7
1 CÍL PRÁCE .....	9
Hlavní cíl.....	9
Dílčí úkoly práce .....	9
2 TEORETICKÉ POZNATKY .....	10
2.1 Idiopatické střevní záněty .....	10
2.1.1 Crohnova choroba .....	11
2.1.1.1 Historický přehled.....	11
2.1.1.2 Lokalizace onemocnění .....	12
2.1.1.3 Příčiny onemocnění .....	13
2.1.1.4 Průběh a chování nemoci.....	13
2.1.1.5 Klinické projevy nemoci.....	13
2.1.1.6 Diagnostika onemocnění.....	15
2.1.1.7 Hodnocení průběhu onemocnění .....	16
2.1.2 Ulcerózní kolitida .....	17
2.1.2.1 Historický přehled.....	17
2.1.2.2 Lokalizace onemocnění .....	17
2.1.2.3 Příčiny onemocnění .....	18
2.1.2.4 Průběh a chování nemoci.....	18
2.1.2.5 Klinické projevy nemoci.....	19
2.1.2.6 Diagnostika onemocnění.....	19
2.1.2.7 Hodnocení průběhu onemocnění .....	19
2.1.3 Léčba Idiopatických střevních zánětů .....	20
2.1.3.1 Medikamentózní léčba .....	20
2.1.3.2 Chirurgická léčba .....	22
2.1.4 Komplikace Idiopatických střevních zánětů .....	23
2.1.4.1 Lokální střevní komplikace .....	23
2.1.4.2 Vzdálené projevy .....	24
2.1.4.3 Metabolické komplikace.....	25
2.2 Kvalita života .....	26
2.2.1 Pojem kvalita života .....	26

2.2.1.1 Historie.....	27
2.2.2 Roviny kvality života .....	27
2.2.3 Kvalita života a Idiopatické střevní záněty .....	29
2.2.3.1 Obecné dotazníky .....	29
2.2.3.2 Specifické dotazníky.....	31
2.2.4 Problematika kvality života pacientů s IBD.....	31
3 METODIKA PRÁCE .....	33
3.1 Metodika výzkumu.....	33
3.1.1 Metody získávání a sběru dat .....	33
3.1.2 Struktura dotazníku .....	34
3.1.3 Dotazník SF- 36.....	35
3.1.4 Zpracování výsledků dotazníkového šetření .....	38
4 VÝSLEDKY .....	39
4.1 Analýza výsledků .....	39
4.1.1 Nestrukturovaný dotazník .....	39
4.1.1.1 Vyhodnocení nestrukturovaného dotazníku .....	39
4.1.2 Standardizovaný Dotazník SF – 36 .....	49
4.1.2.1 Vyhodnocení dotazníku SF - 36 .....	50
5 DISKUZE .....	68
5.1 Hodnocení dílčích úkolů práce .....	68
5.2 Hodnocení výzkumných předpokladů .....	73
ZÁVĚR .....	76
SHRNUTÍ.....	79
SUMMARY.....	80
REFERENČNÍ SEZNAM .....	81
SEZNAM ODBORNÝCH NÁZVŮ.....	85
PŘÍLOHY .....	88

# ÚVOD

Idiopatické střevní záněty (IBD - inflammatory bowel diseases), Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida, jsou imunitně zprostředkovaná, chronická, zánětlivá onemocnění střev, která řadíme mezi civilizační nemoci. Dále do Idiopatických střevních zánětů také řadíme tzv. neurčitou kolitidu a mikroskopické kolitidy (Lukáš, 2005).

Poznání a odlišení mikroskopických kolitid od ostatních zánětů tlustého střeva je otázkou posledních let a v této práci se jimi nebudeme podrobněji zabývat.

Tyto choroby se objevují především u mladých osob, nejčastěji ve třetím a čtvrtém deceniu. Incidence Idiopatických střevních zánětů se v posledních dvaceti letech ve vyspělých zemích západní Evropy významně zvýšila. V případě Crohnovy nemoci je incidence v závislosti na geografické poloze státu udávána 4–10 a Ulcerózní kolitidy 8–20. Souhrnná prevalence obou chorob je odhadována v ekonomicky vyspělých zemích na 270–380 pacientů na 100 000 obyvatel. Příčina vzniku obou nemocí není známa. Nejvíce přijímanou představou je, že IBD vznikají v rámci porušené reakce imunitního systému střeva na fyziologickou mikrobiální flóru, kterou mylně považuje za patogenní bakterie a tím indukuje zánětlivou reakci, která ve svém důsledku vede k destrukci střevní tkáně. Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida nejsou v současné době žádnou medikamentózní terapií definitivně vyléčitelné. Naštěstí u většiny pacientů umožňuje podávaná terapie potlačit vedoucí projevy nemoci a zabránit vzniku komplikací, a také zajistit dobrou kvalitu života. Z těchto důvodů musí být medikamentózní léčba dlouhodobá a často také kombinovaná (Lukáš, 2011).

Teoretická část diplomové práce se věnuje základním informacím vztahujících se k onemocnění Idiopatickými střevními záněty, kam řadíme Crohnovu chorobu a Ulcerózní kolitidu. Zde je popsáno vše podstatné o těchto onemocněních, rizikových faktorech, diagnostických metodách a léčebných trendech. Dále se teoretická část práce věnuje samotné teorii kvality života, možnostem jejího měření a způsobům hodnocení kvality života.

V empirické části diplomové práce zjišťujeme ovlivnění kvality života nemocných s diagnózou Idiopatického střevního zánětu. Věnujeme se zde kvalitě zdraví především v oblastech celkového fyzického a psychického zdraví. Kvalitu života zjišťujeme na základě kvantitativního výzkumu, v kterém jsme použili výzkumné metody dotazníku

a to přímo standardizovaného dotazníku SF – 36 (Item Health Survey), který je široce používaným nástrojem ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím.

Diplomová práce byla svým odborným zaměřením pojmově náročná, a proto jsme zařadili na závěr práce vysvětlení odborných a latinských pojmů, včetně použitých zkratk.

Výstupem práce je zmapování a zhodnocení dosažené kvality života pomocí zmíněného standardizovaného dotazníku u nemocných s Idiopatickými střevními záněty, kteří se zúčastnili našeho výzkumného šetření.



# 1 CÍL PRÁCE

## Hlavní cíl

Hlavním cílem této práce bylo zjistit kvalitu života nemocných s Idiopatickými střevními záněty.

Zaměřili jsme se na měření kvality života nemocných s IBD, kteří se léčí ambulantně. Nežjišťovali jsme tedy kvalitu života u nemocných, kteří jsou právě hospitalizováni z důvodu své nemoci.

## Dílčí úkoly práce

1. Zjistit, zda pohlaví, věk a výskyt onemocnění IBD v rodině ovlivňuje výskyt Idiopatických střevních zánětů (položky v dotazníku č. 1, 2, 3, 4, 5).
2. Zjistit, v jakém směru jsou nemocní s Idiopatickými střevními záněty nejvíce omezováni (položky v dotazníku č. 6, 7, 8).
3. Zjistit kvalitu života respondentů s Idiopatickými střevními záněty na základě standardizovaného dotazníku SF-36 (položky v dotazníku č. 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19).

## Výzkumné předpoklady

1. Největší omezení nalézají nemocní s Idiopatickými střevními záněty v oblasti kulturního života.
2. Index kvality života SF-36 (Item Health Survey) bude u nemocných s Idiopatickými střevními záněty nižší než 85.
3. Hodnota kvality života SF – 36 (Item Health Survey) je u nemocných s Crohnovou chorobou nižší než u Ulcerózní kolitidy.

## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

Náplní teoretické části práce je zmapování základních informací o Idiopatických střevních zánětech a možností měření kvality života u nemocných touto chorobou postižených.

### 2.1 Idiopatické střevní záněty

Jako idiopatické střevní záněty v užším slova smyslu označujeme v této diplomové práci především ulcerózní kolitidu a Crohnovu chorobu, které patří mezi heterogenní soubor odchylek postihujících tenké a tlusté střevo. Jejich etiologie je neznámá a naše poznatky o patogenezi jsou pouze dílčí (Lukáš, 1998).

Ulcerózní kolitidu lze definovat jako hemoragicko-katarální nebo ulcerózní zánět konečníku, šířící se kontinuálně do vyšších partií tlustého střeva a postihující především povrchní vrstvy střevní stěny (Lukáš, 1998).

Crohnova choroba je lokalizována izolovaně nebo kombinovaně jak na tenkém, tak i tlustém střevě, a to segmentárně nebo plurisegmentárně. Zánět postihuje v průběhu onemocnění střevní stěnu transmúrně s typickou, ne vždy však prokazatelnou komponentou granulomů. Vzácně nešetří ani vyšší partie trávicí trubice. Obě jednotky mají výraznou tendenci k častým klinickým relapsům, eventuelně recidivám (Lukáš, 1998).

V současné době jsou již známé mnohé z patogenetických mechanismů působících při rozvoji ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby, ale vlastní etiologie stále uniká našemu poznání. V současné době můžeme na základě obrovského množství informací a hypotéz koncipovaných v posledních dvaceti letech rozlišit čtyři okruhy etiopatogenetických faktorů u Idiopatických střevních zánětů:

- Faktory imunologické, genetické, infekční.
- Faktory zevního prostředí (Lukáš, 1998).

Prognóza Crohnovy nemoci je závislá na oblasti a rozsahu postižení střeva a na komplikacích. Průměrně 50 % (dle jiných 85-90 %) nemocných vyžaduje chirurgické řešení. Z nich pak 50 % vyžaduje druhý zákrok a z těch opět u 50 % je nutný třetí výkon. Kvalita života je u nemocných s Crohnovou nemocí poněkud nižší než u nemocných s ulcerózní kolitidou, protože Crohnova nemoc je obecně na léčbu rezistentnější, mívá

častější komplikace a chirurgický výkon nemusí onemocnění definitivně řešit (Lukáš, 2002).

Za rizikové skupiny obyvatelstva se považují u Crohnovy choroby příbuzní pacientů s Crohnovou chorobou, obyvatelé měst a kuřáci. Prevence onemocnění nespecifickými střevními záněty není známa vzhledem k tomu, že není známa ani příčina těchto nemocí (Kohout, Pavlíčková, 1998).

## **2.1.1 Crohnova choroba**

Crohnova choroba je chronické zánětlivé zvrhodování jednoho nebo více úseků trávicího traktu (obvykle v tenkém či tlustém, nebo současně). Postihuje sliznici, podslizniční vrstvu, pojivovou a svalovou vrstvu. Zánět prostupuje celou střevní stěnou, postiženo bývá několik různých jejích oblastí, mezi nimiž jsou úseky zdravé tkáně (přerušované léze). Může se šířit od ústního otvoru k řitnímu včetně přilehlých mízních uzlin. Zanícená místa se hojí jizvami, které zužují trubici (Čermáková, 2008).

### **2.1.1.1 Historický přehled**

Na uznání své samostatnosti si musela Crohnova choroba počkat až do roku 1932. Už ve staré lékařské literatuře jsou však k nalezení popisy nemocných, které sedí i na současné pacienty (Červenková, 2009).

Ve slavné newyorské nemocnici Mount Sinai působilo počátkem 20. let minulého století hned několik pracovníků, kteří se problematikou zánětlivých onemocnění střev zabývali. Byli jimi Moschowitz a Wilensky, kteří již v roce 1923 popsali 4 případy nemocných s nespecifickou granulomatózou tenkého střeva a v r. 1927 přidali ještě dalšího pátého pacienta. Druhou skupinu tvořili Ginzuburg s Oppenheimerem a slavným chirurgem Bergem. Tato pracovní skupina měla zkušenosti celkem s 12 nemocnými, které sledovala od roku 1920. Všechny tyto pacienty odoperoval Berg a u všech byl podobný nálezn. Třetím, kdo měl ve stejné nemocnici zkušenosti s těmito pacienty, byl Crohn, který od roku 1930 léčil dva nemocné se střevním zánětem (Lukáš, 1998).

Tehdejší šéfpatalog všem doporučil, aby dali hlavy dohromady a připravili článek do prestižního odborného časopisu JAMA (Journal of the American Medical Association). Podle tehdejších pravidel redakce podepsala autory v abecedním pořádku, nikoli podle badatelských zásluh. Navíc chirurg Berg se podepsat odmítl, protože se na sepisování

nepodílel. Jinak by na prvním místě figuroval právě on a my bychom dnes mluvili o Bergerově nemoci (Červenková, 2009).

Až do konce 50. let se mělo za to, že regionální enteritida je jedinou lokalizací Crohnovy choroby (Lukáš, 1998).

Teprve výzkumy v 50. a 60. letech minulého století definitivně prokázaly, že toto onemocnění postihuje rovněž tlusté střevo, ba dokonce jakoukoli část trávicí trubice. Počátkem 90. let se potom pohled na Crohnovu chorobu posunul ještě razantněji. Ukázalo se, že se jedná o heterogenní onemocnění s natolik různorodou lokalizací, projevy a komplikacemi, že je nutné klasifikovat ho mnohem přesněji, jinak by nebylo možné způsoby a výsledky léčby porovnávat (Červenková, 2009).

### **2.1.1.2 Lokalizace onemocnění**

Crohnova choroba postihuje celou trávicí trubici od úst po konečník, ale umístění v ústech a jícnu je velmi vzácné a je pospáno u několika málo případů na celém světě. Nejprve byla popsána Crohnova choroba v oblasti napojení tenkého střeva na tlusté (ileocékální oblast), resp. na konci tenkého střeva (terminální ileum), podle kterého byly první případy popsány jako ileitis terminalis – zánět konečné části tenkého střeva. Později se však zjistilo, že asi 20 % pouze střevo tlusté a dalších 30 % se vztahuje k tenkému i tlustému střevu. V 30 % je postižen samostatně konečník. Typické pro tuto chorobu je, že postihuje vždy pouze určitý úsek tenkého či tlustého střeva, úseky mezi jednotlivými segmenty mohou být zcela zdravé (Matunová, 2012).

Vyskytují se tři formy této nemoci:

1. **Stenozující** - důsledkem zánětu je zesílení stěny a zúžení průsvitu střeva, z toho vyplývající omezení průchodnosti střev či jejich úplná neprůchodnost.
2. **Fistulující** - zánět proniká celou tloušťkou stěny, dochází ke slepení střeva s okolními orgány a vzniku fistulí (píštělí).
3. **Zánět omezený na stěnu bez vzniku zúžení či píštělí** (Šafránková, Nejedlá, 2006).

### **2.1.1.3 Příčiny onemocnění**

Příčina vzniku Crohnovy nemoci není plně objasněná, nejvíce důkazů však svědčí pro teorii, že k ní dochází v důsledku nepřiměřené obranné reakce na některé složky potravy a bakterie sídlící ve střevě. Ke vzniku této poruchy přispívají i některé vrozené předpoklady – až 20 % z postižených má mezi příbuznými dalšího nemocného s touto chorobou (Čermáková, 2009).

Skutečnost, že není známa přesná příčina onemocnění, však znamená, že není znám ani lék, který by tuto chorobu vyléčil. Léčba není tedy kauzální (léčící příčinu), ale symptomatická, to znamená, že se léčí pouze příznaky onemocnění, případně jeho následky či komplikace (Matunová, 2012).

### **2.1.1.4 Průběh a chování nemoci**

Zatímco lokalizace nemoci se příliš nemění, její chování zásadně ano. Na začátku mívá většina nemocných pouze zánětlivé změny na střevní sliznici, ale v dalších letech se přidružují takové, které vedou ke komplikacím zahrnující stenózy nebo píštěle (Slezáková, 2007).

Ze třech typů chování nemoci (zánětlivý, stenózující, píštělový) odpovídá na konzervativní léčbu nejlépe typ zánětlivý. Stenózující typ představuje většinou hlavní důvod k chirurgické intervenci. Také typ píštělový odpovídá hůř na konzervativní léčbu, proto takové pacienty často čeká operace a intenzivní léčba medikamenty. Během sedmi let přejde Crohnova nemoc do méně příznivé podoby u většiny nemocných. Operaci neujde asi 80 % z nich, opakovaně čeká kolem 20 % pacientů (Matunová, 2012).

Ač je Crohnova nemoc nevyléčitelná, u většiny postižených lékaři dosáhnou léčbou klidové fáze, takže mohou žít stejně kvalitní život jako zdraví vrstevníci. Pouze 5 % nemocných nemůže trvale pracovat a má i další významná omezení (Červenková, 2009).

### **2.1.1.5 Klinické projevy nemoci**

Průběh onemocnění je chronický, většinou se střídají období větších potíží s ústupem příznaků (relapsy a remise). U některých pacientů je průběh mírný, u jiných je zánět stále aktivní, nedaří se jej potlačit a šíří se na další úseky trávicí trubice (Lukáš, 2008).

## **Projevy podle místa lokalizace zánětu**

**Tenké střevo** – bolesti břicha, neprospívání, hubnutí a chudokrevnost. Průjmy a mimostřední projevy chybějí, naopak hrozí opakovaná neprůchodnost tenkého střeva.

**Ileocékální oblast** – nejtypičtější umístění projevující se bolestmi břicha, průjmy a hubnutím. Bolesti jsou křečovité a dostavují se hlavně po jídle, a to do 30 až 60 minut.

**Tlusté střevo** – bolesti břicha, průjmy (někdy krvavé, hnisavé projevy kolem konečníku).

**Oblast konečníku a řitního kanálu** – hnisavé projevy u konečníku: opakované abscesy, píštěle u konečníku, vředy v řitním kanále a infiltrované anální papily, které vytvářejí bolestivé výrůstky v konečníku (Červenková, 2009).

## **Projevy mimo trávicí soustavu**

- **Postižení očí:** Iritis (zánětlivé onemocnění duhovky nebo celé uvey) a Episcleritis = vážné zánětlivé onemocnění očního bělma.
- **Postižení pohybového aparátu:** Artritis, Bechtěrovova nemoc, Osteoporóza.
- **Kožní projevy:** Erythema nodosum = rudé uzlinky (zpravidla vznikají v přední části podkolenní oblasti. Vznikají v tomto místě vlivem zánětu podkožní tkáně a projevují se v souvislosti s panniculitis – ohraničený nebo difúzní zánětlivý proces v tukové tkáni); Pyoderma gangrenosum = bolestivé hnisavé kožní projevy.
- **Hematologické projevy:** Trombóza a plicní embolie – v důsledku vzniku krevních sraženin při větší tendenci ke srážení krve při aktivním zánětu (Lukáš, 1997).

## **Projevy na celkovém stavu:**

- Teplota (bývá nižší, do 38,5°C. Pokud dojde ke komplikaci, jakou je např. absces, může být i vyšší).
- Snížení hmotnosti, poruchy růstu: protože se choroba může prokázat v období puberty, které je charakteristické rychlým růstem jedince,

pozorujeme až u 30 % dětí s touto nemocí růstové poruchy. (Šafránková, Nejedlá, 2006).

### **2.1.1.6 Diagnostika onemocnění**

#### **1. Vyšetření pacienta**

Vyšetření pacienta počíná anamnézou, kde mimo vlastních potíží pátráme také po přítomnosti této choroby v rodině. Fyzikální vyšetření pacienta se při podezření na zánětlivé střevní onemocnění zaměřuje obzvláště na oblasti břicha a konečníku (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

#### **2. Laboratorní vyšetření**

Provádíme tzv. diferenciální diagnostiku jiného střevního onemocnění. Laboratorně hodnotíme zánětlivou aktivitu nemoci a přítomnost výživových komplikací. Detekujeme projevy malabsorpčního syndromu (Kohout, Pavlíčková, 1998).

Základní rozbor krve při Crohnově chorobě:

*Imunoglobuliny (ASCA, Panca)*

*Krevní obraz, C-reaktivní protein, hladina železa v séru.*

*Vyšetření stolice - Známkou zánětu na střevní sliznici je vyšší koncentrace kalproktinu ve stolici (Červenková, 2008).*

#### **3. Ultrasonografické vyšetření - kontrastní rentgenové a zobrazovací vyšetření**

Enteroklýza – Nasojejunální cévkou se vpravuje do těla speciální řídký roztok baria a etylcelulózy a v krátkých časových intervalech pacienta snímujeme.

Počítačová tomografie (CT) - moderní zobrazovací metoda, která využívá prozáření lidského těla Rentgenovými paprsky k vytvoření obrazů lidského těla.

Magnetická rezonance (MR) - největším přínosem je pro ty nemocné, jimž zánět zasáhl konečník či řitní kanál a způsobil jim zde hnisavé komplikace, jako jsou abscesy a píštěle. Dokonale a prostorově zcela přesně totiž ukáže, kudy píštěle probíhají a kde se v oblasti kolem řitního kanálu a pánevního dna nacházejí abscesy (Kreuzberg, Ferdová, Mírka, Ferda, 2006).

#### **4. Endoskopická vyšetření**

Endoskopické vyšetření je vyšetření trávicí trubice ohebným či tuhým přístrojem.

Kolonoskopie = endoskopické vyšetření tlustého střeva, případně tenkého. Provádí se při podezření na Crohnovu chorobu a zjišťuje, zda je postižen konečník, či tlusté střevo.

Endosonografické vyšetření rektu = toto vyšetření umožňuje posoudit anatomickou situaci kolem konečníku a v jeho stěně. Proto ho lékaři používají hlavně u pacientů s postižením této oblasti (Tachecí, 2008).

ERCP = Užití při mimostřevních komplikacích s postižením žlučovodů nebo slinivky břišní (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Kapslová endoskopie = vyšetření spočívající v požití kapsle s minifotoaparátem, který zhotovuje dva snímky za vteřinu po dobu 6 – 8 hodin. Obraz přenáší snímací zařízení, které lékař umístí pacientovi na břicho (Tachecí, 2008).

Kapsle může detekovat časně postižení tenkého střeva Crohnovou chorobou přehlédnuté tradičními rentgenovými metodami. Senzitivita vyšetření je vyšší než u enteroskopie, CT/MR, enteroklýzy (Douda, 2010).

Gastroskopie = endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku.

Enteroskopie = endoskopické vyšetření tenkého střeva umožňující vyšetření celého tenkého střeva (Červenková, 2009).

#### **2.1.1.7 Hodnocení průběhu onemocnění**

Ke zjištění aktivity nemoci se užívá index aktivity Crohnovy choroby – CDAI (*Crohn's Disease Activity Index*). Při jeho výpočtu využíváme subjektivních údajů pacienta, vyšetření pacienta lékařem i vyšetření krve pacienta. K hodnocení slouží počet průjemovitých stolic v průběhu 1 týdne, počet epizod bolestí břicha za stejný časový úsek, pocit tělesné pohody, nutnost léčby průjmů léky k zastavení průjmu (antidiarhoiky). Další body přibývají při přítomnosti mimostřevních příznaků, při přítomnosti hmotného útvaru v břišní dutině, s určitou hodnotou obsahu červeného krevního barviva (hemoglobinu) a s poměrem skutečné tělesné hmotnosti pacienta k hmotnosti ideální. Jednotlivé údaje se násobí různými indexy, za normu je považována hodnota CDAI do 150, vyšší hodnoty znamenají vzplanutí onemocnění (Lukáš, 2008).



Aktivitu onemocnění lze zjistit též při histologickém vyšetření vzorku postižené sliznice, hodnotou zánětlivých ukazatelů v krvi pacienta, případně vyšetřením indexu střevní propustnosti (Matunová, 2012).

## **2.1.2 Ulcerózní kolitida**

Ulcerózní kolitida je nespecifický hemoragicko-katarální nebo ulcerózní zánět sliznice konečníku a přilehlé části nebo celého tračníku s nárazovým nebo chronicky exacerbuujícím průběhem (Gabalec, 2009).

### **2.1.2.1 Historický přehled**

První popis nemocného, který pravděpodobně onemocněl ulcerózní kolitidou, pochází z Irska, kde byl v roce 1774 popsán případ 40letého muže, jenž od roku 1756 do své smrti trpěl průjmy s krví. Při pitvě byl nalezen vředovitý zánět tračníku postihující celé tlusté střevo a terminální ileum. V roce 1913 se již ulcerózní kolitida jako svébytná jednotka objevila na pořadu jednání lékařského kongresu v Paříži. V roce 1948 vydává Mařatka monografii *Colitis ulcerosa*, první rozsáhlé dílo v naší odborné literatuře, které se idiopatickými střevními záněty zabývá. Dnes již legendární kniha se stala základním pramenem, ze kterého čerpalo několik generací gastroenterologů. V první polovině 60. let se intenzivně problematikou ulcerózní kolitidy zabývali Mařatka s Wagnerem a Polčák s Vokurkou. Ze všech imunologických koncepcí se trvale udržuje představa autoimunitní reakce, která je plně aktuální i v dnešní době. Nicméně žádná z úvah, které byly v průběhu více než osmi desetiletí v etiologii tohoto onemocnění zvažovány, plně nevysvětlila pravou příčinu vzniku této nemoci (Lukáš, 1998).

### **2.1.2.2 Lokalizace onemocnění**

Ulcerózní kolitida je chronický zánět tlustého střeva, které postihuje v různém rozsahu, vždy však zachvátí také konečník. Hlavní rozdíl mezi Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou je ten, že zánět se šíří v povrchových vrstvách stěny tlustého střeva, tedy převážně ve sliznici a podslizniční části. Pouze ve výjimečných případech proniká do hlubších vrstev (Červenková, 2009).

Z klinického hlediska je možné ulcerózní kolitidu dělit dle rozsahu onemocnění:

- Rektální tvar – postihuje rektum maximálně do vzdálenosti 15 cm od anorektálního přechodu.
- Ohraničený tvar – postihuje celé rektum a různě dlouhý úsek sigmoidu.
- Levostranný tvar – postihuje celou levou část tlustého střeva až do poloviny transversní části tlustého střeva.
- Difúzní tvar – šíří se až po hepatální flexuru, někdy i na dno céka, je nejtěžší formou.

Podle aktivity onemocnění se ulcerózní kolitida dělí:

- Lehká.
- Střední.
- Vysoce aktivní.
- Fulminantně probíhající s extrémně vysokou aktivitou a nutným urychleným chirurgickým zásahem (Lukáš, 1998).

### **2.1.2.3 Příčiny onemocnění**

Předpokládá se, že se na vzniku ulcerózní kolitidy se podílí více faktorů, jako je dědičnost, stres, někteří infekční činitelé, složení stravy a porucha imunitního slizničního systému. Stejně však jako u Crohnovy choroby prevence onemocnění není známa vzhledem k tomu, že není známa ani příčina těchto dvou nemocí (Yamada, 1998).

### **2.1.2.4 Průběh a chování nemoci**

U většiny pacientů (téměř 90 %) se zcela typicky střídají období vzplanutí zánětu, jimž se říká relapsy, s bezpříznakovými periodami klidu (remise), ať už nastávají spontánně či vlivem léčby. Zkušenosti lékařů ukazují, že první tři roky od stanovení diagnózy jsou pro chování a vývoj nemoci zásadní. Jestliže se od počátku vracejí několikrát do roka navzdory udržovací léčbě, pak se bude takhle chovat i nadále. A naopak, dojde-li po úvodní atace k dlouhodobému zklidnění, nebudou relapsy ani v budoucnu častější. Odhadnout přesný vývoj nemoci je přesto svízelné. Co způsobuje návraty ulcerózní kolitidy, není dosud jasné. Nejzkušenější gastroenterologové z praxe vědí, že je to však především psychický stres. (Červenková 2009)

### **2.1.2.5 Klinické projevy nemoci**

Mezi hlavní příznaky ulcerózní kolitidy patří průjem, enteroragie, defekace hlenu a bolesti břicha. U postižení rektosigmatu jsou časté tenezmy – nutkavé bolestivé pocity na stolici s defekací malého množství stolice nebo jen hlenu a pocitem neúplného vyprázdnění. Kolitida většího rozsahu bývá spojována s těžšími příznaky, profuzním krvavým průjmem a celkovými projevy. Pacienti s proktitidou trpí krvácením, tenezmy, průjmy a občas i úpornou zácpou. Průběh nemoci je charakterizován epizodami relapsů a remisí.

Vývoj nemoci může být:

- progresivní – nárazy se postupně prodlužují a zhoršují,
- stacionární – stejný způsob průběhu po řadu let,
- regresivní – po prvním těžkém nárazu dochází k úpravě a postupnému zmírňování symptomatologie (Gabalec, 2009).

### **2.1.2.6 Diagnostika onemocnění**

Neexistuje zlatý standard pro diagnostiku ulcerózní kolitidy. Diagnostika je založena na klinickém, endoskopickém a histologickém obraze. V endoskopickém obraze jde o kontinuální změny začínající v rektu a šířící se proximálně. Histologie by měla být při koloskopickém vyšetření odebírána z jednotlivých segmentů. (Gabalec, 2009)

Doporučená vyšetření k diagnóze ulcerózní kolitidy dle ECCO (Evropská společnost pro ulcerózní kolitidu a Crohnovu chorobu)

- krevní obraz, močovina, kreatinin, ionty, jaterní testy, Fe, vazebná kapacita, CRP, FW.
- kultivace stolice.
- vyšetření toxinů: Clostridium difficile (Langan, Gotsch, Krafczyk, Skillinge, 2007).

### **2.1.2.7 Hodnocení průběhu onemocnění**

Mařatka (1999) rozlišuje a hodnotí průběh ulcerózní kolitidy dle endoskopického nálezu na floridní období a klidové období – viz. tabulka 1.

Tabulka.1 Endoskopické hodnocení ulcerózní kolitidy podle Mařátky (1999)

<b>FLORIDNÍ OBDOBÍ</b>	
<b>stádium krvácivé</b>	difúzně krvácivá sliznice, s otokem, spontánním difuzním krvácením
<b>stadium vředů</b>	jsou zastiženy méně často, drobné bodovité, mohou se spojovat ve větší ploché vředy se žlutobílou spodinou
<b>stadium ulceropolypózní</b>	u těžce probíhající kolitidy bizarní tvary polypů
<b>KLIDOVÉ OBDOBÍ</b>	
<b>stadium granulované sliznice</b>	sliznice je růžová, lehce zarudlá, jemně zrnitá, suchá tj. bez výměšku zánětlivého, cévní kresba není patrna
<b>stadium úpravy</b>	nález může být zcela normální, histologicky je možno prokázat změny
<b>stadium polypů</b>	po vyhojení zbývají polypy na zdánlivě neporušené sliznici

### 2.1.3 Léčba Idiopatických střevních zánětů

Léčba nespecifických zánětů se liší podle aktivity onemocnění a následně podle odpovědi na léčbu. Dále podle toho, zda léčíme akutní vzplanutí nemoci či v klidovém stádiu předcházíme nové atace onemocnění. Konzervativní léčbou se rozumí podávání léků s protizánětlivým, antibakteriálním či jiným účinkem a podávání umělé výživy do střeva nebo do žilního systému pacienta. Pomocnou roli může mít i psychoterapie. V případě, že konzervativní léčba není dostatečně účinná, přistupujeme k chirurgickému zákroku (Kohout, Pavlíčková, 1998).

#### 2.1.3.1 Medikamentózní léčba

Jejím cílem je zklidnit aktivní zánět tak, aby ho vystřídala remise. V této fázi léčby lékař předepisuje co nejvyšší dávky léků – obvykle hned více typů najednou. Až po zklidnění přichází na řadu léčba udržovací. Její snahou je udržet tento stav co nejdéle. Používají se aminosalicyláty, kortikoidy a imunosupresiva (Červenková, 2009).

– **Preparáty kyseliny 5-aminosalicylové (5-ASA)**

Ovlivňují zánětlivou odpověď v místě zánětlivě změněné sliznice střeva. Jejich hlavní indikací je léčba udržovací (předcházení nového vzplanutí po zklidnění zánětu střevní sliznice). Preparáty 5-ASA se liší podle místa působení na určité oddíly trávicí trubice a podle toho se volí při různém rozsahu postižení různé preparáty. Pro oblast konečníku a esovitě kličky volíme čípky a klysmata, pro zbylou oblast zaživacího traktu jsou vhodnější tablety. Pro celé tenké i tlusté střevo jsou určeny tablety Pentasa, pro oblast ilea a počátek tlustého střeva jsou určeny tablety Salofalk, Sulfasalazin a pro tlusté střevo tablety Asacol a nově vyvinutá vysoce účinná léková forma 5-ASA v tobolkách Colazide, s velmi malým výskytem nežádoucích účinků (Lukáš, 2011).

– **Kortikoidy** neboli kortikosteroidy jsou hormony kůry nadledvin. K léčbě nespecifických střevních zánětů se používají od padesátých let 20. století. Využívá se jejich protizánětlivého a imunosupresivního účinku. Jsou účinné v léčbě akutního vzplanutí Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy, v navození klidového stavu a jeho prodloužení. Jsou to léky velmi účinné, ale mají také velké množství nežádoucích účinků, jako je např. osteoporóza, možnost vzniku diabetu mellitu nebo její zhoršení, akné, příbytek na váze, možnost vzplanutí bakteriální infekce, minerálový rozvrat, vznik žaludečních vředů atd. Ve fázi udržení se je snažíme vyměnit za preparáty mesalazinu nebo za imunosupresiva, pokud samotný mesalazin nestačí (Lukáš, 2008).

– **Imunosupresiva** jsou to léky, které blokují činnost imunitního systému. Řadíme mezi ně *Azathioprim* a *6-merkaptopurin* se využívají u nespecifických střevních zánětů k náhradě vysoké dávky kortikoidů, k udržení klidového stavu, pokud mesalazin nestačí (Lukáš, 2011).

– **Antibakteriální léky** Používání protibakteriálních léků je především empirické (Kohout, Pavlíčková, 1998).

– **Biologická léčba**, je hitem současné medicíny, který se časem bezpochyby promění ve stálíci léčby chronických střevních zánětů. Je určena pacientům, u nichž léčba kortikosteroidy a imunosupresivy selhala či měla pouze nízkou odezvu, takže jejich nemoc dál probíhá velmi agresivně. Na rozdíl

od farmakologické léčby, spočívající v podávání synteticky vyrobených léků, využívá léčba biologická výhradně přírodní produkty. K jejím nejznámějším reprezentantům patří například očkovací látky nebo přípravky, jež se vyrábějí z lidské krve. Mezi užívané účinné látky řadíme: INFLIXIMAB, ADULIMUMAB (Červenková, 2009).

### 2.1.3.2 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je využívána v případě, že konzervativní léčba selhala či v případě akutních či dlouhodobých komplikací nemoci. Rozlišujeme operační výkon urgentní (neodkladný), výkon prováděný v případě ohrožení života pacienta, a elektivní, to znamená výkon po dostatečné předchozí přípravě (Kohout, Pavlíčková, 1998).

#### **Typy operačních výkonů používaných u Crohnovy nemoci:**

**Strikturoplastika** = podélné roztěti střeva a sešití příčně. Vzhledem k postavení tlustého střeva v metabolismu jsou na něm prováděny resekční výkony bez problémů až po totální kolektomii. Rozsah resekcí na tenkém střevu je limitován nejnutnější délkou střeva nutnou k výživě a i ten je významně omezen, byť jen mikroskopickými změnami na sliznici omezujícími jeho základní funkci v trávení (Kohout, Pavlíčková, 1998).

**Bypassové výkony** – v současné době bypassové operace považujeme u nemocných s Crohnovou chorobou za nevhodné. (Kohout, Pavlíčková, 1998)

**Ileocékální resekce** – v těchto případech se provádí resekce terminální ilea a céka s vytvořením anastomózy mezi ileem a ascendentem koncem ke konci (Lukáš, 2008).

**Pravostranná, levostranná hemikolektomie** – provádí se při postižení izolované segmentární lokalizaci na tlustém střevě (Lukáš, 2008).

#### **Typy operačních výkonů používaných u ulcerózní kolitidy:**

Chirurgický zákrok se provádí u nemocných s ulcerózní kolitidou ve třech situacích:

1. Medikamentózní léčba nevede ke zklidnění zánětu.
2. Prudký průběh zánětu nereaguje na intenzivní léčbu.
3. Vznik předrakovinných ložisek na sliznici tlustého střeva.

Pro operaci ulcerózní kolitidy platí, že se vždy musí odstranit celé tlusté střevo, byť by byla postižena pouze jeho část. To proto, že do šesti měsíců poté se většinou

z dosud neznámého důvodu objeví nový aktivní zánět v dosud nepostižené části střeva. Jelikož kolitida nepostihuje střevo tenké, řeší vyjmutí celého tlustého střeva tuto nemoc jednou provždy (Červenková, 2009).

Typy resekce:

**Proktokolektomie** – vyjmutí konečníku a celého tlustého střeva + vytvoření terminální ileostomie. Méně častý výkon, hodící se pro nemocné ve vyšším věku.

**Ileorektální anastomóza se subtotální kolektomií** – ponechává se konečník, na který se napojí tenké střevo. Tento výkon je dnes vyjímečný.

**Proktokolektomie a ileo-pouch-anální anastomóza** – nejrozšířenější chirurgický výkon, kdy se odstraňuje celé tlusté střevo i konečník, z něhož se ponechá jen řitní kanál. Z několika kliček tenkého střeva se vytvoří vak (pouch), obvykle ve tvaru písmene J, a na jeho břicho se našije horní konec řitního kanálu (Lukáš, 2008).

#### **2.1.4 Komplikace Idiopatických střevních zánětů**

V průběhu Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy se mohou objevit rozličné komplikace. Příčinou bývá těžký zánět ve střevě nebo imunitní reakce, případně narušené vstřebávání některých živin či žlučových kyselin (Lukáš, 2008).

Červenková (2009) rozlišuje komplikace Idiopatických střevních zánětů

- Lokální střevní komplikace.
- Vzdálené projevy.
- Metabolické komplikace.

##### **2.1.4.1 Lokální střevní komplikace**

Stenóza = zúžení střevního průsvitu se zhoršenou průchodností tráveniny, s možností úplného uzavření střeva s následnými projevy střevní neprůchodnosti (ileus) na podkladě otoku při akutním zánětu či vazivovém zjizvení při hojení (Kohout, Pavlíčková, 1998).

Tato komplikace se objevuje u 30 až 40 % lidí s Crohnovou chorobou. Řešení spočívá v balonové dilataci střeva při endoskopickém vyšetření nebo strikturoplastika či resekce postiženého úseku (Červenková, 2009).

Perforace – relativně častá komplikace se rozvíjí většinou postupně v průběhu silného zánětu. Hluboký vředovitý defekt pronikne celou stěnou střeva. Kolem něj se vytvoří vazivové blány ohraničující šířící se zánět. Konečným výsledkem je vznik píštěle a abscesu, uloženého mimo střevní stěnu. Řešení spočívá v chirurgické resekcii postižené části střeva (Červenková, 2009).

Píštěl = novotvořené spojky mezi jednotlivými kličkami střevními (enteroenterální píštěl), či mezi střevem a jinými orgány (např. pochva nebo močový měchýř), případně mezi střevem a povrchem těla (enterokutánní píštěle). Časté jsou píštěle okolo konečníku – perianální píštěle (Kohout, Pavlíčková, 1998).

Absces = dutina vzniklá zničením tkáně, obvykle způsobeným infekcí, jež je vyplněná hnisem, a obklopená zanícenou tkání (Vokurka, Hugo, 2007).

Abscesy vytvářející se při Idiopatických střevních zánětech, se vytvářejí v břišní dutině – mezi střevními kličkami, v oblasti hýžd'ových svalů, či kdekoli v souvislosti se střevem (Červenková, 2009).

Toxické megakolon = závažná komplikace postihující pouze 2 – 4 % pacientů s ulcerózní kolitidou. Vede k rozepjetí tlustého střeva a následně ke střevní neprůchodnosti. Střevní neprůchodnost může vyústit v perforaci střeva a následnou hnisavou peritonitidu. Řešení je nejčastěji chirurgické – proktokolektomie (Valenta, 2007).

Krvácení – narušení stěny větší cévy v důsledku vředovitého zánětu. Řešení je v okamžitém chirurgickém zásahu (Červenková, 2009).

Rakovina tlustého střeva – častěji se objevuje u nemocných trpících ulcerózní kolitidou déle než 10 let (Červenková, 2009).

#### **2.1.4.2 Vzdálené projevy**

Kůže – u pacientů s Crohnovou chorobou tlustého střeva se objevuje nodózní erytém. U pacientů s ulcerózní kolitidou se může objevit pyoderma gangrenozum (drobný vředovitý defekt). Vzniká typicky v místě drobného poranění kůže a postupně se zvětšuje a prohlubuje. Nesmí se léčit chirurgicky: vyříznutím by mohl vzniknout obrovský, nehojící se defekt (Červenková, 2009).

Oči – záněty spojivky a duhovky jsou nápadnou a bolestivou komplikací, nezanechávají však trvalé následky (Červenková, 2009).



Klouby – zvláště kloub kolenní a hlezenní, odnášejí střevní záněty nejčastěji. Enteropatická artritida (akutní zánět nitrokloubní blány vede ke vzniku výpotku v kloubu). Sakroilitida, která se objevuje nezávisle na aktivitě zánětu (Lukáš, 2008).

Játra – U 3 až 5 % pacientů s kolitidou, většinou mužů, vzniká primární sklerozující cholangitida (chronický zánět žlučových cest). Někteří nemocní se nakonec musí podrobit transplantaci jater (Červenková, 2009).

### **2.1.4.3 Metabolické komplikace**

Nespecifické střevní záněty, případné léky, které se užívají při jejich léčbě, mohou vyvolat některé další problémy. K nim patří osteoporóza – prořidnutí kostí při sníženém vstřebávání vápníku a vitamínu D, stav může zhoršit často přítomná intolerance laktózy nebo léčba kortikoidy. U pacientů s nespecifickými střevními záněty může dojít ke vzniku chudokrevnosti (anémie), a to především při špatném vstřebávání železa, kyseliny listové nebo vitamínu B<sub>6</sub> či B<sub>12</sub>. Špatné vstřebávání živin způsobené zánětlivými změnami na sliznici tenkého střeva, případně častými resekcemi střeva, může vést k podvýživě či nedostatku některých vitaminů (především v tuku rozpustných vitaminů A, D, E, K a vitamínu B<sub>12</sub>) či stopových prvků (zvláště zinku). Při průjmech se objevuje navíc nedostatek draslíku a hořčíku. Všechny tyto skutečnosti musí lékař vyšetřit, chybějící živiny, minerály či vitaminy a stopové prvky doplnit (Kohout, Pavlíčková, 1998).

## 2.2 Kvalita života

Kvalita života je v poslední době v medicínském a ošetrovatelském oboru stále více diskutovaným tématem, zvláště pokud se jedná o kvalitu života u chronického onemocnění, kde se její ovlivnění zcela jistě předpokládá. Chronickým onemocněním je i Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, spadající do skupiny idiopatických střevních zánětů. Jedná se o onemocnění s poměrně krátkou historií, typickou epidemiologií, dosud nevyjasněnou etiologií a patogenezi, mnohdy problematickou diagnostikou, pokrokovou léčbou a svízelnými projevy. Veškeré tyto přívlastky obecně charakterizují Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu, přičemž poslední jmenovaný nejvíce negativně ovlivňuje kvalitu života, a to i přes zmiňovanou pokrokovou léčbu, která zejména v poslední době zaznamenala opravdu důležitý vývoj. Tato onemocnění kvalitu života vždy ovlivňovala, ovlivňuje a pravděpodobně bohužel i ovlivňovat bude, záleží však na tom, do jaké míry a ve kterých oblastech (Irvine EJ, 2008).

Faktorem, který nejvíce ovlivňuje kvalitu života, je aktivita nemoci, dále to jsou psychosociální faktory, socioekonomické faktory a kvalita lékařské péče. Zájem a zkoumání kvality života u pacientů s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou je důležitý právě proto, aby se odhalovala místa, která jsou vlivem této choroby nejvíce zasažena, aby se touto cestou mohlo dojít i například k nápravným či preventivním opatřením (Rendl, Tóthová, 2012).

### 2.2.1 Pojem kvalita života

Dosud neexistuje přesná definice kvality života. Hartl (2004, s. 259) definuje kvalitu života jako „*Vyjádření pocitu životního štěstí. K jejím znakům patří soběstačnost, pohyblivost, míra seberealizace a duševní harmonie.*“

Ve slovníku cizích slov je kvalita popisována jako hodnota, jakost nebo také stav věci. Pokud se ptáme na kvalitu života, je definována prof. PhDr. Rudolfem Kohoutkem, CSc., jako úroveň tělesné i duševní činnosti, pracovní výkonnosti a úrovně tělesné, duševní a sociální pohody (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Termín „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. V současné době znamená kvalita života hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a pocitu lidského

šťestí. Pokud mluvíme o kvalitě života, zajímá nás jaký dopad má onemocnění na psychický stav člověka, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti (Payne, 2005).

Kvalita života je široký a zároveň těžce definovatelný pojem, má dvě složky, subjektivní a objektivní. Subjektivní část vypovídá o psychické pohodě a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní dimenze se zabývá přáními souvisejícími se sociálními a materiálními podmínkami života a fyzického zdraví (Křivohlavý, 2002).

Co vyjadřuje slovo kvalita? Kvalita vymezuje určitou jakost, hodnotu, tedy charakteristickou vlastnost umožňující odlišení od jiného celku, například život jednoho člověka od druhého. V souvislosti s pojmem kvalita se často objevuje i slovo kvantita, ta vyjadřuje jednoduše měřitelné množství, které se dá snadno vyjádřit čísly. Kvantita života informuje o délce života, o počtu let (Křivohlavý, 2002).

### **2.2.1.1 Historie**

Kvalitou života se lidé zabývali ve své historii již velmi dávno v náboženství a filosofii. Pojem kvalita života se začal používat už ve 20. letech 20. století v souvislosti ekonomických a sociálních hledisek státní podpory chudších vrstev obyvatelstva. Někteří američtí autoři se pro změnu domnívají, že se název kvalita života poprvé objevil až v letech 1953-1954 v práci amerických ekonomů Ordwaye a Osborna, kteří varovali veřejnost před nebezpečnými ekologickými dopady neomezeného ekonomického růstu. Do širšího povědomí se tento termín dostal až v 60. letech jako metafora shrnující sociálně-politické cíle americké vlády prezidenta Johnsona. Pojem kvalita života se po projevu prezidenta Johnsona v roce 1964 pro stručnost a srozumitelnost rychle ujal a stal se doslova módním slovem. V 70. letech označení kvalita života použil i W. Brant v politickém programu své vlády. Postupně se z politického termínu stal problém vědecký, nejprve v sociologii a postupně se rozšířil i do humanistických studií. Z pohledu vědeckých studií se za historický milník považuje zveřejnění odborné publikace Mezinárodní a interdisciplinární věstník měření kvality života v roce 1974, publikace byla důkazem zájmu vědců o dané téma, ale také snahou o její měření (Mareš, 2006).

### **2.2.2 Roviny kvality života**

Křivohlavý (2002) posuzuje kvalitu života v několika rovinách:

- Makro – rovina.

- Mezo – rovina.
- Personální rovina.

**Makro-rovina** se soustředí na otázky kvality života velkých společenských celků, to jsou například: jednotlivé kontinenty nebo státy. Kvalita života je řešena na úrovni politické, v centru zájmů je boj s epidemiemi, hladem, chudobou, genocidou, terorizmem, zdravotní výchova a třeba i investice do infrastruktur.

**Mezo-rovina** vypovídá o kvalitě života malých sociálních skupin, např.: ve škole, nemocnici, domově důchodců, pečovatelském domě, podniku atd. V této rovině je v popředí zájmu respekt k morálním hodnotám jednotlivých lidí, otázky sociálního klimatu, vzájemné vztahy mezi lidmi, uspokojování a neuspokojování základních lidských potřeb, přítomnost sociální opory, společné sdílení hodnot atd.

**Personální rovina** je vysvětlena nejjednoznačněji, jako individuální život jednotlivce. Pro zhodnocení kvality života jde o osobní a subjektivní zhodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atd. Každý sám hodnotí vlastní život, ovlivněný osobním hodnotovým systémem, představami, pojetím, nadějemi, očekáváním, přesvědčením apod. (Křivohlavý, 2002).

Z širšího hlediska můžeme kvalitu života členit:

- subjektivní – týká se lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem,
- objektivní – týká se splnění požadavků, týkajících se sociálních a materiálních požadavků, sociálního statusu a fyzického zdraví (Payne, 2005).

Nejužšímu sepětí kvality života s osobností individua odpovídají následující základní domény: (Křivohlavý, 2002)

- **Bytí** (being – who is one), čili souhrn podstatných charakteristik daného člověka, který má tři subdomény: fyzické bytí (fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání a celkový vzhled), psychologické bytí (psychologické zdraví, kognice, cítění, sebeúcta a sebekontrola), a spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, víra)

- **Přilnutí** (belonging – napojení na vlastní prostředí)

Přilnutí má tři subdomény:

- fyzické přilnutí (k domovu, pracovišti/škole, sousedství, komunitě)
- užší sociální přilnutí (k rodině, přátelům, spolupracovníkům, sousedům)
- přilnutí k širšímu prostředí (prostřednictvím pracovních příležitostí, adekvátních finančních příjmů, zdravotní péče, vzdělávacích a rekreačních možností)

### **2.2.3 Kvalita života a Idiopatické střevní záněty**

Nemocní s idiopatickými střevními záněty se potýkají s mnoha problémy, které ovlivňují HRQOL. Pro Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu je charakteristický chronický průběh s akutními exacerbacemi, během kterých může nemocný trpět bolestmi břicha, průjmy, ztrátou váhy, teplotami a rektálním krvácením. Chronický průběh vyžaduje terapii v době akutní exacerbace zánětu i udržovací léčbu v období remise onemocnění. Je opakovaně prokázáno, že Idiopatické střevní záněty zhoršují kvalitu života (Rendl, Tóthová, 2012).

#### **2.2.3.1 Obecné dotazníky**

- **Sickness Impact Profile (SIP)**

SIP je standardizovaný dotazník obsahující 136 otázek. SIP hodnotí vnímání nemocného ve 12 oblastech denního života vztažené k nemoci. Výsledek pro každou kategorii může být shrnut do fyzického a psychologického rozměru jako obecné skóre s nezávislými kategoriemi jídlo, spánek a odpočinek, domácí práce, rekreace a zábava (Gabalec, 2007).

- **Medical Outcome Study Short-Form (SF-36)**

Nejrozšířenější obecný dotazník, u kterého není třeba licence a souhlasu s jeho použitím. SF-36 obsahuje 36 položek rozdělených do 8 oblastí. Obsahuje: 10 otázek na fyzické fungování, 4 otázky na omezení adekvátního jednání z fyzických důvodů, 2 otázky na sociální fungování, 3 otázky na omezení adekvátního jednání z emočních důvodů a 5 otázek na duševní zdraví. Poslední otázka je směřována na změnu zdravotního stavu. Dotazník SF-36 existuje také ve zkrácené verzi SF-12, která obsahuje 12 otázek a 24 podotázek (Gabalec, 2007).

SF 36 nám umožňuje porovnávat stav pacientů/klientů se stejným, ale i rozdílným zdravotním stavem, dotazník hodnotí zdravotní a emocionální stav za poslední 4 týdny jejich nemoci. Tento nástroj je nejvíce rozšířený pro hodnocení kvality života a lze jej využívat ve výzkumu i klinické praxi. Vyhodnocení dotazníku se provádí prostřednictvím Likertovy metody, kde výsledky jednotlivých otázek jsou rozloženy do 8 dimenzí a to na fyzickou funkčnost, fyzická omezení, tělesnou bolest, všeobecné zdraví, vitalitu, sociální fungování, emoční labilitu a duševní zdraví. Těchto 8 dimenzí je následně ještě shrnuto do 2 hlavních kategorií:

**1) celkové fyzické zdraví (PCS, Physical Component Summary)**, je tvořen 5 kategoriemi (fyzická aktivita, omezení fyzické aktivity, bolest, všeobecné hodnocení zdraví a vitalita), vyhodnocuje se pomocí aritmetického průměru jednotlivých dimenzí.

**2) celkové psychické zdraví (MCS, Mental Component Summary)**, je tvořen 5 kategoriemi (všeobecné hodnocení zdraví, vitalita, společenská aktivita, emočními problémy, duševní zdraví), vypočítává se aritmetickým průměrem jednotlivých dimenzí (Sobotík, 1998).

Součtem těchto dvou hlavních kategorií se vypočítává index kvality života SF – 36, který je hodnocen skórem od 0 – 100. Skóre pod 50 může signalizovat horší zdravotní stav populace. U žen je dané, že mají nižší skóre oproti mužům a skóre nad 100 značí lepší kvalitu života (Dotazník SF 36, 2008).

- **EuroQOL (EQ-5D)**

EQ-5D jednoduchý obecný dotazník popisuje a hodnotí HRQOL. Je složen z 5 položek: hybnost, péče o sebe, obecné aktivity, bolest, strach a smutek. Odpovědi na každou položku jsou třístupňové: 1 bez problémů, 2 střední problémy, 3 velké problémy. EQ-5D je doplněn vizuální analogovou škálou, kde je hodnoceno současné zdraví na stupnici od 0 nejhorší zdraví do 100 optimální zdraví (Gabalec, 2007).

- **WHOQOL-BREF**

Byl odvozen jako zkrácená verze WHOQOL-100 pro lepší užití v klinické praxi. WHOQOL-BREF obsahuje 26 otázek ze 4 oblastí kvality života: fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy a prostředí. Tento dotazník hodnotí minulých 14 dní na 5 stupňové škále (Gabalec, 2007).

### 2.2.3.2 Specifické dotazníky

Tyto dotazníky se zaměřují na jednotlivé nemoci, odráží oblasti, které jsou pro nemocné důležité. Jsou považovány za více citlivé ke změnám klinického stavu. U Idiopatických střevních zánětů jsou užívány nejčastěji tyto dotazníky:

- **Inflammatory bowel disease questionnaire (IBDQ)**

Obsahuje 32 otázek a k hodnocení odpovědí na každou otázku užívá 7 stupňovou Likertovu škálu (1 – velmi těžký problém, 7 – bez problému). Celkové skóre je v rozsahu 32-224 , čím vyšší hodnota, tím lepší kvalita života. IBDQ měří kvalitu života ve 4 oblastech (střevní, celkové, sociální, emoční). IBDQ je vůbec nejvíce používaný dotazník u IBD (Gabalec, 2007).

- **Short-IBDQ (SIBDQ)**

Krátká verze obsahující 10 otázek, které byly vybrány postupnou regresí z IBDQ a v 92 % vystihují různorodost původního dotazníku. Vyplnění trvá 5 minut (Gabalec, 2007).

- **IBDQ-36**

Jde o modifikaci IBDQ vypracovanou Lovem v roce 1992. Dotazník obsahuje 36 otázek v 5 oblastech. Celkové příznaky, střevní, funkční zhoršení, sociální zhoršení a zhoršení emočních funkcí. K hodnocení se užívá 7 stupňová škála dle Likerta (Gabalec, 2007).

- **Rating Form of IBD Patient Concerns (RFIPC)**

Standardizovaný dotazník obsahující 25 položek, který byl vyvinut k odlišení IBD od ostatních střevních nemocí a odhadu vývinu nemoci (Gabalec, 2007).

### 2.2.4 Problematika kvality života pacientů s IBD

Studium kvality života se v několika posledních desetiletích velmi rozšířilo. V klinické medicíně již dnes existuje konsensus týkající se nutnosti sledovat kvalitu života nemocných jako jednu ze základních složek různých medicínských nebo zdravotnických intervencí (Gabalec, 2007).

Idiopatické střevní záněty jsou závažným celoživotním onemocněním, které negativně ovlivňuje kvalitu života, a to mnohdy velmi radikálně. Hodnocení kvality života

u těchto pacientů je velice důležité, protože přináší mnoho cenných informací, které lze využít při práci s těmito nemocnými. V dnešní době, kdy existuje specifický dotazník pro pacienty s idiopatickými střevními záněty a mnoho dalších obecných dotazníků, je toto hodnocení o to jednodušší (Rendl, Tóthová, 2012).



## 3 METODIKA PRÁCE

### 3.1 Metodika výzkumu

Pro sběr dat i jejich zpracování byl zvolen kvantitativní výzkum. Jako výzkumnou metodu jsme zvolili dotazník.

Chráska (2007, s. 163) charakterizuje námi vybranou výzkumnou metodu jako „soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“.

Při využití dotazníku je často tomuto druhu výzkumné metody vytýkána jeho zkruslenost. Dotazník totiž nezjišťuje, jací respondenti skutečně jsou, ale mnohdy jen to, jak by si přáli být viděni. Avšak metoda dotazníku je ovšem velmi efektivní, umožňuje shromáždit data od velkého počtu respondentů a je časově nenáročná. Při konstrukci každého dotazníku je třeba dbát určitých pravidel, zásad a požadavků. Jedná se především o srozumitelnost, jasnost a jednoznačnost jednotlivých položek v dotazníku. Je nezbytné se zaměřit na zjišťování jen nezbytných údajů. Snažíme se vyvarovat sugestivitě formulovaných položek. Při řazení položek v dotazníku preferujeme psychologické hledisko, nejdůležitější položky proto umístujeme do střední části dotazníku. Dále bychom mohli zmínit potřebnost ochoty respondentů spolupracovat, což do značné míry závisí na zajímavosti a náročnosti dotazníků. V první řadě by dotazník měl obsahovat jasné pokyny k jeho vyplnění (Chráska, 2007).

V práci jsme použili citační normu: ČSN ISO 690 (01 0197).

#### 3.1.1 Metody získávání a sběru dat

Pro explorativní metodu sběru dat, v tomto případě pro dotazníkové šetření, bylo přistoupeno převážně z důvodu dostupnosti zkoumaného vzorku respondentů, kteří docházejí pravidelně na semináře konané Občanským sdružením pacientů s IBD. Velkou výhodou byla také možnost oslovit větší počet dotazovaných pacientů pomocí online dotazníku, který byl umístěn na webových stránkách zmiňovaného Občanského sdružení a také na profilu Pacienti IBD internetové sociální sítě Facebook, v poměrně krátkém časovém úseku.

Vlastní šetření probíhalo v období únor až duben roku 2014. Před vlastním výzkumem byla provedena pilotáž, kdy byl dotazník nabídnut k vyplnění čtyřem respondentům. Na základě této pilotáže byla provedena korekce otázek a upřesnění nabízených odpovědí.

Námi konstruovaný dotazník byl zcela anonymní (dotazník pro respondenty – viz. příloha č. 1). Vyhотовili jsme jej ve dvou formách: v tištěné a online verzi.

Dotazníky v tištěné podobě byly jednotlivým respondentům rozdány na semináři „*Novinky v léčbě IBD*“, na kterém přednášel MUDr. Martin Bortlík, Ph.D. Seminář proběhl dne 6.3.2014 od 17 hodin v Základní škole pro zrakově postižené v Praze 2. Tento seminář byl organizován již zmiňovaným Občanským sdružením pacientů s IBD. Dotazníky byly jednotlivým respondentům předkládány osobně, se stručným vysvětlením, jak postupovat při jejich vyplnění.

Online dotazník jsme vytvořili pomocí webových stránek [www.vyplnto.cz](http://www.vyplnto.cz). Zveřejnili jsme jej online na webových stránkách Občanského sdružení pacientů s Idiopatickými střevními záněty ([www.crohn.cz](http://www.crohn.cz)) a na sociální síti Facebook prostřednictvím profilu Pacienti IBD, který zde založilo zmiňované Občanské sdružení.

Celkem bylo rozdáno 88 dotazníků. Návratnost byla 96,6 %. Předpokládáme, že vcelku tak vysoká návratnost byla způsobena dostatečným vysvětlením respondentům, jak dotazník vyplňovat. Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány na základě 45 vyplněných dotazníků na semináři „*Novinky v léčbě IBD*“ a ze 40 vyplněných dotazníků online. Tři dotazníky jsme bohužel museli vyřadit, protože v nich nebyly vyplněny všechny položky.

### **3.1.2 Struktura dotazníku**

V dotazníku se vyskytovaly tři typy otázek:

- Otevřené – respondent měl možnost vlastní odpovědi.
- Uzavřené – odpovědi byly námi dopředu formulované, respondent měl možnost výběru z různých variant.
- Polozavřené - kombinace výše uvedených otázek.

(Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008)

Pro sběr dat bylo použito dotazníku, který byl složen z otázek námi vytvořených, ale také otázkami ze standardizovaného dotazníku SF – 36 (Short Form 36 Health Subject Questionnaire).

Dotazník obsahoval celkem 19 srozumitelně formulovaných výzkumných položek. Oslovení respondenti měli možnost vybírat z několika odpovědí, které se dotýkají dané problematiky řešené v dotazníku. V některých případech jim byl ponechán prostor k vytvoření vlastní odpovědi, pokud námi navrhané odpovědi respondentovi nevyhovovaly.

Tři otázky v dotazníku se zabývaly charakteristikou výzkumného vzorku – položky v dotazníku: 1; 2; 3.

Dvě otázky v dotazníku zjišťovaly přítomnost onemocnění Idiopatickým střevním zánětem v rodině nemocného – položky v dotazníku: 4; 5.

Tři otázky v dotazníku zjišťovaly výskyt omezení ve všedním životě nemocného – položky v dotazníku: 6; 7; 8.

Jedenáct otázek v dotazníku bylo zaměřeno na zmapování kvality života pomocí zkrácené verze standardizovaného dotazníku SF-36 – položky v dotazníku 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19.

### **3.1.3 Dotazník SF- 36**

Dotazník SF - 36 nám umožňuje porovnávat stav pacientů či klientů se stejným, ale i rozdílným zdravotním stavem. Dotazník hodnotí zdravotní a emocionální stav za poslední 4 týdny jejich nemoci. Tento nástroj je nejvíce rozšířený pro hodnocení kvality života a lze jej využívat ve výzkumu i klinické praxi (Ware, 2001; Sobotík, 1998).

Vyhodnocení dotazníku se provádí prostřednictvím Likertovy metody, kde výsledky jednotlivých otázek jsou rozloženy do 8 dimenzí:

1) **Fyzická funkčnost** - omezení fyzických aktivit v důsledku zdravotních problémů (**PF**, Physical Functioning); Dimenze hodnotí stav tělesných funkcí jedince. Nejnižší možné skóre značí velké omezení v tělesných funkcích, např. koupání a oblékání. Nejvyšší možné skóre udává možnost až velmi náročných fyzických aktivit bez zdravotního omezení (Ware, 2001; Sobotík, 1998).

2) **Fyzická omezení** - omezení obvyklých činností v důsledku fyzických zdravotních problémů (**RP**, Role- Physical); Dimenze určuje, jak dalece je kvalita života ovlivňována tělesným zdravím. V případě nízkých hodnot skóre jsou pravděpodobné problémy v pracovních aktivitách či jiných denních činnostech způsobené tělesným zdravím. Pokud je skóre vysoké, neměly by se vykytovat žádné problémy s prací ani jinými denními aktivitami (Ware, 2001; Sobotík, 1998).

3) **Tělesná bolest** - určuje míru bolesti a její dopad bolest na vykonávání běžných denních činností (**BP**, Bodily Pain); Dimenze udává, jak pacient vnímá svou bolest. Nízké skóre značí velmi závažnou a extrémně limitující bolest. V opačném případě je respondent bez bolesti a limitací způsobených bolestí (Ware, 2001; Sobotík, 1998).

4) **Všeobecné zdraví** - obecné hodnocení zdravotního stavu (**GH**, General Health); Subjektivní pohled jedince na vlastní zdraví je určen dimenzí GH. Respondenti s nízkou hodnotou vidí své zdraví jako špatné a předpokládají jeho zhoršení. Ti s vysokou hodnotou skóre označují své zdraví za výborné (Ware, 2001; Sobotík, 1998).

5) **Vitalita** (**VT**, Vitality); Dimenze hodnotí vitalitu jedince. Trvalý pocit únavy a zmoženosti značí nízké hodnoty. U vysokých hodnot se pravděpodobně respondent cítí stále plný elánu a energie (Ware, 2001; Sobotík, 1998).

6) **Sociální fungování** - omezení v běžných aktivitách v důsledku v důsledku emocionálních problémů (**RE**, Role-Emotional); Sociální funkce je dimenze, která určuje sociální aktivitu pacienta. Při nízkých hodnotách skóre jsou přítomny extrémní a častá narušení sociálních aktivit následkem psychického a fyzického zdraví. V opačném případě je sociální účast normální bez psychických a tělesných problémů (Ware, 2001; Sobotík, 1998).

7) **Emoční labilita** - omezení sociálních aktivit v důsledku fyzických a emocionálních problémů (**SF**, Social-Functioning); Vliv emočních rolí a omezení závislá na emočních problémech udává dimenze SF. Emoční problémy způsobují problémy s prací a dalšími denními aktivitami v případě nízkých hodnot. Bez problémů s prací a denními aktivitami je respondent s vysokými hodnotami skóre (Ware, 2001; Sobotík, 1998).

8) **Duševní zdraví** - obecné mentální zdraví, psychologické poruchy (**MH**, Mental Health) (Dotazník SF 36, 2008).

Dimenze hodnotí mentální zdraví. Nízké hodnoty svědčí o nervozitě a depresích pocíťovaných po celý den. Pocit štěstí a klidu je pravděpodobný při vysokých hodnotách (Ware, 2001; Sobotík, 1998).

Těchto 8 výše zmiňovaných dimenzí je následně ještě shrnuto do 2 hlavních kategorií:

1) **celkové fyzické zdraví (PCS, Physical Component Summary)**, je tvořeno 5 kategoriemi (fyzická aktivita, omezení fyzické aktivity, bolest, všeobecné hodnocení zdraví a vitalita), vyhodnocuje se pomocí aritmetického průměru jednotlivých dimenzí. Nízké hodnoty skóre signalizují omezení v sebeobsluze, psychických a sociálních aktivitách, prudká bolest, únava. Bez psychického omezení, nezpůsobivosti (handicapu) a s množstvím energie se cítí pacienti s vysokými hodnotami skóre (Ware, 2001; Sobotík, 1998).

2) **celkové psychické zdraví (MCS, Mental Component Summary)**, je tvořeno 5 kategoriemi (všeobecné hodnocení zdraví, vitalita, společenská aktivita, emočními problémy, duševní zdraví), vypočítává se aritmetickým průměrem jednotlivých dimenzí. Souhrnná hodnota mentálních komponent udává, jak mentální zdraví ovlivňuje kvalitu života. Častá psychická úzkost a sociální omezení vzhledem k emočním problémům je přítomna u respondentů s nízkými hodnotami. U vysokých hodnot skóre je častý pozitivní dojem, nepřítomnost úzkostných stavů a omezení způsobených emočními problémy (Ware, 2001; Sobotík, 1998).

Součtem těchto dvou hlavních kategorií se vypočítává index kvality života SF – 36, který je hodnocen skórem od 0 – 100 (Sobotík, 1998).

Skóre pod 50 může signalizovat horší zdravotní stav populace, u žen je dané, že mají nižší skóre oproti mužům. Skóre nad 100 značí lepší kvalitu života (Dotazník SF 36, 2008).

Maximum dosažené u každé z dimenzí je 100%. Dalo by se však říci, že takováto populace neexistuje. Proto studie Oxford Health Life Study, studie provedená v Oxfordu ve Velké Británii v letech 1991-1992 stanovila normální hodnoty pro každou z dimenzí (Kalová, 2005). Hodnoty jsou uvedeny v Tabulce 2.

Tabulka 2. Normální hodnoty dimenzí stanovené Oxford Health Life Survey (Kalová, 2005)

Dimenze	Normální hodnota [%]
PF	88,4
RP	85,82
BP	81,49
GH	73,52
VT	61,13
SF	88,01
RE	82,93
MH	73,77

### 3.1.4 Zpracování výsledků dotazníkového šetření

Výsledky dotazníkového šetření byly zaznamenány do počítačového programu Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Office Word 2007 a následně použity pro naše výzkumné zpracování. Ke zpracování výsledků dotazníkového šetření byla použita tzv. „čárková metoda“. Stanovili jsme absolutní a relativní četnost a pro celkovou přehlednost jsme výsledky jednotlivých otázek seřadily do tabulek četností a použili grafické znázornění pomocí grafů.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Analýza výsledků

Výsledky, které byly získány na základě dotazníkového šetření, představujeme prostřednictvím tabulek a grafů, které jsou doplněny krátkými komentáři. V tabulkách jsou zjištěné výsledky vyjádřeny pomocí absolutní ( $n$ ) a relativní četnosti (%). V grafické úpravě jsou výsledky znázorněny pomocí relativní četnosti v procentech (%). V tabulkách je každé pole vyplněno údajem, případně nulou, která vyjadřuje skutečnost, že daná hodnota se nevyskytla (Chráška, 2007).

#### 4.1.1 Nestrukturovaný dotazník

##### 4.1.1.1 Vyhodnocení nestrukturovaného dotazníku

###### Otázka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 3. Pohlaví

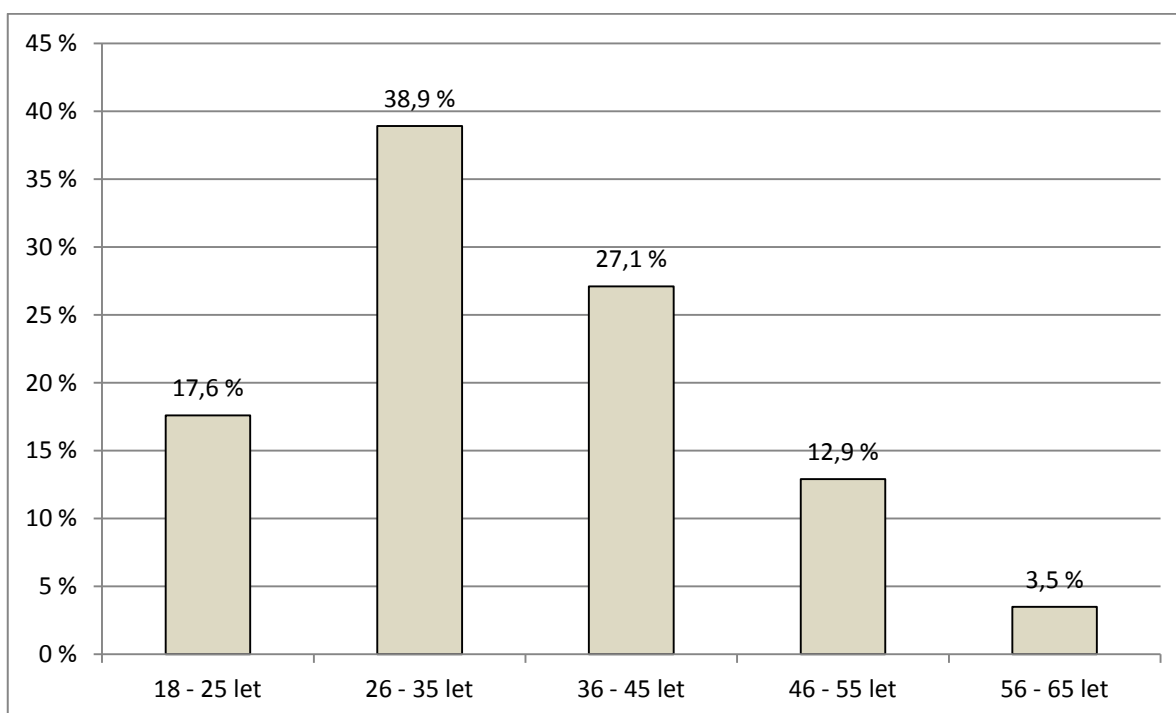
Pohlaví	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
Žena	52	61,2
Muž	33	38,8
Suma ( $\Sigma$ )	85	100

V této otázce odpovědělo 52 žen, tedy 61,2 % a 33 mužů, tedy 38,8 %. Zastoupení mužů a žen v našem dotazníkovém šetření nebylo vyrovnané. Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo více žen, celkem o 22,4 % více než mužů.

## Otázka č. 2 Kolik je Vám let?

Tabulka 4. Věk

Věková kategorie	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
18 - 25 let	15	17,6
26 - 35 let	33	38,9
36 - 45 let	23	27,1
46 - 55 let	11	12,9
56 - 65 let	3	3,5
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



Graf 1. Věk

Výše uvedené tabulkové i grafické vyjádření (Tabulka 4., Graf 1.) informuje o tom, že nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli respondenti ve věku mezi 26 – 35 lety, což odpovídá počtu 33 (38,9 %). V počtu 23 respondentů, tedy 27,1 %, spadalo do skupiny 36 – 45 let. Další početnou skupinou bylo věkové rozmezí 18 – 25 let zastoupené 15 respondenty, což odpovídá 17,6 %. Následuje věková kategorie 46 – 55 let, do které jsme zařadili 11 respondentů (12,9 %). Nejméně početná skupina byla zastoupena respondenty ve věku 56 – 65 let. Tato skupina zahrnovala pouze 3 respondenty, tedy 3,5 % z celkového počtu 85 dotazovaných.



### Otázka č. 3 Jaký Idiopatický střevní zánět Vám byl diagnostikován a v kolika letech?

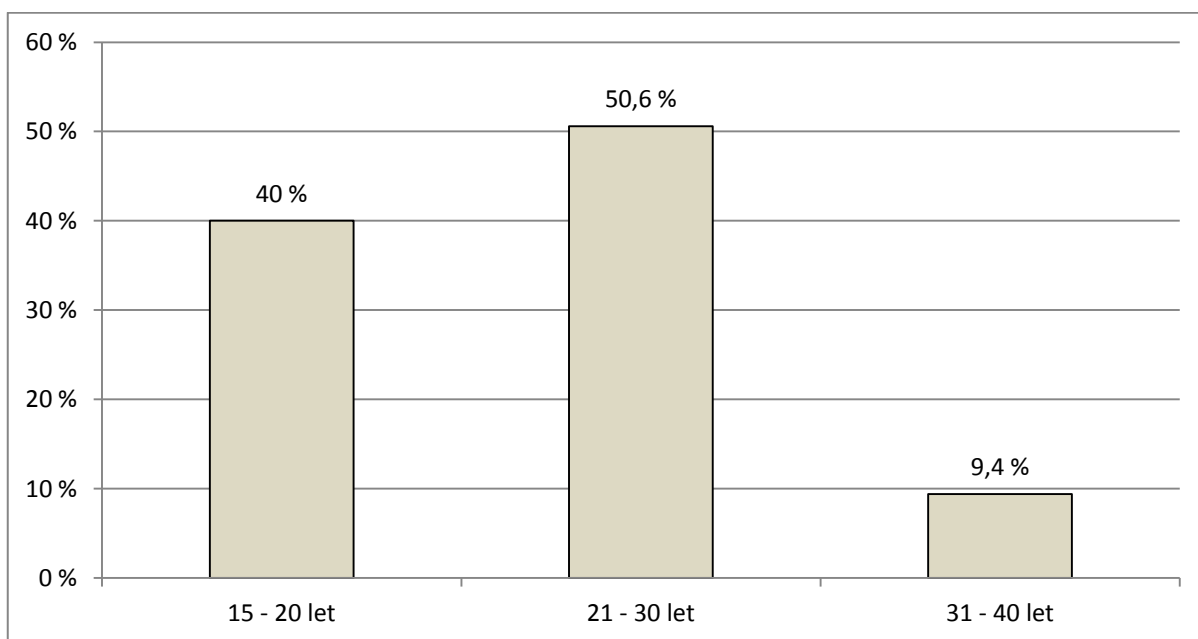
Tabulka 5a. Typ střevního zánětu

<b>Střevní zánět</b>	<b>Četnost <math>n_i</math></b>	<b>Relativní četnost <math>f_i</math> (%)</b>
Crohnova choroba	55	64,7
Ulcerózní kolitida	30	35,3
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Z tabulkového znázornění č. 5a lze vyčíst, že položky v dotazníku v oblasti zjišťování diagnostikovaného druhu Idiopatického střevního zánětu jsou zastoupeny nejpočetnější skupinou nemocných Crohnovou chorobou a to v počtu 55 nemocných, tj. 64,7 %. Pacienti s Ulcerózní kolitidou tvořili skupinu respondentů v celkovém počtu 30 nemocných, tj. 35,3 %.

Tabulka 5b. Diagnostika IBD (věk)

<b>Diagnostika IBD (věk)</b>	<b>Četnost <math>n_i</math></b>	<b>Relativní četnost <math>f_i</math> (%)</b>
15 - 20	34	40
21 - 30	43	50,6
31 - 40	8	9,4
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



Graf 2b. Diagnostika IBD (věk)

Tabulka č. 5b a graf č. 2b uvádí věk respondentů, kdy jim byl diagnostikován Idiopatický střevní zánět. Je zřejmé, že Idiopatický střevní zánět byl nejčastěji respondentům diagnostikován ve věkovém rozmezí 21 – 30 let. V tomto věkovém rozmezí bylo onemocnění Idiopatickým střevním zánětem diagnostikováno celkem 43 dotázaným (50,6 %). Celkem 34 respondentům bylo onemocnění diagnostikováno ve věkovém rozmezí 15 – 20 let, tato část tvořila 40 %. Ve věkové kategorii 31 - 40 let se onemocnění Idiopatickým střevním zánětem diagnostikovalo pouze u 8 dotázaných respondentů (9,4 %).

**Otázka č. 4 Vyskytuje se ve Vaší rodině onemocnění Idiopatickým střevním zánětem = IBD?**

Tabulka 6. Výskyt IBD v rodině

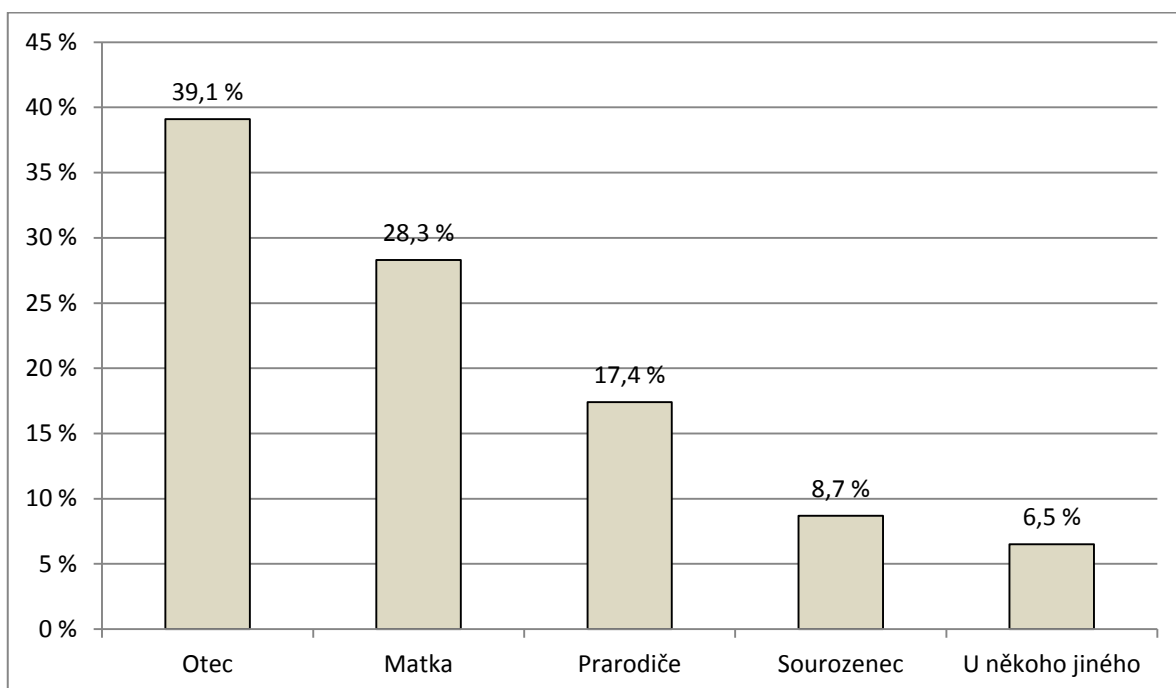
Výskyt IBD v rodině	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
Ano	46	54,1
Ne	39	45,9
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Dle výše uvedeného tabulkového znázornění č. 6 lze vyčíst, že u převážné většiny respondentů, tj. u 54,1 % dotázaných, se vyskytuje onemocnění Idiopatickým střevním zánětem v rodinné anamnéze nemocného. Z 85 oslovených respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně celkem 46 dotázaných. 39 dotázaných uvedlo, že onemocnění Idiopatickým střevním zánětem se v jejich rodině nevyskytuje, tj. 45,9 %.

**Otázka č. 5 U koho se onemocnění IBD vyskytlo?** (otázka určena pro ty, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně)

Tabulka 7. Výskyt IBD – rodinná anamnéza

Výskyt IBD - rodinná anamnéza	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
Otec	18	39,1
Matka	13	28,3
Prarodiče	8	17,4
Sourozenec	4	8,7
U někoho jiného	3	6,5
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>46</b>	<b>100</b>



Graf 3. Výskyt IBD – rodinná anamnéza

Na tuto otázku jsme se zeptali výběrového vzorku dotázaných, který jsme získali na základě kladných odpovědí v otázce č. 4. Otázku č. 5 jsme položili výběrovému vzorku 46 dotázaných. Suma relativní četnosti byla v tabulkovém vyjádření č. 7 tedy 100 %.

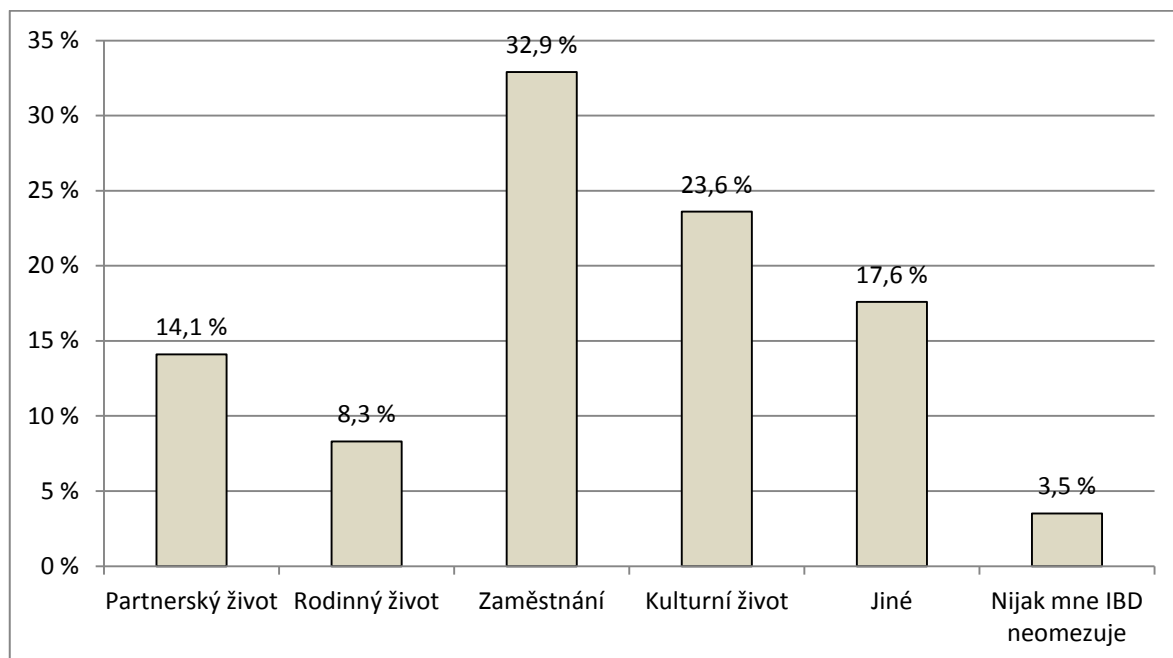
Jak vyplývá z tabulky č. 7 a grafického znázornění č. 3, největší počet respondentů 18, tedy 39,1 %, odpověděl, že onemocnění Idiopatickým střevním zánětem se vyskytlo u otce. Druhý největší počet respondentů 13, tedy 28,3 %, odpověděl, že toto onemocnění se

vyskytlo u matky. U prarodičů dotázaných se onemocnění Idiopatickým střevním zánětem objevilo u 17,4 %, tj. u osmi respondentů. Možnost zvolit položku „sourozenec“ zvolili 4 dotázaní, tj. 8,7 %. Nejméně početnou skupinou dotázaných tvořila skupina, která odpověděla, že onemocnění Idiopatickým střevním zánětem se objevilo „u někoho jiného“. Tuto možnost zvolili 3 dotázaní, tj. 6,5 %.

### Otázka č. 6 V jakém směru Vás onemocnění IBD nejvíce omezuje?

Tabulka 8a. Omezení s IBD

Omezení s IBD	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
Partnerský život	12	14,1
Rodinný život	7	8,3
Zaměstnání	28	32,9
Kulturní život	20	23,6
Jiné	15	17,6
Nijak mne IBD neomezuje	3	3,5
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



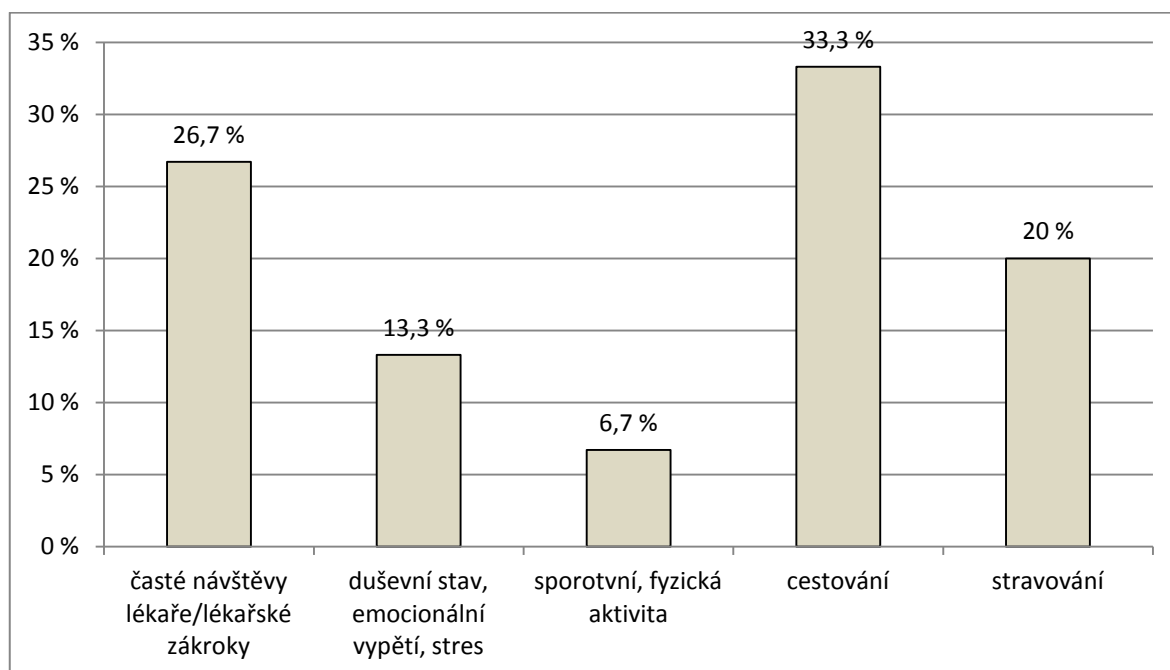
Graf 4a. Omezení s IBD

Tabulka č. 8a a graf č. 4a se zaměřují na výsledné odpovědi dotazovaného souboru na otázku, v jakém směru Idiopatické střevní záněty nejvíce omezují život nemocného.

Z výsledků našeho šetření je patrné, že onemocnění Idiopatickými střevními záněty nejvíce omezuje nemocné v oblasti zaměstnání. Tuto možnost označilo celkem 28 dotázaných (32,9 %). Za druhou nejvíce označovanou možnost považujeme položku „Kulturní život“ v počtu 20 odpovědí (23,6 %). V celkovém počtu 15 odpovědí (17,6 %) uvedli respondenti možnost „jiné“. Respondenti, kteří vybrali právě tuto možnost, byli vyzváni, aby zodpověděli ještě jednu otázku a to: „V jaké jiné oblasti nacházíte omezení?“. Výsledky uvádíme níže v tabulce č. 8b a grafu č. 4b. Dále námi oslovení respondenti uvedli v 12 odpovědích (14,1 %) partnerský život, v 7 odpovědích (8,3 %) rodinný život a nejméně respondentů označilo v námi předloženém dotazníku možnost „nijak mne onemocnění IBD neomezuje“. Tuto variantu zvolili 3 dotázaní, tj. 3,5 %.

Tabulka 8b. Omezení s IBD „jiné“

Omezení s IBD "jiné"	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
časté návštěvy lékaře/lékařské zákroky	4	26,7
duševní stav, emocionální vypětí, stres	2	13,3
sporotvní, fyzická aktivita	1	6,7
cestování	5	33,3
stravování	3	20
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>15</b>	<b>100</b>



Graf 4b. Omezení s IBD „jiné“

Ti dotázaní, kteří označili v otázce č. 6 možnost „jiné“, byli požádáni, aby uvedli, v čem je jejich onemocnění omezuje. Tento výzkumný vzorek činil 15 respondentů, což představovalo sumu relativní četnosti 100 %.

Z výše uvedené tabulky č. 8b a grafu č. 4b je patrné, že respondenti, kteří označili při otázce č. 7 „V jakém směru Vás onemocnění IBD nejvíce omezuje?“ možnost „cestování“. Tuto možnost vybralo celkem 5 dotázaných, tj. 33,3 %. Druhá nejčastější odpověď byla v počtu 4 odpovědí (26,7 %), že nejvíce nemocné s IBD omezují časté lékařské zákroky spojené s častými návštěvami u lékaře. Stravování jako oblast, která nejvíce limituje nemocného s IBD v každodenním životě uvedli 3 respondenti (20 %). Dva dotázaní uvedli, tj. 13,3 %, na námi kladenou otázku, že je nejvíce omezuje neustálé emocionální vypětí/stres a jejich duševní stav. Pouze jeden dotázaný (6,7 %) uvedl, že nejvíce ho omezuje IBD omezuje v oblasti sportovní a fyzické aktivity.

### **Otázka č. 7 Ovlivnilo onemocnění Vaši pracovní pozici?**

Tabulka 9. Ovlivnění pracovní pozice

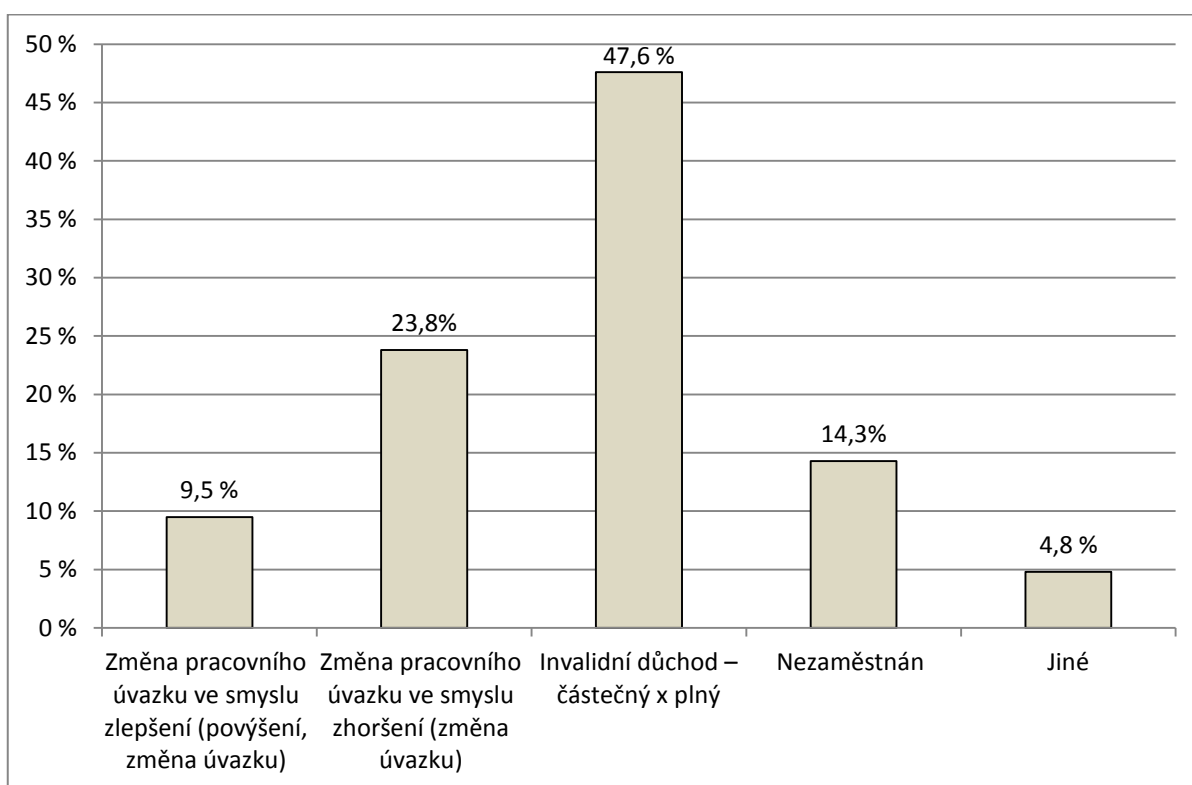
Ovlivnění pracovní pozice	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
Ano	21	24,7
Ne	64	75,3
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Výše uvedené tabulkové vyjádření č. 9 informuje o tom, zda onemocnění Idiopatickým střevním zánětem ovlivnilo pracovní pozici nemocného. V celkovém počtu 64 odpovědí, dotázaní uvedli, že jejich onemocnění neovlivnilo jejich pracovní pozici. Toto tvrzení uvedlo 75,3 % respondentů. Pracovní pozici dotázaných ovlivnilo onemocnění Idiopatickým střevním zánětem celkem u 21 dotázaných (24,7 %).

### Otázka č. 8 V čem se změnila Vaše pracovní pozice?

Tabulka 10a. Změna pracovní pozice

Ovlivnění pracovní pozice	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
Změna pracovního úvazku ve smyslu zlepšení (povýšení, změna úvazku)	2	9,5
Změna pracovního úvazku ve smyslu zhoršení (změna úvazku)	5	23,8
Invalidní důchod – částečný x plný	10	47,6
Nezaměstnán	3	14,3
Jiné	1	4,8
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>21</b>	<b>100</b>



Graf 5a. Změna pracovní pozice

Po zhodnocení otázky č. 7 jsme se dotázali respondentů, kteří odpověděli kladně na zmiňovanou otázku, v čem se přesně jejich pracovní pozice změnila.

Většina dotázaných v počtu 10 odpovědí sdělila (47,6 %), že jim byl přiznán Invalidní důchod. Těmto respondentům jsme se ještě dále zeptali, zda jim byl přiznán

invalidní důchod částečný či plný, viz. Tabulka 10b. Typ invalidního důchodu. Druhou nejčastější odpovědí u této otázky byla možnost „změna pracovního úvazku ve smyslu zhoršení“, kterou zvolilo 5 respondentů (23,8 %). Tři dotázaní uvedli, že se jejich pracovní pozice změnila ve smyslu ztráty zaměstnání a to v počtu 3 odpovědí (14,3 %). Dva dotázaní uvedli, že se jejich pracovní úvazek změnil ve smyslu zlepšení, tj. 9,5 %. Pouze jeden respondent, tj. 4,8 %, uvedl, že na základě onemocnění Idiopatickým střevním zánětem došlo k „jiné“ změně pracovního úvazku.

Suma relativní četnosti dotázaných činí 100 %, protože na otázku č. 8 odpovídalo pouze 21 dotázaných, kteří byli výběrovým vzorkem z celkového počtu 85 dotázaných.

Tabulka 10b. Typ invalidního důchod

Invalidní důchod	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
Částečný	6	60
Plný	4	40
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Ti dotázaní, kteří zvolili možnost změny pracovního úvazku ve smyslu získání invalidního důchodu, byli požádáni, aby uvedli jaký typ invalidní důchodu jim byl přiznán. Suma relativní četnosti u tohoto výzkumného vzorku činila 100 %, protože celkový počet námi oslovených byl 10 respondentů. Z tabulkového znázornění č. 10b je patrné, že částečný invalidní důchod byl přiznán 6 dotázaným. Plný invalidní důchod byl přiznán 4 dotázaným.



### **4.1.2 Standardizovaný Dotazník SF – 36**

Zpracované výsledky standardizovaného dotazníku SF – 36 jsou uvedeny v závěru práce v příloze č. 5.

Výstupy dotazníku jsou děleny do osmi kategorií:

PF – Physical Functioning (fyzická funkce)

RP – Role-Physical (fyzická role)

BP – Bodily Pain (bolest)

GH – General Health (obecné zdraví)

VT – Vitality (vitalita)

SF – Social-Functioning (společenská aktivita)

RE – Role-Emotional (emocionálních role)

MH – Mental Health (mentální zdraví)

PCS – Physical Component Summary (celkové psychické zdraví)

MCS – Mental Component Summary (celkové mentální zdraví)

SF-36 – Short Form 36 (zkrácená verze dotazníku)

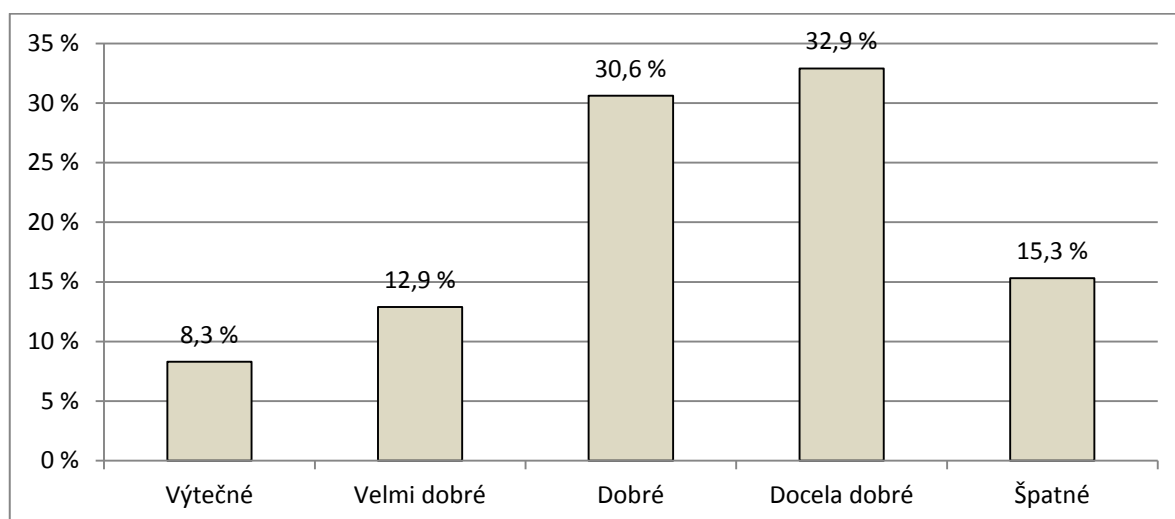
#### 4.1.2.1 Vyhodnocení dotazníku SF - 36

##### SF – 36 – zkrácená verze dotazníku kvality života

Otázka č. 9 Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

Tabulka 14. Hodnocení zdraví

Zdraví	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
Výtečné 1b	7	8,3
Velmi dobré 2b	11	12,9
Dobré 3b	26	30,6
Docela dobré 4b	28	32,9
Špatné 5b	13	15,3
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



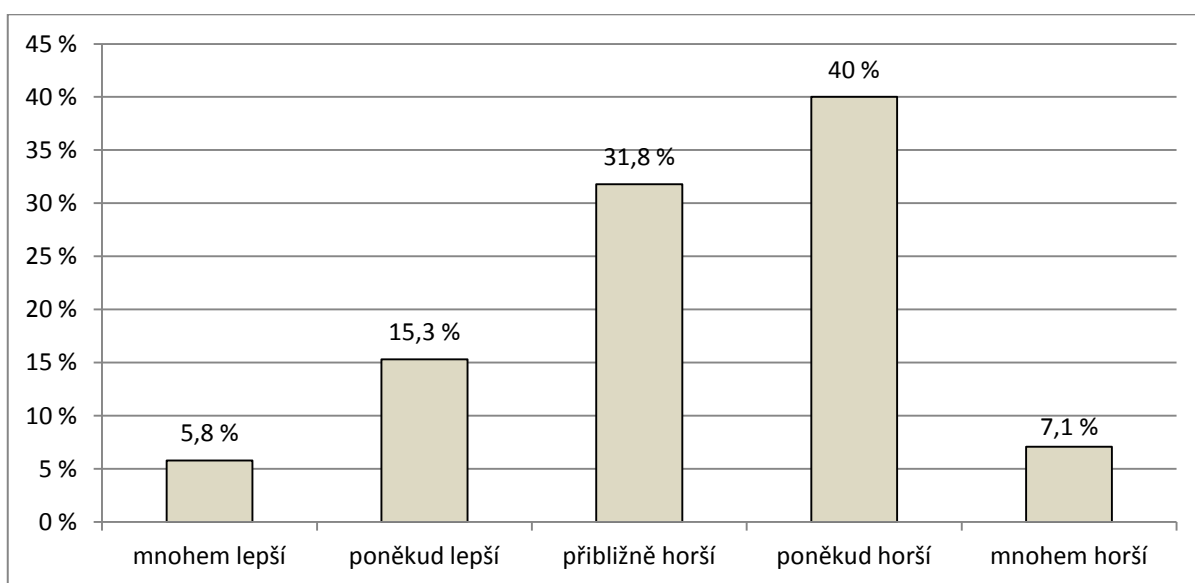
Graf 6. Hodnocení zdraví

Tabulkové a grafické znázornění otázky č. 9 uvádí, jak nemocní s Idiopatickými střevními záněty hodnotili své zdraví z celkového pohledu. Je zřejmé, že většina dotázaných hodnotilo své zdraví jako „docela dobré“ a to v počtu 28 odpovědí, tj. 32,9 % z celkového počtu 85 respondentů. Jako „dobré“ své zdraví hodnotilo 26 dotázaných (30,6 %). V počtu 13 (15,3 %) dotázaných se námi oslovení respondenti vyjádřili ohledně svého celkového zdraví jako o „špatném“. Stav svého zdraví označilo jako „velmi dobré“ 11 dotázaných (12,9 %). Nejméně respondentů označilo možnost „výtečného“ zdraví a to v počtu 7 odpovědích (8,3 %).

### Otázka č. 10 Jak byste hodnotil/a své zdraví dnes ve srovnání se stavem PŘED rokem?

Tabulka 15. Stav zdraví před rokem

Stav zdraví před rokem	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
mnohem lepší 1b	5	5,8
poněkud lepší 2b	13	15,3
přibližně horší 3b	27	31,8
poněkud horší 4b	34	40
mnohem horší 5b	6	7,1
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



Graf 7. Stav zdraví před rokem

Výše uvedené tabulkové znázornění č. 15 i grafické vyjádření č. 7 informuje o tom, jak by dnes respondenti hodnotili své zdraví ve srovnání se stavem před rokem. Z tabulky a grafu č. 10 je patrné, že respondenti své zdraví hodnotili převážně jako „poněkud horší než před rokem“. Tuto položku v otázce č. 10 v našem dotazníku označilo celkem 34 dotázaných (40 %). Druhá nejčastější odpověď ohledně hodnocení zdraví před rokem, v počtu 27 odpovědí (31,8 %), byla „přibližně horší než před rokem“. Svůj stav zdraví před rokem hodnotilo jako „poněkud lepší než před rokem“ celkem 13 dotázaných. Toto tvrzení představuje 15,3 % všech odpovědí z celkového počtu 108 dotázaných. Jako „mnohem horší než před rokem“ svůj stav zdraví hodnotilo 7,1 % dotázaných, což bylo 6 respondentů. Pouze 5 dotázaných odpovědělo, že svůj nynější stav zdrav hodnotí jako mnohem lepší než před rokem.

**Otázka č. 11** Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví NYNÍ tyto činnosti? JESTLI, ŽE ANO, do jaké míry?

Tabulka 16. Činnosti omezující zdraví

Činnosti	Ano, omezuje hodně 1b		Ano, omezuje trochu 2b		Ne, vůbec neomezuje 3b		Suma ( $\Sigma$ ) $n_i$	Suma ( $\Sigma$ ) $f_i$ (%)
	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)		
A. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	23	27,1	34	40	28	32,9	<b>85</b>	<b>100</b>
B. Středně namáhavé činnosti jako jsou posunování stolu, luxování, jízda na kole	2	2,3	9	10,6	74	87,1	<b>85</b>	<b>100</b>
C. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	0	0	6	7,1	79	92,9	<b>85</b>	<b>100</b>
D. Vyjít po schodech několik pater	6	7,1	17	20	62	72,9	<b>85</b>	<b>100</b>
E. Vyjít po schodech jedno patro	0	0	2	2,4	83	97,6	<b>85</b>	<b>100</b>
F. Předklon, shýbání, poklek	0	0	4	4,7	81	95,3	<b>85</b>	<b>100</b>
G. Chůze asi jeden km	0	0	5	5,9	80	94,1	<b>85</b>	<b>100</b>
h. Chůze po ulici (100 m)	0	0	0	0	85	100	<b>85</b>	<b>100</b>
I. Chůze po ulici několik desítek metrů	0	0	0	0	85	100	<b>85</b>	<b>100</b>
J. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	0	0	2	2,4	83	97,6	<b>85</b>	<b>100</b>

V otázce č. 11 jsme zjišťovali do jaké míry, námi stanovené činnosti, omezují zdraví respondentů. Otázka č. 11 byla tvořena deseti podotázkami, které byly označeny písmeny A až J. Výsledky našeho šetření uvádíme níže.

**A. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů.** Z tabulkového vyjádření je patrné, že nejvíce respondentů se vyjádřilo v počtu 34 odpovědí (40 %), že výše zmíněné usilovné činnosti je omezují trochu. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že usilovné činnosti typu běh, zvedání těžkých břemen a provozování náročných sportů vůbec neomezuje zdraví respondentů. Takto odpovědělo 32,9 % dotázaných, tedy 28 respondentů. Celkem 23 (27,1 %) respondentů uvedlo, že výše zmiňované činnosti hodně omezují zdraví nemocných.

**B. Středně namáhavé činnosti jako jsou posunování stolu, luxování, jízda na kole.** Největší počet dotázaných, v počtu 74 odpovědí (87,1 %) uvedl, že středně namáhavé činnosti vůbec neomezují jejich zdraví. Celkem 9 dotázaných odpovědělo, že středně namáhavé činnosti je omezují trochu. Takto odpovědělo 10,6 % dotázaných. Pouze dva respondenti zvolili možnost „Ano, omezuje hodně“. Tato odpověď představovala 2,3 % všech dotázaných.

**C. Zvedání nebo nošení běžného nákupu.** Při položení otázky, zda zvedání či nošení běžného nákupu omezuje zdraví nemocných s Idiopatickými střevními záněty, nám celkem 79 (92,9 %) dotázaných uvedlo, že tato činnost vůbec neomezuje jejich zdraví. Pouze 6 (7,1 %) respondentů zvolilo možnost, že zmiňované činnosti trochu omezují jejich zdraví. Položku „Ano, omezuje hodně“ nezvolil nikdo z námi oslovených respondentů.

**D. Vyjít po schodech několik pater.** Vyjít po schodech několik pater nepovažuje za činnost omezující zdraví celkem 72,9 % respondentů, tedy 62 dotázaných. 17 respondentů uvedlo, že vyjít po schodech několik pater omezuje jejich zdraví trochu. Takto odpovědělo 20 % z 85 dotázaných. Možnost, že vyjít po schodech několik pater omezuje zdraví hodně, zvolilo 6 respondentů, tj. 7,1 %.

**E. Vyjít po schodech jedno patro.** Z tabulkového znázornění je patrné, že většina dotázaných v počtu 83 (97,6 %) odpovědí zvolila možnost, že vyjít po schodech jedno patro vůbec neomezuje jejich zdraví. Pouze 2 respondenti uvedli, že zmíněná činnost jejich zdraví omezuje trochu. Takto odpovědělo celkem 2,4 % dotázaných. Možnost „Ano, omezuje hodně“ nezvolil nikdo.

**F. Předklon, shýbání, poklek.** Největší počet dotázaných odpověděl, že námi zmiňované činnosti jako je předklon, shýbání a poklek vůbec neomezují zdraví dotázaných. Takto odpovědělo celkem 95,3 % dotázaných, což představuje 81 respondentů. Celkem 4 (4,7 %) respondentů uvedlo, že jejich zdraví omezují trochu výše zmiňované činnosti. Odpověď „Ano, omezuje hodně“ nezvolil z respondentů nikdo.

**G. Chůze asi jeden km.** V podotázce G. u otázky č. 11 jsme zjišťovali, zda chůze do vzdálenosti jednoho kilometru omezuje zdraví nemocných s Idiopatickým střevním zánětem. Z tabulkového znázornění je patrné, že 80 respondentů, tedy 94,1 %, odpovědělo, že jim tato chůze po vzdálenost 1 kilometru vůbec neomezuje zdraví. Pouze 5 dotázaných odpovědělo, že jim tato činnost omezuje trochu jejich zdraví. Možnost zvolit odpověď, že výše zmiňovaná činnost omezuje hodně jejich zdraví, nezvolil nikdo.

**H. Chůze po ulici (100 m), I. Chůze po ulici několik desítek metrů.** U těchto dvou otázek všichni respondenti zvolili možnost, že tyto činnosti jejich zdraví vůbec neomezují a to v počtu 85 odpovědí, tj. 100 %.

**J. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci.** Na tuto otázku odpovědělo 83 dotázaných (97,6 %), že koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci vůbec neomezuje jejich zdraví. Pouze dva dotázaní uvedli, tyto činnosti je omezují trochu. Tuto položku zvolilo 2,4 % všech námi oslovených respondentů.

**Otázka č. 12 Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?**

Tabulka 17. Problémy kvůli zdravotním potížím

Problémy kvůli zdravotním obtížím	Ano 1b		Ne 2b		Suma ( $\Sigma$ ) $n_i$	Suma ( $\Sigma$ ) $f_i$ (%)
	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)		
A. Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	49	57,6	36	42,4	<b>85</b>	<b>100</b>
B. Uděl/a jste méně, než jste chtěl/a?	45	52,9	40	47,1	<b>85</b>	<b>100</b>
C. Byl/a jste omezován/a při práci nebo při jiných činnostech?	66	77,6	19	22,4	<b>85</b>	<b>100</b>
D. Měl/a jste potíže s vykonáváním práce nebo jiné činnosti?	44	51,8	41	48,2	<b>85</b>	<b>100</b>

V otázce č. 12 jsme zjišťovali, zda nemocní s Idiopatickými střevními záněty trpěli některými problémy, které byly uvedeny v podotázkách A – D, při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním obtížím. Výsledky našeho šetření uvádíme níže.

- A. Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?** Na tuto otázku odpovědělo kladně 49 dotázaných (57,6 %). Celkem 36 dotázaných, tj. 42,4 %, odpovědělo, že se jejich čas nezkrátil, který věnovali práci nebo jiné činnosti.
- B. Uděl/a jste méně, než jste chtěl/a?** U této otázky odpovědělo kladně 45 respondentů, tj. 52,9 % z celkového počtu 85 dotázaných. 40 dotázaných přiznalo, že kvůli svým zdravotním obtížím neudělali méně, než chtěli. Tuto skupinu představuje 47,1 % všech dotázaných.
- C. Byl/a jste omezován/a při práci nebo při jiných činnostech?** Na tuto otázku odpovědělo kladně celkem 66 respondentů (77,6 %). Naopak záporně odpovědělo 19 dotázaných a přiznalo, že nebyli v posledních 4 týdnech kvůli svým zdravotním obtížím při práci či činnostech méně pozorní než obvykle. Tuto skupinu tvořilo 22,4 % všech dotázaných.

D. **Měl/a jste potíže s vykonáváním práce nebo jiné činnosti?** Na tuto otázku odpovědělo kladně 44 oslovených respondentů, což představuje 51,8 % všech dotázaných. Záporně odpovědělo 41 respondentů, tedy 48,2 %.

**Otázka č. 13 Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím (např. deprese či úzkosti)?**

Tabulka 18. Problémy kvůli emocionálním obtížím

Problémy kvůli emocionálním obtížím	Ano 1b		Ne 2b		Suma ( $\Sigma$ ) $n_i$	Suma ( $\Sigma$ ) $f_i$ (%)
	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)		
A. Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	56	65,9	29	34,1	<b>85</b>	<b>100</b>
B. Uděl/a jste méně, než jste chtěl/a?	61	71,8	24	28,2	<b>85</b>	<b>100</b>
C. Byl/a jste při práci či činnostech méně pozorný/á než obvykle?	27	31,8	58	68,2	<b>85</b>	<b>100</b>

V otázce č. 13 jsme zjišťovali, zda nemocní s Idiopatickými sřevními záněty trpěli některými problémy, které byly uvedeny v podotázkách A – C, při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním obtížím. Výsledky z tabulkového znázornění popisujeme níže.

**A. Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?** Na tuto otázku odpovědělo kladně 56 dotázaných, tj. 65,9 %. Celkem 29 respondentů přiznalo, že se jim nezkrátil čas, který věnovali práci nebo jiné činnosti na základě svých emocionálních obtížím. Tuto skupinu tvořilo 34,1 % z celkového počtu dotázaných.

**B. Uděl/a jste méně, než jste chtěl/a?** 61 respondentů uvedlo (71,8 %), že v předchozích 4 týdnech udělali méně, než chtěli kvůli emocionálním obtížím. 24 dotázaných odpovědělo záporně na námi položenou otázku, tj. 28,2 % z celkového počtu respondentů.

**C. Byl/a jste při práci či činnostech méně pozorný/á než obvykle?** Tabulkové vyjádření č.13 u podotázky C. informuje o tom, zda dotázaní pocítují, že byli

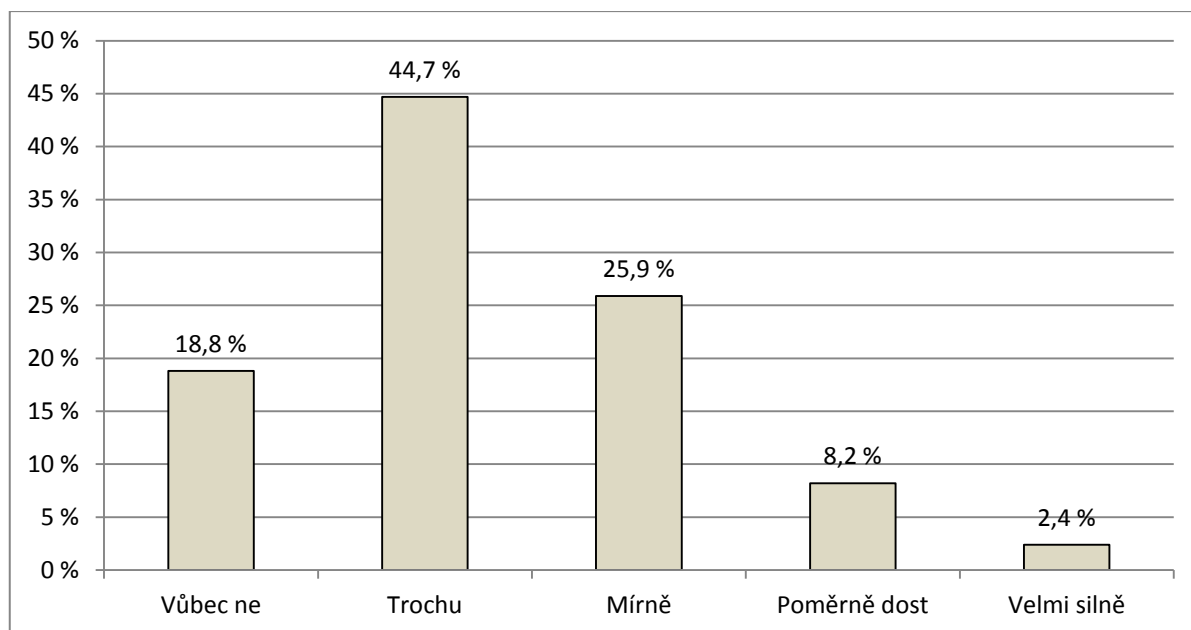


v předchozích 4 týdnech při práci či činnostech méně pozorní než obvykle na základě svých emocionálních obtíží. Jak je patrné, tak většina dotázaných odpověděla záporně a to v počtu 58 odpovědí, tj. 68,2 %. Kladně na námi položenou otázku odpovědělo 27 dotázaných (31,8 %).

**Otázka č. 14 Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?**

Tabulka 19. Míra omezení ve společenském životě

Míra omezení ve společenském životě	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
Vůbec ne 1b	16	18,8
Trochu 2b	38	44,7
Mírně 3b	22	25,9
Poměrně dost 4b	7	8,2
Velmi silně 5b	2	2,4
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



Graf 8. Míra omezení ve společenském životě

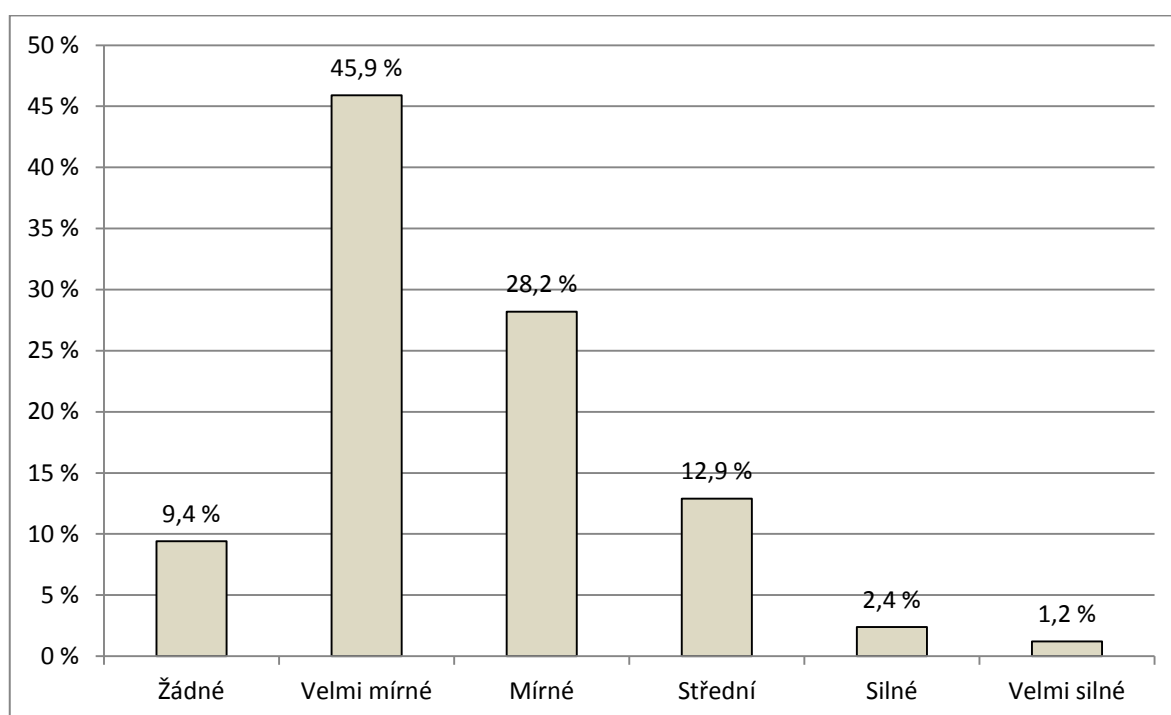
Z tabulkového i grafického znázornění otázky č. 14 lze vyčíst, že největší počet respondentů uvedl, že zdravotní nebo emocionální potíže bránily normálnímu společenskému životu v posledních 4 týdnech jen „trochu“. Tuto možnost zvolilo 38

dotázaných, tj. 44,7 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že zmíněné potíže bránili respondentům v normálním společenském životě „mírně“. Tuto položku v dotazníku označilo 22 dotázaných (25,9 %). Zdravotní či emocionální potíže vůbec nebránily společenskému životu u 16 dotázaných, kteří představovali 18,8 % všech respondentů. Položku „poměrně dost“ vybralo 7 dotázaných, tj. 8,2 %. Pouze 2 (2,4 %) dotázaných uvedlo, že zmíněné potíže jim velmi silně bránily společenskému životu.

### 15. Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?

Tabulka 20. Výskyt bolesti

Bolest	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
Žádné 1b	8	9,4
Velmi mírné 2b	39	45,9
Mírné 3b	24	28,2
Střední 4b	11	12,9
Silné 5b	2	2,4
Velmi silné 6b	1	1,2
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



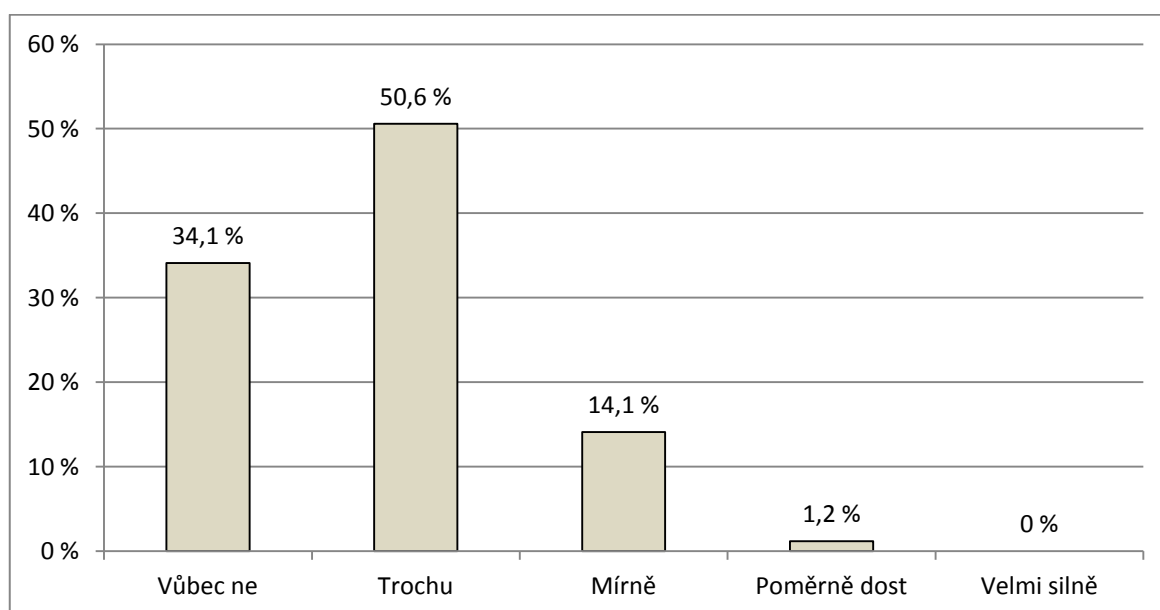
Graf 9. Výskyt bolesti

Tabulkové i grafické vyjádření otázky č. 15 informuje o tom, jak silné bolesti měli námi oslovení respondenti v posledních 4 týdnech. Nejvíce dotázaných ohodnotilo své bolesti jako velmi mírné a to v 39 odpovědích, tj. 45,9 %. Jako mírné bolesti v posledních 4 týdnech označilo celkem 24 dotázaných (28,2 %). Střední bolesti pociťovalo 12,9 % dotázaných, tj. 11 dotázaných. Žádné bolesti nepociťovalo 8 respondentů (9,4 %). Silné bolesti pociťovali 2 dotázaní (2,4 %). Nejméně dotazovaných uvedlo, že v posledních 4 týdnech měli velmi silné bolesti. Tyto velmi silné bolesti se vyskytly pouze u 1 dotázaného, tj. 1,2 %.

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

Tabulka 21. Bolest bránící v práci i doma

Bolest bránící v práci	Četnost ni	Relativní četnost fi (%)
Vůbec ne 1b	29	34,1
Trochu 2b	43	50,6
Mírně 3b	12	14,1
Poměrně dost 4b	1	1,2
Velmi silně 5b	0	0
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



Graf 10. Bolest bránící v práci i doma

Z tabulkového a grafického znázornění otázky č. 16 je patrné, že nejvíce dotázaných uvedlo, že jejich bolesti „trochu“ bránily v práci v posledních 4 týdnech. Toto tvrzení uvedlo 43 dotázaných (50,6 %). Vůbec nebránily bolesti dotázaným u 29 respondentů (34,1 %). 12 dotázaných, tj. 14,1 %, uvedlo, že „mírně“ bránily bolesti v práci nemocného s Idiopatickým střevním zánětem. Pouze jeden respondent uvedl, že bolesti mu „poměrně dost“ bránily v práci, což představuje 1,2 % ze všech námi oslovených respondentů. Nikdo nezvolil možnost, že bolesti velmi silně bránili nemocnému v práci.

**Otázka č. 17** Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech, u každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a. Jak často v posledních 4 týdnech...

Tabulka 22. Pocity v posledních 4 týdnech

Pocity	Pořád 1b		Většinou 2b		Dost často 3b		Občas 4b		Málokdy 5b		Nikdy 6b		Suma ( $\Sigma$ ) $n_i$	Suma ( $\Sigma$ ) $f_i$ (%)
	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)		
A. Jste se cítil/a pln/á elánu?	2	2,4	9	10,6	30	35,3	29	34,1	13	15,3	2	2,4	<b>85</b>	<b>100</b>
B. Jste byl/a velmi nervózní?	0	0	2	2,4	9	10,6	22	25,9	41	48,2	11	12,9	<b>85</b>	<b>100</b>
C. Jste pociťoval/a takovou depresi, že Vás nic nerozveselilo?	0	0	0	0	3	3,5	7	8,2	42	49,4	33	38,8	<b>85</b>	<b>100</b>
D. Jste pociťoval/a klid a pohodu?	7	8,2	20	23,5	29	34,1	25	29,4	4	4,7	0	0	<b>85</b>	<b>100</b>
E. Jste pln/a energie?	3	3,5	14	16,5	20	23,5	37	43,5	10	11,8	1	1,2	<b>85</b>	<b>100</b>
F. Jste pociťoval/a pesimismus a smutek?	0	0	4	4,7	7	8,2	33	38,8	31	36,5	10	11,8	<b>85</b>	<b>100</b>
G. Jste se cítil/a vyčerpán/a?	0	0	2	2,4	15	17,6	9	10,6	37	43,5	22	25,9	<b>85</b>	<b>100</b>
H. Jste byl/a šťastný/á?	7	8,2	20	23,5	24	28,2	23	27,1	8	9,4	3	3,5	<b>85</b>	<b>100</b>
I. Jste se cítil/a unaven/a?	2	2,4	5	5,9	35	41,2	37	43,5	5	5,8	1	1,2	<b>85</b>	<b>100</b>

Tabulkové vyjádření otázky č. 17 znázorňuje, jak se dařilo nemocným s Idiopatickými střevními záněty, včetně jejich pocitů, během posledních 4 týdnů. Otázka č. 17 byla tvořena 9 podotázkami A. – I., které se ptali respondentů: „Jak často v posledních 4 týdnech...“

- A. Jste se cítil/a pln/á elánu?** Největší počet respondentů odpověděl, že „dost často“. Takto odpovědělo 30 respondentů, což představuje 35,3 % všech odpovědí. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „občas“, kdy tuto možnost zvolilo 29 dotázaných, tj. 34,1 % všech oslovených respondentů. Málokdy se cítilo být plno elánu 13 dotázaných (15,3 %). Za poslední 4 týdny se cítili být „většinou“ plni elánu 9 dotázaných (10,6 %). Položku „pořád“ a „nikdy“ zvolili 2 dotázaní, což představuje u obou položek 2,4 % ze všech námi oslovených respondentů.
- B. Jste byl/a velmi nervózní?** Nejvíce odpovědí jsme zaznamenali u možnosti „málokdy“, kdy tuto položku zvolilo 32 respondentů, tj. 29,6 %. Dost často byli v posledních 4 týdnech nervózní 28 dotázaných, což představuje 25,9 % všech oslovených respondentů. Položku „občas“ zvolilo 19 dotázaných (17,7 %). Položku „většinou“ zvolilo 13 dotázaných (12 %). Za poslední 4 týdny nebylo nikdy nervózní 12 dotázaných (11,1 %) a odpověď „pořád“ zvolili pouze 4 dotázaní, což představuje 3,7 % všech dotázaných.
- C. Jste pociťoval/a takovou depresi, že Vás nic nerozveselilo?** 4, tedy 49,4 % všech oslovených respondentů se „málokdy“ stalo za poslední 4 týdny, že by pociťovali takovou depresi, že by je nic nerozveselilo. Možnost „nikdy“ zvolilo 33 dotázaných (38,8 %). „Občas“ takovou depresi, že by člověka nic nerozveselilo, pocítilo za poslední 4 týdny 7 respondentů (8,2 %). Odpověď „dost často“ označili 3 dotázaní (3,5 %). Položky „většinou“ a „pořád“ nezvolil nikdo.
- D. Jste pociťoval/a klid a pohodu?** Klid a pohodu za poslední 4 týdny „dost často“ pociťovalo 29 oslovených, tj. 34,1 %. Položku „občas“ zvolilo 25 respondentů (29,4 %). Většinou klid a pohodu pociťovalo 20 dotázaných (23,5 %). 7 (8,2 %) námi oslovených respondentů uvedlo, že „pořád“ pociťovalo klid a pohodu za poslední 4 týdny a pouze 4 oslovených (4,7 %) uvedlo, že klid a pohodu pociťovali málokdy. Položku „nikdy“ nezvolil žádný z námi oslovených respondentů.

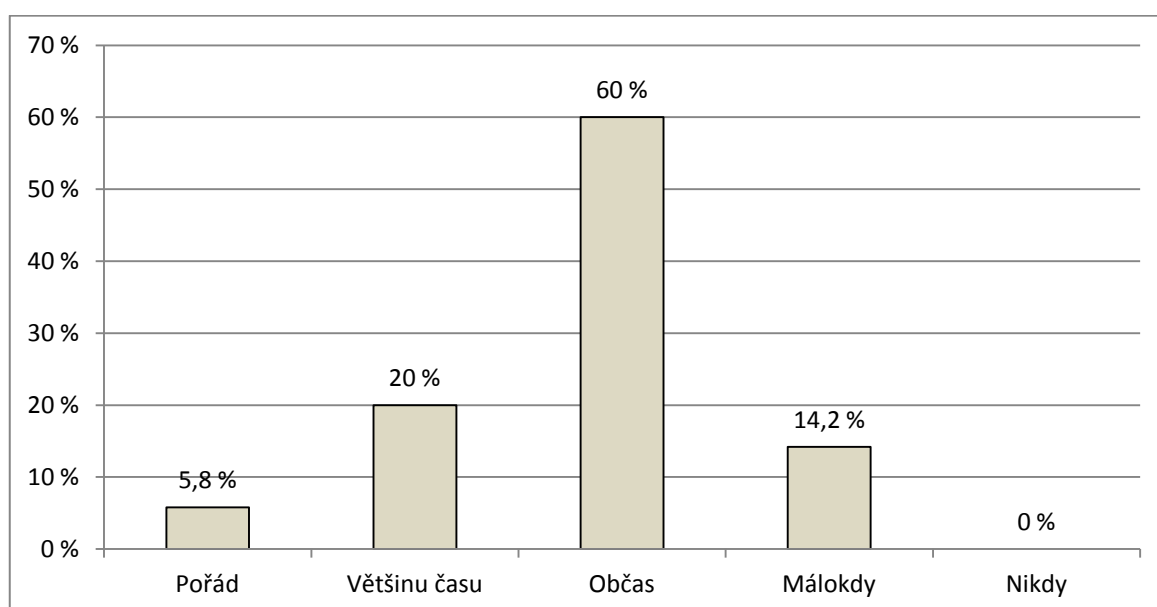
- E. Jste pln/a energie?** Nejvíce námi oslovených respondentů na tuto otázku odpovědělo v počtu 37 odpovědí (43,5 % ze všech oslovených 108 respondentů), že cítí být plni energie „občas“. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že pocit plnosti energie pociťovalo v posledních 4 týdnech „dost často“. Tuto odpověď zvolilo 20 dotázaných, což představuje 23,5 % všech dotázaných. „Většinou“ tento pocit mělo 14 dotázaných (16,5 %), „málokdy“ tento pocit zažívalo 10 dotázaných (11,8 %). 3 námi oslovení respondenti (3,5 %) odpověděli, že pocit plnosti energie zažívalo „pořád“ a pouze 1 respondent uvedl, že tento pocit neměl nikdy, což představuje 1,2 % všech dotázaných.
- F. Jste pociťoval/a pesimismus a smutek?** Občas pociťovalo pesimismus a smutek 33 dotázaných (38,8 %). 31, tj. 36,5 %, respondentů uvedlo, že málokdy pociťovalo pesimismus a smutek. V počtu 10 odpovědí, tj. 11,8 %, respondenti uvedli, že „nikdy“ tyto pocity neměli v předchozích 4 týdnech. „Dost často“ tyto pocity prožívalo 7 námi dotázaných respondentů, což představuje 8,2 % všech dotázaných. Pouze 4 dotázaní uvedli, že pocity pesimismu a smutku pociťovali „většinou“ v předchozích 4 týdnech. Nikdo nezvolil možnost „pořád“.
- G. Jste se cítil/a vyčerpán/a?** U této otázky odpovědělo 37 respondentů (43,5 %), že se cítili být v předchozích 4 týdnech „málokdy“ vyčerpáni. V celkovém počtu 22 odpovědí, respondenti uvedli, že pocit vyčerpání v předchozích 4 týdnech nepocítili nikdy. Odpověď „dost často“ zvolilo 15 dotázaných, což představuje 17,6 % všech dotázaných. Občas pociťovalo vyčerpání 9 dotázaných (10,6 %), pouze 2 respondenti (2,4 %) uvedli, že tyto pocity měli většinou. Nikdo nezvolil možnost, že pocity vyčerpání měl pořád během předchozích 4 týdnů.
- H. Jste byla šťastný/á?** Nejvíce dotázaných odpovědělo, že se cítili být šťastni dost často v předchozích 4 týdnech. Takto odpovědělo 24 respondentů, což představuje 28,2 % všech dotázaných. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že se dotázaní cítili být občas šťastní. Tuto odpověď jsme zaznamenali u 23 respondentů (27,1 %). Většinou se cítilo být šťastnými 20 dotázaných (23,5 %), málokdy se cítilo být šťastnými 8 dotázaných (9,4 %). Položku „pořád“ zvolilo 7 respondentů (8,2 %) a pouze 3 dotázaní uvedli, že se za předchozí 4 týdny necítili být šťastni nikdy, což představuje 3,5 % z celkového počtu dotázaných.

**I. Jste se cítil/a unaven/a?** Nejčastěji respondenti odpovídali na tuto otázku, že se cítili být za poslední 4 týdny unaveni „občas“. Tuto možnost zvolilo 37 dotázaných, tedy 43,5 %. Dost často se unaveně cítilo 35 dotázaných (41,2 %). Málokdy se cítilo být unaveno 5 respondentů (5,9 %). Stejný počet respondentů uvedl, že málokdy tento pocit mělo v předchozích 4 týdnech. Pouze dva dotázaní (2,4 %) uvedli, že za poslední 4 týdny se cítili být „pořád“ unaveni. Možnost zvolit položku „nikdy“ využil pouze jeden respondent (1,2 %).

**Otázka č. 18 Uved'te, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?**

Tabulka 23. Četnost omezení ve společenském životě

Četnost omezení ve společenském životě	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)
Pořád 1b	5	5,8
Většinu času 2b	17	20
Občas 3b	51	60
Málokdy 4b	12	14,2
Nikdy 5b	0	0
<b>Suma (<math>\Sigma</math>)</b>	<b>85</b>	<b>100</b>



Graf 11. Četnost omezení ve společenském životě



Tabulkové a grafické znázornění otázky č. 18 informuje o tom, jak často v posledních 4 týdnech bránily dotázaným jejich zdravotní nebo emocionální obtíže jejich společenskému životu. Největší počet respondentů uvedl, že tyto obtíže bránily jejich společenskému životu občas. Tato skupina odpovídajících tvořila 51 respondentů, tj. 60 %. 17 dotázaných (20 %) uvedlo, že obtíže pociťovalo „většinu času“. Položku „málokdy“ zvolilo 12 respondentů (14,2 %) a 5 respondentů uvedlo, že zdravotní nebo emocionální obtíže bránily společenskému životu „pořád“, což představuje 5,8 % všech dotázaných. Nikdo nezvolil možnost „nikdy“.

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

Tabulka 24. Míra platnosti prohlášení

Prohlášení	Určitě ano 1b		Většinou ano 2b		Nejsem si jist 3b		Většinou ne 4b		Určitě ne 5b		Suma ( $\Sigma$ ) $n_i$	Suma ( $\Sigma$ ) $f_i$ (%)
	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)	Četnost $n_i$	Relativní četnost $f_i$ (%)		
A. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než ostatní lidé	19	22,3	56	65,9	9	10,6	1	1,2	0	0	85	100
B. Jsem stejně zdrav/a jako kdokoliv jiný	0	0	0	0	0	0	6	7,1	79	92,9	85	100
C. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	19	22,4	57	67,1	7	8,2	2	2,4	0	0	85	100
D. Mé zdraví je perfektní	0	0	0	0	3	3,5	31	36,5	51	60	85	100

Tabulkové znázornění otázky č. 19 vyjadřuje odpovědi pacientů s Idiopatickými střevními záněty na námi stanovená prohlášení, které jsou součástí této otázky. Respondenti se vyjadřovali celkem ke čtyřem prohlášením, které byly označeny písmeny A. – D.

- A. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než ostatní lidé.** K tomuto prohlášení se vyjádřilo hodnocením „většinou ano“ celkem 56 dotázaných, což představuje 65,9 % všech dotázaných. Položku „určitě ano“ zvolilo 19 dotázaných (22,3 %). 9 (10,6 %) respondentů uvedlo, že si nejsou jisti, zda onemocní jakoukoliv nemocí poněkud snadněji než ostatní lidé. 1 (1,2 %) oslovení respondenti uvedli, že většinou ne onemocní jakoukoliv nemocí snadněji než ostatní lidé. Nikdo nezvolil tvrzení „určitě ne“.
- B. Jsem stejně zdrav/a jako kdokoliv jiný.** Největší počet dotázaných uvedl, že toto prohlášení určitě pro ně neplatí. Takto odpovědělo 92,9 % všech dotázaných, což představuje 79 respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „většinou ne“, kterou zvolilo 6 dotázaných (7,1 %). Položky „většinou ano“, „určitě ano“ a „nejsem si jist“ nezvolil nikdo.
- C. Očekávám, že se mé zdraví zhorší.** Nejčastěji zvolenou odpovědí byla možnost „většinou ano“, takto odpovědělo 57 respondentů (67,1 %). Při otázce zda respondent očekává, že se jeho zdraví zhorší, nám odpovědělo 19 dotázaných, že určitě ano, což představuje 22,4 % všech dotázaných. S tímto tvrzením si není jisto 7 dotázaných (8,2 %). 2 respondenti (2,4 %) zvolili odpověď na námi předložené prohlášení „většinou ne“. Nikdo nezvolil tvrzení „určitě ne“.
- D. Mé zdraví je perfektní.** Největší část respondentů, v počtu 51 odpovědí (60 %), nám na toto prohlášení odpovědělo, že „určitě ne“. Možnost zvolit odpověď „většinou ne“ využilo 31 dotázaných (36,5 %) a pouze 3 dotázaní (3,5 %) uvedli, že u tohoto prohlášení si nejsou jisti jeho pravdivostí. Položky „určitě ano“, „většinou ano“ nezvolil nikdo.

## 5 DISKUZE

V diplomové práci jsme se zabývali kvalitou života nemocných s Idiopatickými střevními záněty. Zajímalo nás, v jaké míře je snížena kvalita života u nemocných s diagnózou IBD, kam řadíme Crohnovu chorobu a Ulcerózní kolitidu.

K výzkumnému šetření jsme zvolili kvantitativní metodu dotazníku, který byl rozdán nemocným s Idiopatickými střevními záněty na semináři „*Novinky v léčbě IBD*“ konaném Občanským sdružením pacientů s IBD se sídlem v Praze. Dále jsme umístili dotazník online na webové stránky zmiňovaného Občanského sdružení a také na profil „Pacienti IBD“ internetové sociální sítě Facebook. Na začátku práce byly stanoveny tři dílčí úkoly práce, podle kterých byl dotazník sestaven a podle kterých níže hodnotíme výsledky z výzkumného šetření, včetně výzkumných předpokladů, které byly na začátku práce též stanoveny.

### 5.1 Hodnocení dílčích úkolů práce

#### 1. Dílčí úkol práce

**V dílčím úkolu č. 1 jsme zjišťovali, zda pohlaví, věk a výskyt onemocnění IBD v rodině ovlivňuje výskyt Idiopatických střevních zánětů.** (Položky v dotazníku č. 1, 2, 3, 4, 5)

Našeho výzkumného šetření se zúčastnilo převážně více žen než mužů (52 žen a 33 mužů) ve věkovém rozmezí 18 – 65 let. Největší věkovou skupinu tvořili respondenti ve věku 26 – 35 let. Tato část dotázaných tvořila 38,9 % z celkového počtu 85 námi oslovených respondentů.

Domníváme se, že převážná většina zúčastněných žen našeho výzkumného šetření je způsobena větším zájmem právě žen o účast na seminářích Občanského sdružení pacientů s IBD. Dle slov samotné paní předsedkyně zmiňovaného sdružení PhDr. Martiny Pfeiferové, navštěvuje semináře více žen než mužů. Toto tvrzení se nám potvrdilo i v našem předchozím výzkumném šetření v rámci bakalářské práce, které probíhalo též s pomocí Občanského sdružení pacientů s IBD, kdy se zmiňovaného šetření zúčastnilo 58 % žen z celkového počtu padesáti respondentů (Matunová, 2012).

U 50,6 % z celkového počtu 85 dotázaných byl diagnostikován Idiopatický střevní zánět ve věkovém rozmezí 21 – 30 let. Náš výsledek výzkumného šetření v oblasti doby

diagnostiky IBD nám potvrzuje tvrzení Prof. MUDr. Milana Lukáše, CSc., který ve svém článku *Postavení koloskopie u idiopatických střevních zánětů* tvrdí, že medián výskytu Crohnovy choroby je ve věku 25 – 28 let a u Ulcerózní kolitidy činí medián 25 let (Lukáš, 2010).

V rámci zjišťování výskytu Idiopatických střevních zánětů v rodinné anamnéze nemocných jsme došli k závěru, že onemocnění IBD se vyskytovalo u 46 respondentů z 85 celkem oslovených, což představuje 54,1 %. U respondentů, u nichž byla pozitivní rodinná anamnéza na onemocnění IBD, jsme se zeptali, u koho se toto onemocnění v rodině vyskytlo. Nejvíce respondentů uvedlo, že onemocnění Idiopatickým střevním zánětem se vyskytlo u otce a to v 18 případech, což představuje 39,1 % z celkového počtu 46 dotázaných. Dále se onemocnění vyskytlo u matky a to u 13 dotázaných (28,3 % z celkového počtu 46 dotázaných), viz. kapitola 4.1 Nestrukturovaný dotazník (4.1.1 Vyhodnocení nestrukturovaného dotazníku; otázka č. 5).

Výsledek 1. Dílčího úkolu nás celkem nepřekvapil. Se znalostmi z odborné literatury zaměřující se na problematiku Idiopatických střevních zánětů ohledně věku, kdy se často diagnostikuje onemocnění IBD a se zkušenostmi z našeho prvního výzkumného šetření v rámci bakalářské práce jsme již věděli, že více žen má pravděpodobně zájem se dozvědět více o svém onemocnění a proto docházejí na semináře konané Občanským sdružením pacientů s IBD častěji než muži. Co nás však překvapilo, byly výsledky výzkumného šetření ohledně výskytu onemocnění IBD v rodinné anamnéze nemocných. Nemůžeme sice tvrdit na základě tak malého výzkumného vzorku o počtu 85 respondentů, že výskyt IBD v rodině nemocného předurčuje genetickou predispozici pro vznik tohoto onemocnění, ale v našem výzkumném vzorku se toto tvrzení potvrdilo. Bude zajímavé sledovat i následující výzkumná šetření v této oblasti, zda se naše výsledky budou s jinými autory a jejich výsledky shodovat.

## 2. Dílčí úkol práce

**Cílem druhého dílčího úkolu bylo zjistit, v jakém směru jsou nemocní s Idiopatickými střevními záněty nejvíce omezováni.** (Položky v dotazníku č. 6, 7, 8)

Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že nemocní s Idiopatickými střevními záněty jsou nejvíce omezováni v zaměstnání a v kulturním životě.

Zaměstnání jako směr, v kterém jsou nejvíce nemocní omezováni, označil největší počet dotázaných a to v celkovém počtu 28 odpovědí, což představuje 32,9 %. V kulturním životě je omezeno celkem 23,6 % všech dotázaných, tedy 20 respondentů z celkového počtu 85. Dále dotázaní uvedli, že jsou často omezováni, co se týče cestování, ve stravování a v častých lékařských zákrocích/operacích. Dále nás také zajímalo, zda onemocnění IBD ovlivnilo pracovní pozici nemocných, např. ve smyslu zlepšení (povýšení), zhoršení (snížení úvazku, výpovědí) či získání invalidního důchodu. Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že na základě onemocnění Idiopatickým střevním zánětem nedošlo u převážné většiny dotázaných k ovlivnění pracovní pozice. Celkem u 75,3 % dotázaných, tedy u 64 respondentů nedošlo k ovlivnění pracovní pozice. Tento výsledek nás mile překvapil. Předpokládali jsme, že výsledky nebudou tak příznivé.

Pokud se zamyslíme nad základními příznaky tohoto onemocnění, mezi které patří průjemy obtěžující nemocného i několikrát denně v jakoukoliv denní dobu, dále pak kolikovitě bolesti břicha, tak je zřejmý celkový negativní vliv na společenský život. Tyto potíže postihují pacienta při každodenních činnostech, a pokud není toto onemocnění adekvátně léčeno, za podmínek dodržování režimových opatření zahrnující nutriční terapii, stravovací návyky, denní režim apod., tak s sebou nese opravdu negativní dopad na společenský život těchto pacientů. Proto je důležitá edukace pacientů s IBD o tomto onemocnění, správná terapie a pomoc, jak léčebná tak psychologická.

### **3. Dílčí úkol práce**

**V třetím dílčím úkolu práce jsme zjišťovali kvalitu života respondentů s IBD na základě standardizovaného dotazníku SF-36 (Item Health Survey).** (Položky v dotazníku č. 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19)

Splnění třetího dílčího úkolu práce bylo svou náplní velice rozsáhlé. Pro stanovení kvality života byla každá respondentova odpověď v dotazníku zaznamenána, jednotlivé otázky se získanými body z jednotlivých odpovědí byly rozříděny do 8 dimenzí a poté byly ještě rozděleny do dvou hlavních kategorií: celkové psychické zdraví (MCS, Mental Component Summary) a celkové fyzické zdraví (PCS, Physical Component Summary), viz. kapitola 3.3 Dotazník SF-36. Po sečtení těchto dvou hlavních kategorií jsme získali výslednou hodnotu, tedy index kvality života SF – 36, který byl ohodnocen skórem od 0 – 100.

Výsledkem našeho výzkumného šetření u 85 nemocných s Idiopatickými střevními záněty v oblasti kvality života nemocných je zjištění, že index kvality života těchto nemocných v našem výzkumném vzorku je v průměru 88,3. Výzkumného šetření se zúčastnilo 55 respondentů s Crohnovou chorobou a 30 respondentů s Ulcerózní kolitidou. Index kvality života u nemocných s Crohnovou chorobou činí 87,1 a u nemocných s Ulcerózní kolitidou je 90,4.

Studie provedená v rámci programu pro výdej výjimečných léků sekretariátu zdravotnictví státu Mato Grosso – Cuiabá v Brazílii z roku 2007, pod vedením Prof. Mardem Machado de Souza (Odborný asistent na chirurgickém oddělení, Lékařské fakulty Cuiabá v Brazílii), s názvem *Kvalita života pacientů s Idiopatickými střevními záněty* (Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal) proběhla v říjnu 2006 – listopad 2007 s účastí 103 nemocných s IBD. Této studii se zúčastnilo 41 nemocných s Crohnovou chorobou a 62 nemocných s Ulcerózní kolitidou (Souza et al., 2011).

Výsledky výše zmiňované studie, provedené ve státě Mato Grosso v roce 2007, nás překvapily. Index kvality života SF-36 totiž činil v průměru 108,4 u nemocných s diagnózou Crohnovy choroby a 112,2 u nemocných s Ulcerózní kolitidou. Porovnáme-li tyto výsledky s našimi, tak je zřejmé, že výsledný index kvality života je u našeho výzkumného vzorku podstatně nižší, což předpokládá nižší úroveň kvality života u námi oslovených respondentů. Tento výsledek může být dán tím, že do studie konané Prof. Mardem Machada de Souza byly zařazeni nemocní s Idiopatickými střevními záněty ve všech stádiích nemoci (relaps, remise) a to převážně ti, kteří byli po operačním zákroku a byli tudíž ve fázi, kdy byly jejich akutní potíže vyřešeny a zvýšila se tím jejich kvalita života. Našeho výzkumného šetření se zúčastnili nemocní s IBD převážně v remisi, ale také jistě nemocní v relapsu onemocnění. Usuzujeme tak, že nemocní, kteří navštěvují semináře konající se pod záštitou Občanského sdružení pacientů s IBD, kde byly naše dotazníky rozdány, mají chronické potíže spojené s IBD a proto docházejí na tyto semináře, kde tyto potíže chtějí řešit a dozvědět se o nich více.

Pro porovnání výsledků uvádíme hodnoty celkového fyzického zdraví (PCS, Physical Component Summary) a celkového psychického zdraví (MCS, Mental Component Summary) ze studie Prof. Mardem Machada de Souza ve vnitrozemském brazilském spolkovém státě Mato Grosso a z našeho výzkumného šetření.

Tabulka 25. Výzkumné šetření Kvalita života nemocných s Idiopatickými střevními záněty v rámci naší práce

<b>IBD</b>	<b>PCS</b>	<b>MCS</b>	<b>SF-36</b>
<b>Crohnova choroba</b>	40,7	46,4	87,1
<b>Ulcerózní kolitida</b>	44,4	46,0	90,4

Tabulka 26. Studie Qualidade de vida de pacientes portadores de doença inflamatória intestinal (Souza et al., 2011)

<b>IBD</b>	<b>PCS</b>	<b>MCS</b>	<b>SF-36</b>
<b>Crohnova choroba</b>	53,7	54,7	108,4
<b>Ulcerózní kolitida</b>	56,7	55,5	112,24

Z výše umístěného tabulkového znázornění je patrné, že v našem výzkumném vzorku měli nemocní s Ulcerózní kolitidou nižší PCS (celkové fyzické zdraví) a vyšší MCS (celkové psychické zdraví), kdežto u studie Prof. Mardem Machada de Souza to bylo právě naopak. Hodnota PCS je vyšší než hodnota MCS.

Vzhledem k tomu, že nízké hodnoty PCS skóre (celkové fyzické zdraví) signalizují omezení v sebeobsluze, psychických a sociálních aktivitách, včetně přítomnosti prudké bolesti a únavy, tak můžeme usuzovat, že naši respondenti s Ulcerózní kolitidou byli v této oblasti na tom hůře než nemocní ve studii konané v Mato Grosso. Naopak vyšší MCS skóre v našem výzkumném šetření značí častější výskyt pozitivních dojmů, nepřítomnost úzkostných stavů a omezení způsobených emočními problémy než ve studii Prof. Mardem Machada de Souza.

Další studie na podobné téma proběhla ve Stockholmu, kdy byla zkoumána též kvalita života u idiopatických střevních zánětů jako celku. Této studii se zúčastnilo 197 pacientů, kteří byli rozděleni do skupin dle aktivity nemoci a dle trvání nemoci. Zajímavým výsledkem bylo, že pacienti s krátkým trváním nemoci mají nižší kvalitu života než pacienti s dlouhodobým trváním nemoci. Zde bezpochyby hraje roli proces adaptace na život s touto chorobou, kdy to, co přišlo pacientovi na začátku jeho choroby



jako značně omezující, může vnímat s odstupem času méně intenzivně či ho to vůbec nemusí omezovat v jeho kvalitě života (Jäghult et al., 2011).

Kvalitou péče o pacienty s Idiopatickými střevními záněty se zabývala dále zajímavá srovnávací studie z Milána a Oxfordu, kterou provedli Cassinotti et al. (2009). Tato studie nebyla sice zaměřena přímo na kvalitu života těchto nemocných jako naše výzkumné šetření, ale tato srovnávací studie odhalila mnohé rozdíly v péči o tyto pacienty dvou evropských států. Bylo například zjištěno, že v Miláně využívají více k diagnostice sonografii, kdežto v Oxfordu je to spíše počítačová tomografie. Co se týká léčby, v Oxfordu tito pacienti více užívají azathioprin, ostatní léčba byla v obou městech srovnatelná. Z endoskopických vyšetření tlustého střeva v Miláně radikálně převládá kolonoskopie, kdežto v Oxfordu je to spíše sigmoideoskopie. Poslední zásadní zjištění z této studie se týká organizace práce s těmito pacienty, kdy velkou výhodou v Oxfordu znamená přítomnost specializované IBD sestry, která v Miláně chybí.

Shrneme-li poznatky zjištěné na základě našeho výzkumného šetření, musíme konstatovat, že hodnoty skóre jednotlivých dimenzí posuzovaných v rámci zjišťování indexu kvality života SF-36, jsou podstatně nižší než udává norma pro zdravou populaci, viz. kapitola 3.3 Dotazník SF-36: Norma Oxford Health Life Survey (Kalová, 2005)

Onemocnění Idiopatickými střevními záněty je závažné celoživotní onemocnění, které, jak jsme zjistili, negativně ovlivňuje kvalitu života, a to mnohdy velmi radikálně. Hodnocení kvality života u těchto pacientů je velice důležité, protože přináší mnoho cenných informací, které lze využít při práci s těmito nemocnými.

## **5.2 Hodnocení výzkumných předpokladů**

Na začátku našeho výzkumného šetření jsme si stanovili tři základní výzkumné předpoklady, u kterých měl výsledek našeho výzkumného šetření tyto předpoklady potvrdit či vyvrátit.

## **1. Největší omezení nalézají nemocní s Idiopatickými střevními záněty v oblasti kulturního života.**

Na základě našeho výzkumného šetření jsme došli k závěru, že největší omezení nemocní s Idiopatickými střevními záněty nalézají ve svém zaměstnání a v jejich pracovním životě. Tuto oblast, která se týká jejich omezení, zvolilo 32,9 % ze všech námi 85 oslovených respondentů. Kulturní život však uvedlo, jako největší omezení v životě nemocného s IBD, celkem 23,6 % ze všech námi oslovených, což představuje 20 respondentů.

Výzkumný předpoklad č. 1 tedy vyvracíme.

## **2. Index kvality života SF-36 (Item Health Survey) je u nemocných s Idiopatickými střevními záněty nižší než 85.**

Na základě námi provedeného výzkumného šetření a vyhodnocení s pomocí standardizovaného dotazníku kvality života SF – 36, jsme došli k závěru, že index kvality života nemocných s IBD činí 88,3.

Výzkumný předpoklad č. 2 tedy vyvracíme.

Domnívali jsme se, že kvalita života těchto nemocných bude více snížena a to na základě našich znalostí z odborné literatury, kdy víme, že se jedná o onemocnění s typickou epidemiologií a bohužel dosud nevyjasněnou etiologií včetně patogeneze, mnohdy problematickou diagnostikou a hlavně se svízelnými projevy nemoci a komplikacemi. Veškeré tyto příznaky obecně charakterizují Idiopatické střevní záněty, přičemž poslední jmenovaný nejvíce negativně ovlivňuje kvalitu života, a to i přes pokrokovou léčbu. Toto nevyléčitelné onemocnění kvalitu života vždy ovlivňovalo, ovlivňuje a pravděpodobně bohužel i ovlivňovat bude. Je pro nás potěšující, že námi zjištěná hodnota SF-36 u nemocných s Idiopatickými střevními záněty byla vyšší, než námi hodnota předpokládaná.

### **3. Hodnota kvality života SF – 36 (Item Health Survey) je u nemocných s Crohnovou chorobou nižší než u Ulcerózní kolitidy.**

Dosažená hodnota indexu kvality života SF – 36 u nemocných s Crohnovou chorobou, kteří byli součástí našeho výzkumného vzorku, činila 87,1. Index kvality života SF – 36 u nemocných s Ulcerózní kolitidou byla 90,4. Je zde patrné, že nemocní s Crohnovou chorobou mají nižší kvalitu života, než nemocní s Ulcerózní kolitidou. Toto tvrzení je platné pro náš výzkumný vzorek nemocných s diagnózou Idiopatického střevního zánětu.

Výzkumný předpoklad č. 3 potvrzujeme.

Domníváme se, že kvalita života nemocných u pacientů s diagnózou Crohnovy choroby je nižší, než u Ulcerózní kolitidy. Domníváme se tak na základě možného radikálního řešení léčby Ulcerózní kolitidy, která spočívá v chirurgickém zákroku:

- Proktokolektomie s terminalni ileostomií - dříve zlatý standard, trvale řešící UC.
- Proktokolektomie s ileopouchanální anastomózou - dnes zlatý standard chirurgické léčby zachovává kontinenci stolice (Gabalec, 2009).

Protože Ulcerózní kolitida je lokalizována pouze na tlusté střevo, tak odstranění celého tohoto orgánu jednou provždy řeší problémy s touto chorobou spjaté, až na vzdálené projevy tohoto onemocnění, viz. kapitola 1.4 Komplikace Idiopatických střevních zánětů. Jinak tomu je u Crohnovy choroby, která postihuje celou trávicí trubici od úst až po konečník. Tudiž tuto chorobu nemůžeme u nemocného jednou pro vždy vyřešit a zbavit nemocného potíží. Toto je důvod, kvůli kterému jsme předpokládali, že bude kvalita života u nemocných s Crohnovou chorobou nižší než u nemocných s Ulcerózní kolitidou.

## ZÁVĚR

Nespecifické neboli idiopatické střevní záněty jsou zánětlivá postižení tenkého či tlustého střeva, mají znaky autoimunitního onemocnění a jejich vyvolávající příčina není přesně známa. Idiopatické střevní záněty jsou celoživotními nemocemi, typické je pro ně střídání období relapsů a remisí zánětu. V současnosti se zvažují tyto hlavní faktory podílející se na vzniku onemocnění, které se vzájemně ovlivňují: genetické vlivy, vliv infekce, imunitního systému a vliv zevního prostředí. Mezi hlavní Idiopatické střevní záněty se řadí Crohnova choroba a Ulcerózní kolitida.

Idiopatické střevní záněty negativně ovlivňují kvalitu života, která je v poslední době v medicínském a ošetrovatelském oboru stále více diskutovaným tématem, zvláště pokud se jedná o kvalitu života u chronického onemocnění, kde se její ovlivnění zcela jistě předpokládá. Náplní této práce byla detekce kvality života právě u nemocných s Idiopatickými střevními záněty.

Teoretická část diplomové práce byla věnována základním informacím vztahujícím se k onemocnění Idiopatickými střevními záněty, kam řadíme zmiňovanou Crohnovu chorobu a Ulcerózní kolitidu. Popsali jsme zde vše podstatné o těchto onemocněních, rizikových faktorech, diagnostických metodách a léčebných trendech. Dále jsme se v této části práce věnovali teorii kvality života, možnostem jejího měření a způsobům hodnocení kvality života.

V empirické části diplomové práce jsme zjišťovali ovlivnění kvality života nemocných s Crohnovou chorobou a Ulcerózní kolitidou, tedy s onemocněním Idiopatickými střevními záněty. Věnovali jsme se zde kvalitě zdraví především v oblastech celkového fyzického a psychického zdraví. Kvalita života byla zjišťovaná na základě našeho výzkumného šetření provedeného pomocí výzkumné metody dotazníku. Námi vytvořený dotazník byl rozdán nemocným, kteří docházejí pravidelně na semináře konané Občanským sdružením pacientů s IBD. Velkou výhodou byla také možnost oslovit větší počet dotazovaných pacientů pomocí online dotazníku, který byl umístěn na webových stránkách zmiňovaného Občanského sdružení a také na profilu Pacienti IBD internetové sociální sítě Facebook, v poměrně krátkém časovém úseku.

Dotazník byl tvořen námi vytvořeným nestrukturovaným dotazníkem a standardizovaným dotazníkem SF – 36 (Item Health Survey), který je široce používaným nástrojem ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím. V námi navrženém

nestrukturovaném dotazníku jsme zjišťovali základní demografické údaje o respondentech, dále základní informace o jejich onemocnění a o omezeních, které jejich onemocnění přináší. Standardizovaný dotazník SF – 36 obsahoval celkem 36 položek rozdělených do 8 dimenzí. Každá položka (otázka) obsahovala několik navržených odpovědí na principu škálové stupnice. Osm dimenzí (fyzické fungování, fyzické omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy, duševní zdraví) bylo poté shrnuto do dvou hlavních kategorií: celkové psychické zdraví (MCS, Mental Component Summary) a celkové fyzické zdraví (PCS, Physical Component Summary). Po sečtení těchto dvou hodnot jsme získali index kvality života SF – 36. Tato hodnota činila v rámci našeho výzkumného vzorku 88,3.

Na základě našeho výzkumného šetření jsme došli k závěru, že na rozdíl od zdravé populace je kvalita života nemocných s Idiopatickými střevními záněty opravdu snížena. Výsledky našeho výzkumného šetření však nelze vztáhnout na celou populaci nemocných s onemocněním IBD. Jedná se pouze o výsledky našeho výzkumného šetření v rámci naší diplomové práce, kdy výzkumný vzorek obsahoval 85 respondentů.

Stanovili jsme tři dílčí úkoly práce, které byly splněny a rozsáhle popsány v kapitole Výsledky. Dále byly stanoveny tři výzkumné předpoklady:

1. Největší omezení nalézají nemocní s Idiopatickými střevními záněty v oblasti kulturního života.
2. Index kvality života SF-36 (Item Health Survey) je u nemocných s Idiopatickými střevními záněty nižší než 85.

Oba výzkumné předpoklady na základě našeho výzkumného šetření jsme vyvrátili.

3. Hodnota kvality života SF – 36 (Item Health Survey) je u nemocných s Crohnovou chorobou nižší než u Ulcerózní kolitidy.

Tento výzkumný předpoklad jsme potvrdili a to na základě výzkumného šetření.

Výsledná diplomová práce může být přínosem nejen pro zdravotnický personál, ale i pro samotné pacienty gastroenterologických ambulancí s diagnózou Idiopatického střevního zánětu. Může dále posloužit jako ukazatel míry spokojenosti se životem, kdy musí člověk žít s chronickým autoimunitním onemocněním. V neposlední řadě může být zajisté tato práce přínosem i pro širokou veřejnost, která má všeobecně omezené informace

o existenci takového onemocnění, ačkoliv se jedná o závažné onemocnění, jehož incidence v posledních letech narůstá.

Onemocnění Idiopatickým střevním zánětem může postihnout jakéhokoliv člověka v našem okolí, rodině anebo dokonce i přímo nás. Jsme přesvědčeni, že edukace široké veřejnosti o tomto onemocnění, včetně nemocných s IBD je velice důležitá a často samotným nemocným pomůže k návratu do běžného života.

## SHRNUTÍ

Idiopatické střevní záněty jsou imunitně zprostředkovaná, chronická, zánětlivá onemocnění střev, která řadíme mezi civilizační nemoci. Jedná se o zánětlivé postižení tenkého či tlustého střeva. Do Idiopatických střevních zánětů řadíme Crohnovu chorobu a Ulcerózní kolitidu. Jedná se o celoživotní nemoci, pro které je typické střídání období relapsů a remisí zánětu. Etiologie tohoto onemocnění je neznámá a naše poznatky o patogenezi jsou pouze dílčí. Idiopatické střevní záněty negativně ovlivňují kvalitu života, která je v poslední době v medicínském a ošetrovatelském oboru stále více diskutovaným tématem. Náplní této práce je právě detekce kvality života u nemocných s Idiopatickými střevními záněty. V teoretické části se nalézají základní informace, rizikové faktory, diagnostické metody a léčebné trendy vztahující se k onemocnění Idiopatickými střevními záněty, kam řadíme zmiňovanou Crohnovu chorobu a Ulcerózní kolitidu. Dále se v této části práce věnujeme teorii kvality života, možnostem jejího měření a způsobům hodnocení kvality života. Empirická část práce se zaměřuje na vlastní kvantitativní šetření, zjišťující kvalitu života nemocných s Idiopatickými střevními záněty, včetně řešení dílčích úkolů práce. Diplomová práce shrnuje teoretické poznatky, získané z odborné literatury a na základě výsledků výzkumného šetření shrnuje zjištěné poznatky o dosažené úrovni kvality života změřené na základě standardizovaného dotazníku SF – 36 (Item Health Survey).

Klíčová slova: Idiopatické střevní záněty, Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida, Kvalita života, SF – 36.

## **SUMMARY**

Inflammatory bowel disease, immune-mediated, chronic, inflammatory bowel disease, which rank among the diseases of civilization. It is an inflammation of the small or large intestine. Do inflammatory bowel disease belong Crohn's disease and Ulcerative colitis. It is a lifelong disease, which is typical for alternating periods of relapse and remission of inflammation. The etiology of this disease is unknown and our findings the pathogenesis is only partial. Inflammatory bowel disease negatively affect quality of life, which is recently in medical and nursing industry is increasingly discussed topic. The aim of this work is precisely detect the quality of life in patients with inflammatory bowel disease. In the theoretical part are found basic information, risk factors, diagnostic methods and therapeutic trends in disease-related inflammatory bowel disease, where we rank mentioned Crohn's disease and ulcerative colitis. Furthermore, in this part of the work focuses on the theory of quality of life, its possibilities and ways of measuring quality of life. The research focuses on custom quantitative research investigating the quality of life in patients with inflammatory bowel disease, including addressing sub-tasks of work. This thesis summarizes the theoretical knowledge gained from the literature and the results of the survey summarizes the essential findings on the level of quality of life measured on the basis of a standardized questionnaire SF – 36 (Item Health Survey).

Keywords: Inflammatory bowel disease, Crohn's disease, Ulcerative colitis, Quality of life, SF – 36.



## REFERENČNÍ SEZNAM

1. BÁRTLOVÁ, S., V. TÓTHOVÁ, P. SADÍLEK. 2008. Výzkum a ošetřovatelství. 2. přeprac. a dopl. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-467-2.
2. CASSINOTTI, A., S. KESHAV, S. ARDIZZONE, N. MORTESEN, G. SAMPIETRO, P. FOCIANI, P. DUCA, B. GEORGE, M. LAZZARONI, G. MANES, B. WARREN, D. FOSCHI et al. 2009. IBD care in Europe: A comparative audit of the inpatient management of Crohn's disease and ulcerative colitis using the national UK IBD audit tool. *Journal of Crohn's and Colitis*. y. 3, p. 291-301. ISSN 1873- 9946.
3. ČERMÁKOVÁ, J. 2008. Crohnova choroba – vyšetřovací metody. *Sestra*, roč. 18, č. 2, s. 26. ISSN 1210-0404.
4. ČERVENKOVÁ, R. 2009. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
5. DOUDA, T. 2010. Kapslová endoskopie u IBD. *Endoskopie*, roč. 19, č. 3-4, s. 117. ISSN 1211-1074.
6. Dotazník SF 36. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti [online]. B.m. 22. 8. 2008, [cit. 2013-12-06]. Dostupný z WWW: < [http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/evaluace/banka\\_evaluacnich\\_nastroju/dotaznik\\_sf\\_36](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/dotaznik_sf_36) >.
7. GABALEC, L. Quality of life in patients with crohn's disease. [online] *Folia gastroenterologica et hepatologica*. 2007, roč. 2007, č. 5 (2), [cit. 2013-12-1] Dostupný z WWW:<<http://www.pro-fovia.org/files/1/2007/2/gabalec.pdf>>.
8. GABALEC, L. Ulcerózní kolitida – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. [online] *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 2009, č. 11 (6) [cit. 2013-12-2] Dostupný z WWW:<[www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/06.pdf](http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/06/06.pdf)>.
9. HARTL, P. 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál 312 s. ISBN 80-7178-803-1.
10. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
11. IRVINE, EJ. Quality of Life of Patients with Ulcerative Colitis: Past, Present, and Future. *Inflammatory Bowel Disease*. [online] Clinical Review. 2008, vol. 14, number 4. Dostupný z WWW: <[http:// onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ibd.20301/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ibd.20301/pdf)>.

12. JÄGHULT, S., F. SABOONCHI, UB. JOHANSSON, R. WREDLING, M. KAPRAALI. 2011. Identifying predictors of low health-related quality of life among patients with inflammatory bowel disease: comparison between Crohn's disease and ulcerative colitis with disease duration. *J Clin Nurs*, y. 20, p.1578-1587. ISSN 1365-2702.
13. JANEČKOVÁ, H. a kol. Studium vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů – využití kvantitativních a kvalitativních metod. [online] *Česká geriatrická revue*. 2007, roč. 5, č. 3, [cit. 2013-12-4], s. 149-155. Dostupný z WWW: <[http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr\\_07\\_03\\_07.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_07_03_07.pdf)>.
14. KALOVÁ, H. a kol. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. [online] *Klin Farmakol Farm*. 2005, roč. 19. Dostupný z WWW: <<http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2005/03/08.pdf>>.
15. KOHOUT, P.; J.PAVLÍČKOVÁ. 2006. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. Praha: Forsapi. 80 s. ISBN 80-903820-0-8.
16. KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ, R. OLIVIEROVÁ. 1995. *Ošetřovatel'stvo*. Martin: Osveta, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
17. KREUZBERG, B., E. FERDOVÁ, H. MÍRKA, J. FERDA. 2006. *CT Trávicí trubice*. Praha: Galén. 243 s. ISBN 80-726-2436-9.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. 187 s. ISBN 80-247-0179-0.
19. LUKÁŠ, K. Crohnova choroba : Diagnostika a léčba Crohnovy choroby [online]. *Odborná společnost gastroenterologická, c2002* [cit. 2013-12-04]. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Dostupný z WWW:<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UzEIEbIGEasJ:www.cls.cz/dokumenty2/os/t283.rtf+&cd=7&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>>.
20. LUKÁŠ, M. Postavení koloskopie u idiopatických střevních zánětů. [online]. *Endoskopie*. 2010, roč. 2010, č. 19 [cit. 2014-5-8], s. 1. Dostupný z WWW: <<http://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2010/03/05.pdf>>.
21. LUKÁŠ, M. Možnosti medikamentózní léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. [online]. *Medicína pro praxi*. 2011, roč. 2012, č. 8(9) [cit. 2013-12-4], s. 360-363. Dostupný z WWW: <<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/11/02.pdf>>.

22. MAREŠ, J. a kol. 2006. *Kvalita života dětí a dospívajících I*. Brno: MSD. 235 s. ISBN 80-86633-65-9.
23. MAŘATKA, Z. 1999. *Gastroenterologie*. Praha: Univerzita Karlova, 490 s. ISBN 80-7184-561-2.
24. MATUNOVÁ, A. 2012. *Příprava edukačního plánu pro pacienty s Crohnovou chorobou: bakalářská práce*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. 73 s. Vedoucí bakalářské práce Mlatečková Lucie.
25. PAYNE, J. a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
26. RENDL, L.; V. TÓTHOVÁ. Possibilities of improvement of life quality in patients with Crohn disease from nurse's view. [online] *Kontakt*. 2012, roč. 2013, no.3, [cit. 2013-12-6] Dostupný z WWW: <<http://casopiszfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130619083242622589.pdf>>.
27. SOBOTÍK, Z. 1998. Zkušenosti s použitím předběžné verze amerického dotazníku o zdraví (SF – 36). *Zdravotnictví v České republice*, roč. 1, č. 1/2, s. 50 – 55. ISSN 1213-6050.
28. SOUZA, MM., DA. BARBOSA, MM. ESPINOSA, AGS. BELASCO. 2011. Quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Acta Paul Enferm*, y. 24(4), p. 479-484. [cit. 2014-5-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/en\\_a06v24n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/en_a06v24n4.pdf)>.
29. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; M. NEJEDLÁ. 2006 *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada publishing. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
30. TACHECÍ, I. et al. 2008. *Kapslová endoskopie*. Praha: Nucleus HK. 272 s. ISBN 80-870-0945-1.
31. The RAND 36-Item Health Survey [online]. [cit. 2014-12-5]. Dostupný z WWW: <[http://www.wsib.on.ca/files/Content/POCMTBIRand/MTBI\\_RAND.pdf](http://www.wsib.on.ca/files/Content/POCMTBIRand/MTBI_RAND.pdf)>.
32. VAĐUROVÁ, H.; P. MÜHLPACHR. 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
33. VALENTA, J. a kol. 2007. *Základy chirurgie*. Praha: Galén, 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.
34. VOKURKA, M.; J. HUGO. a kol. 2007. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdof. 1144 s. ISBN 987-80-7345-130-1.

35. WARE, J. E. SF-36 health survey update. [online] *Sf-36.org*. 2001. [cit. 2014-5-5].  
Dostupný  
z WWW:<[http://www.sf36.org/announcements/Updated\\_SF36\\_bookChapter\\_Sept04.pdf](http://www.sf36.org/announcements/Updated_SF36_bookChapter_Sept04.pdf)>.
36. YAMADA, T. 1998. *Handbook of Gastroenterology*. Philadelphia : Lippincott-Raven.  
3712 p. ISBN 039-75-142-71.

## SEZNAM ODBORNÝCH NÁZVŮ

**Absces** - chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem

**Artritis** - zánět kloubu. Projevuje se otokem, zčervenáním, bolestí, omezením pohybu, přičemž ne vždy jsou všechny příznaky přítomny

**Bechtěrevova nemoc** - chronické kloubní zánětlivé onemocnění

**Bypass** - chirurgické přemostění

**CRP** = c-reaktivní protein - bílkovina přítomná v krvi při některých zánětlivých chorobách. Významný protein akutní fáze. Jeho přítomnost v krvi je výrazem nespecifické reakce organismu na zánětlivé či nekrotické procesy včetně procesů s imunologickou patogenezi bakteriální záněty, autoimunitní onemocnění, infarkty, pooperační stavy, nádory aj. Jeho koncentrace v séru stoupá velmi rychle a je vhodný pro monitorování vývoje onemocnění a léčby

**Enteritida** – zánět střeva

**Enteroragie** - krvácení ze střeva, zejm. tlustého

**ERCP** (Endoskopická Retrográdní Cholangio-Pankreatografie) - umožňuje diagnostikovat onemocnění jater, žlučníku, žlučvodů a pankreatu. Při této metodě se kombinuje použití rentgenových paprsků a endoskopu.

**Erytém** - červené zbarvení kůže způsobené rozšířením krevních cév azvýšeným prokrvením

**Exacerbující průběh** - zhoršující se, znovu se objevující, vzplanuvší

**Fe** - chemická značka železa, latinsky Ferrum

**FW** - zkr. sedimentace erytrocytů - běžné laboratorní vyšetření, které udává rychlost klesání erytrocytů ve vzorku nesrážlivé krve. Podle průkopníků tohoto testu se vyšetření rovněž označuje jako Fahræus Westergren (FW).

**Granulom** - nakupení granulační tkáně, někdy s velkými mnohojadernými buňkami Langhansovými. Vzniká při chronickém zánětu

**Granulomatóza** - souhrnné označení pro onemocnění charakterizované výskytem mnohočetných granulomů v tkáních

**Hemikolektomie** - chirurgické odstranění poloviny tlustého střeva.

**Hepatální flexura** – jaterní ohbí

**Histologie** - mikroskopické vyšetření tkáně

**IBD** – idiopatické střevní záněty

**Ileostomie** - vývod tenkého střeva

**Imunoglobuliny** - Skupina funkčně i strukturně příbuzných proteinů, které hrají klíčovou roli v imunitním systému

**Incidence** - počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období

**Kalproktin** - bílkovina, která se uvolňuje z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě

**Kolitida** - zánět tračníku, tlustého střeva

**Klyzma** - vpravení tekutiny konečníkem do esovité kličky a do tlustého střeva.

**Malabsorpční syndrom** - stavy, při nichž je narušeno vstřebávání absorpce a v širším pojetí i trávení digesce potravy v trávicím ústrojí, zejm. ve střevě a stavy, které v důsledku těchto poruch vznikají.

**Nodózní erytém** - kožní projev, při kterém na kůži zejména bérců a předloktí vznikají bolestivé, zarudlé zatvrdliny, které mají stěhovavý charakter

**Osteoporóza** - metabolická kostní choroba, která se projevuje řidnutím kostní tkáně.

**Peritonitida (peritonitis)** - závažné zánětlivé onemocnění peritonea (pobřišnice)

**Píštěl** - (latinsky *fistula*) je v lékařství termín pro jakékoliv nepřirozené kanálkovité propojení mezi orgány, cévami, nebo i ven na kůži, obecně od epitelové tkáně opět k epitelové tkáni.

**Plicní embolie** - obecné označení pro obstrukci (překážku) v plicním tepenném (arteriálním) řečišti většinou krevní sraženinou (vzácně jinou hmotou), která je přinesena krevním proudem.

**Prevalence** - počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu.

**Proktitida** - zánět sliznice konečníku (rekta).

**Proktokolektomie** - chirurgické odstranění konečníku a tlustého střeva.

**Proximální** - bližší k centru, středu, k trupu, hlavě

**Recidiva** – návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které již vymizely příznaky

**Relaps** - opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období – remisi

**Remise** - vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samé

**Sakroilitida** - zánětlivé onemocnění křížového kloubu

**Tenezmus** - pocit neúplného vyprázdnění stolice (defekace), případně nutkání na stolicí

**Terminální ileum** - konečná část tenkého střeva ústící do slepého střeva (céka).

**Trasmurální** - procházející celou stěnou

**Trombóza** - děj, při kterém dochází ke sražení (koagulaci) krve za vzniku trombu

**Uvea** (živnatka) - je označení pro vnitřní část oka, zahrnující cévnatku (choroideu), duhovku (iris) a řasnaté tělísko (corpus ciliare). Zajišťuje výživu oka

## **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Skórovací systém SF – 36, step 1

Příloha č. 3: Skórovací systém SF – 36, step 2

Příloha č. 4: Skórovací systém SF – 36

Příloha č. 5: Výsledky standardizovaného dotazníku SF - 36



## PŘÍLOHA Č. 1: Dotazník

### DOTAZNÍK PRO PACIENTY S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Matunová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Pedagogické fakultě v Olomouci, obor Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší odborné školy.

Tímto Vás prosím o pečlivé vyplnění tohoto dotazníku, na základě kterého budu zpracovávat data pro diplomovou práci na téma: KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH S IDIOPATICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY. Veškeré informace, které mi prostřednictvím tohoto dotazníku poskytnete, budou zcela anonymní a budou použity výhradně k výzkumným účelům v rámci diplomové práce.

Správné odpovědi prosím zaškrtněte (u některých otázek je možno zaškrtnout i více odpovědí), popřípadě vyplňte.

V dotazníku se vyskytuje zkratka **IBD** = Idiopatické střevní záněty.

Děkuji Vám za ochotu a čas strávený vyplňováním.

#### 1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

#### 2. Kolik je Vám let?

.....

#### 3. Jaký Idiopatický střevní zánět Vám byl diagnostikován a v kolika letech?

- a) Crohnova choroba .....
- b) Ulcerózní kolitida .....

#### 4. Vyskytuje se ve Vaší rodině onemocnění Idiopatickým střevním zánětem = IBD?

(pokud odpovíte NE, pokračujte otázkou č. 6)

- a) Ano
- b) Ne

#### 5. U koho se onemocnění IBD vyskytlo:

- a) matky
- b) otce
- c) prarodiče
- d) u někoho jiného

#### 6. V jakém směru Vás onemocnění IBD nejvíce omezuje:

- a) v partnerském životě
- b) v rodinném životě
- c) v zaměstnání
- d) v kulturním životě
- e) jiné (uveďte) .....
- f) Nijak mne IBD neomezuje

**7. Ovlivnilo onemocnění Vaši pracovní pozici?**

(pokud odpovíte NE, pokračujte otázkou č. 9)

- a) ano                      b) ne

**8. V čem se změnila Vaše pracovní pozice?**

- g) změna pracovního úvazku ve smyslu zlepšení (povýšení, změna úvazku)  
 h) změna pracovního úvazku ve smyslu zhoršení (změna úvazku)  
 i) invalidní důchod – částečný x plný (*zaškrtněte*)  
 j) nezaměstnán  
 k) jiné (uved'te):.....

**SF – 36 – zkrácená verze dotazníku kvality života** (u všech odpovědí zakroužkujte jedno číslo)**9. Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:**

- výtečné .....1  
 velmi dobré ..... 2  
 dobré..... 3  
 docela dobré..... 4  
 špatné.....5

**10. Jak byste hodnotil/a své zdraví dnes ve srovnání se stavem PŘED rokem?**

- mnohem lepší než před rokem ..... 1  
 poněkud lepší než před rokem ..... 2  
 přibližně horší než před rokem .....3  
 poněkud horší než před rokem ..... 4  
 mnohem horší než před rokem ..... 5

**11. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví NYNÍ tyto činnosti? JESTLI, ŽE ANO, do jaké míry?**

Činnosti	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
A. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
B. Středně namáhavé činnosti jako jsou posunování stolu, luxování, jízda na kole	1	2	3
C. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
D. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
E. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
F. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
G. Chůze asi jeden km	1	2	3
h. Chůze po ulici (100 m)	1	2	3
I. Chůze po ulici několik desítek metrů	1	2	3
J. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

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

	Ano	Ne
A. Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	1	2
B. Uděl/a jste méně, než jste chtěl/a?	1	2
C. Byl/a jste omezován/a při práci nebo při jiných činnostech?	1	2
D. Měl/a jste potíže s vykonáváním práce nebo jiné činnosti?	1	2

**13. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím (např. deprese či úzkosti)?**

	Ano	Ne
A. Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	1	2
B. Uděl/a jste méně, než jste chtěl/a?	1	2
C. Byl/a jste při práci či činnostech méně pozorný/á než obvykle?	1	2

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

vůbec ne .....1  
trochu .....2  
mírně ..... 3  
poměrně dost .....4  
velmi silně.....5

**15. Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?**

žádné .....1  
velmi mírné .....2  
mírné.....3  
střední .....4  
silné .....5  
velmi silné .....6

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

vůbec ne .....1  
trochu .....2  
mírně .....3  
poměrně dost .....4  
velmi silně.....5

**17. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech, u každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a. Jak často v posledních 4 týdnech...**

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
A. Jste se cítil/a pln/á elánu?	1	2	3	4	5	6
B. Jste byl/a velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
C. Jste pociťoval/a takovou depresi, že Vás nic nerozveselilo?	1	2	3	4	5	6
D. Jste pociťoval/a klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
E. Jste pln/a energie?	1	2	3	4	5	6
F. Jste pociťoval/a pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
G. Jste se cítil/a vyčerpán/a?	1	2	3	4	5	6
H. Jste byl/a šťastný/á?	1	2	3	4	5	6
I. Jste se cítil/a unaven/a?	1	2	3	4	5	6

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

pořád.....1  
většinu času.....2  
občas.....3  
málokdy.....4  
nikdy.....5

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

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

**Děkuji za spolupráci**

PŘÍLOHA Č. 2: Skórovací systém SF – 36, step 1

**The RAND 36-Item Health Survey**

**Table 1**

**STEP 1: RECORDING ITEMS**

ITEM NUMBERS	Change original response category (a)	To recoded value of:
1,2,20,22,34,36	1----->	100
	2----->	75
	3----->	50
	4----->	25
	5----->	0
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	1----->	0
	2----->	50
	3----->	100
13,14,15,16,17,18,19	1----->	0
	2----->	100
21,23,26,27,30	1----->	100
	2----->	80
	3----->	60
	4----->	40
	5----->	20
	6----->	0
24,25,28,29,31	1----->	0
	2----->	20
	3----->	40
	4----->	60
	5----->	80
	6----->	100
32,33,35	1----->	0
	2----->	25
	3----->	50
	4----->	75
	5----->	100

(a) Pre-coded response choices as printed in the questionnaire.

## The RAND 36-Item Health Survey

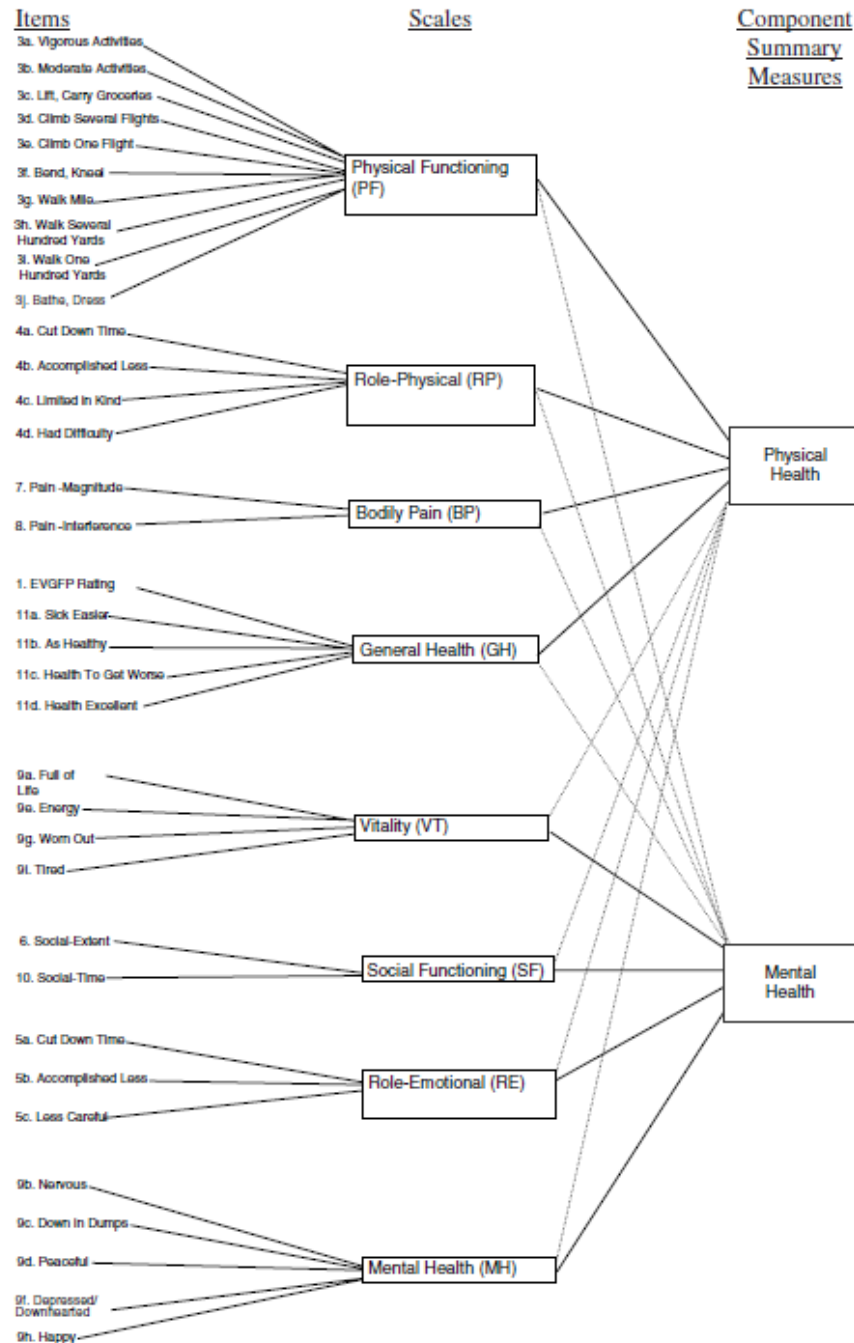
Table 2

### STEP 2: AVERAGING ITEMS TO FORM SCALES

Scale	Number Of Items	After Recoding Per Table 1, Average The Following Items:
Physical functioning	10	3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Role limitations due to physical health	4	13 14 15 16
Role limitations due to emotional problems	3	17 18 19
Energy/fatigue	4	23 27 29 31
Emotional well-being	5	24 25 26 28 30
Social functioning	2	20 32
Pain	2	21 22
General health	5	1 33 34 35 36

PŘÍLOHA Č. 4: Skórovací systém SF – 36

**Figure 2.1** SF-36v2® Health Survey Measurement Model



*Note.* All health domain scales contribute to the scoring of both the Physical and Mental Component Summary measures. Scales contributing most to the scoring of the summary measures are indicated by a connecting solid line (—). Scales contributing to the scoring of the summary measures to a lesser degree are indicated by a dotted line (.....).

PŘÍLOHA č. 5 Výsledky standardizovaného dotazníku SF - 36

Tabulka 11. IDIOPATICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY - Výsledky jednotlivých dimenzí a výsledné kvality života SF-36

<b>Respondent</b>	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>BP</b>	<b>GH</b>	<b>VT</b>	<b>SF</b>	<b>RE</b>	<b>MH</b>	<b>PCS</b>	<b>MCS</b>	<b>SF-36</b>
1	40,0	25,0	31,0	20,0	5,0	50,0	33,3	60,0	24,2	33,7	<b>57,9</b>
2	55,0	25,0	22,0	57,0	35,0	37,5	66,7	40,0	38,8	47,2	<b>86,0</b>
3	100,0	100,0	54,0	57,0	65,0	50,0	100,0	40,0	75,2	62,4	<b>137,6</b>
4	95,0	25,0	100,0	67,0	50,0	75,0	33,3	60,0	67,4	57,1	<b>124,5</b>
5	40,0	50,0	84,0	20,0	60,0	100,0	66,7	44,0	50,8	58,1	<b>108,9</b>
6	55,0	25,0	54,0	20,0	10,0	37,5	33,3	44,0	32,8	28,9	<b>61,7</b>
7	80,0	50,0	66,7	55,0	60,0	37,5	10,0	50,0	62,3	42,5	<b>104,8</b>
8	40,0	0,0	33,3	45,0	56,0	37,5	45,0	40,0	34,9	44,7	<b>79,6</b>
9	55,0	50,0	100,0	72,0	45,0	62,5	33,3	60,0	64,4	54,6	<b>119,0</b>
10	55,0	0,0	22,0	35,0	35,0	25,0	33,3	48,0	29,4	35,3	<b>64,7</b>
11	0,0	0,0	52,0	20,0	30,0	100,0	100,0	40,0	20,4	58,0	<b>78,4</b>
12	60,0	0,0	22,0	30,0	30,0	37,5	0,0	36,0	28,4	26,7	<b>55,1</b>
13	50,0	25,0	54,0	30,0	55,0	75,0	33,3	68,0	42,8	52,3	<b>95,1</b>
14	60,0	0,0	22,0	25,0	15,0	75,0	33,3	44,0	29,9	37,2	<b>67,1</b>
15	100,0	0,0	74,0	37,0	55,0	75,0	0,0	60,0	29,7	44,4	<b>74,1</b>
16	0,0	0,0	31,0	37,0	75,0	25,0	0,0	80,0	20,0	48,8	<b>68,8</b>
17	80,0	50,0	22,0	15,0	20,0	37,5	66,7	48,0	35,4	34,9	<b>70,3</b>
18	0,0	0,0	62,0	30,0	30,0	12,5	0,0	36,0	28,2	29,1	<b>57,3</b>
19	0,0	0,0	84,0	25,0	30,0	62,5	33,3	52,0	26,4	43,0	<b>69,4</b>
20	20,0	0,0	31,0	55,0	45,0	12,5	0,0	56,0	28,5	35,3	<b>63,8</b>
21	0,0	0,0	84,0	25,0	35,0	50,0	33,3	48,0	27,0	41,0	<b>68,0</b>
22	50,0	50,0	52,0	52,0	55,0	75,0	0,0	68,0	40,2	41,5	<b>81,7</b>
23	95,0	100,0	72,0	57,0	55,0	62,5	100,0	64,0	51,8	44,8	<b>96,6</b>
24	45,0	25,0	100,0	57,0	50,0	87,5	33,3	80,0	40,3	49,4	<b>89,7</b>
25	55,0	0,0	84,0	55,0	40,0	75,0	33,3	68,0	38,5	44,2	<b>82,7</b>
26	0,0	0,0	100,0	20,0	75,0	50,0	0,0	64,0	29,1	44,8	<b>73,9</b>
27	35,0	0,0	41,0	25,0	35,0	75,0	100,0	68,0	21,3	56,4	<b>77,7</b>
28	25,0	25,0	67,5	55,0	40,0	87,5	100,0	44,0	42,5	65,3	<b>107,8</b>
29	80,0	25,0	55,0	20,0	60,0	100,0	33,3	36,0	48,0	49,9	<b>97,9</b>
30	55,0	0,0	55,0	50,0	50,0	62,5	0,0	48,0	42,0	42,1	<b>84,1</b>



31	40,0	0,0	22,5	20,0	5,0	25,0	100,0	72,0	17,5	44,4	<b>61,9</b>
32	80,0	0,0	65,0	65,0	70,0	62,5	0,0	60,0	56,0	51,5	<b>107,5</b>
33	90,0	100,0	77,5	60,0	50,0	50,0	66,7	60,0	75,5	57,3	<b>132,8</b>
34	55,0	0,0	55,0	35,0	65,0	87,5	100,0	80,0	42,0	73,5	<b>115,5</b>
35	60,0	25,0	100,0	20,0	60,0	75,0	0,0	40,0	53,0	39,0	<b>92,0</b>
36	50,0	0,0	42,5	25,0	40,0	25,0	0,0	52,0	31,5	28,4	<b>59,9</b>
37	10,0	0,0	21,0	42,0	55,0	0,0	100,0	68,0	16,5	52,8	<b>69,3</b>
38	20,0	0,0	55,0	30,0	25,0	37,5	0,0	56,0	26,0	29,7	<b>55,7</b>
39	80,0	50,0	10,0	50,0	55,0	37,5	66,7	60,0	49,0	53,8	<b>102,8</b>
40	40,0	0,0	45,0	40,0	45,0	37,5	33,3	56,0	34,0	42,4	<b>76,4</b>
41	25,0	25,0	67,5	55,0	40,0	87,5	100,0	44,0	42,5	65,3	<b>107,8</b>
42	80,0	50,0	77,5	50,0	45,0	100,0	66,7	96,0	60,5	71,5	<b>132,0</b>
43	55,0	0,0	55,0	50,0	50,0	62,5	0,0	48,0	42,0	42,1	<b>84,1</b>
44	40,0	0,0	22,5	20,0	5,0	25,0	100,0	72,0	17,5	44,4	<b>61,9</b>
45	80,0	0,0	65,0	65,0	70,0	62,5	0,0	60,0	56,0	51,5	<b>107,5</b>
46	90,0	100,0	55,0	60,0	40,0	50,0	33,3	36,0	69,0	43,9	<b>112,9</b>
47	55,0	0,0	55,0	35,0	65,0	87,5	66,7	80,0	42,0	66,8	<b>108,8</b>
48	60,0	25,0	100,0	20,0	60,0	75,0	0,0	40,0	53,0	39,0	<b>92,0</b>
49	50,0	0,0	32,5	25,0	40,0	25,0	0,0	52,0	29,5	28,4	<b>57,9</b>
50	80,0	50,0	55,0	20,0	40,0	62,5	33,3	44,0	49,0	40,0	<b>89,9</b>
51	60,0	0,0	77,5	45,0	40,0	62,5	66,7	60,0	44,5	54,8	<b>99,3</b>
52	80,0	0,0	22,5	25,0	50,0	25,0	33,3	36,0	35,5	33,9	<b>69,4</b>
53	75,0	25,0	100,0	25,0	60,0	25,0	66,7	60,0	57,0	47,3	<b>104,3</b>
54	60,0	0,0	55,0	25,0	40,0	62,5	33,3	68,0	36,0	45,8	<b>81,8</b>
55	60,0	75,0	55,0	45,0	35,0	100,0	33,3	44,0	54,0	51,5	<b>105,5</b>
56	30,0	0,0	22,0	15,0	70,0	37,5	100,0	80,0	27,4	60,5	<b>87,9</b>
57	40,0	0,0	87,5	15,0	25,0	25,0	0,0	24,0	33,5	17,8	<b>51,3</b>
58	80,0	0,0	77,5	25,0	40,0	37,5	0,0	40,0	44,5	28,5	<b>73,0</b>
59	85,0	50,0	55,0	55,0	65,0	87,5	66,7	84,0	62,0	71,6	<b>133,6</b>
60	85,0	50,0	90,0	80,0	75,0	87,5	100,0	88,0	76,0	86,1	<b>162,1</b>
61	85,0	100,0	87,5	20,0	25,0	37,5	100,0	24,0	63,5	41,3	<b>104,8</b>
62	35,0	25,0	32,5	40,0	20,0	50,0	33,3	32,0	30,5	35,1	<b>65,6</b>
63	60,0	0,0	77,5	45,0	40,0	62,5	66,7	60,0	44,5	54,8	<b>99,3</b>
64	95,0	25,0	57,5	15,0	50,0	75,0	66,7	60,0	48,5	53,3	<b>101,8</b>
65	95,0	100,0	72,0	57,0	55,0	62,5	100,0	64,0	51,8	44,8	<b>96,6</b>

66	80,0	50,0	22,0	15,0	20,0	37,5	66,7	48,0	35,4	34,9	<b>70,3</b>
67	60,0	0,0	22,0	25,0	15,0	75,0	33,3	44,0	29,9	37,2	<b>67,1</b>
68	45,0	25,0	100,0	57,0	50,0	87,5	33,3	80,0	40,3	49,4	<b>89,7</b>
69	55,0	0,0	84,0	55,0	40,0	75,0	33,3	68,0	38,5	44,2	<b>82,7</b>
70	50,0	25,0	22,0	25,0	15,0	37,5	33,3	40,0	27,4	30,2	<b>57,6</b>
71	60,0	25,0	100,0	20,0	60,0	75,0	0,0	40,0	53,0	41,0	<b>94,0</b>
72	85,0	50,0	100,0	45,0	55,0	100,0	67,0	88,0	67,0	71,0	<b>138,0</b>
73	80,0	50,0	10,0	50,0	55,0	37,5	66,7	60,0	49,0	53,8	<b>102,8</b>
74	40,0	0,0	45,0	40,0	45,0	37,5	33,3	56,0	34,0	42,4	<b>76,4</b>
75	75,0	100,0	100,0	50,0	60,0	87,5	66,7	60,0	77,0	64,8	<b>141,8</b>
76	10,0	0,0	21,0	42,0	55,0	0,0	100,0	68,0	16,5	52,8	<b>69,3</b>
77	20,0	0,0	31,0	55,0	45,0	12,5	0,0	56,0	28,5	35,3	<b>63,8</b>
78	80,0	0,0	77,5	25,0	40,0	37,5	0,0	40,0	44,5	28,5	<b>73,0</b>
79	10,0	0,0	100,0	25,0	35,0	0,0	100,0	36,0	28,8	38,8	<b>67,6</b>
80	80,0	50,0	22,0	15,0	20,0	37,5	66,7	48,0	35,4	34,9	<b>70,3</b>
81	60,0	25,0	62,0	47,0	40,0	62,5	33,3	68,0	38,1	42,2	<b>80,3</b>
82	50,0	25,0	100,0	30,0	55,0	75,0	100,0	68,0	35,5	53,7	<b>89,2</b>
83	65,0	75,0	57,5	35,0	45,0	75,0	33,3	60,0	55,5	49,7	<b>105,2</b>
84	80,0	50,0	62,0	25,0	40,0	37,5	66,7	36,0	51,4	41,0	<b>92,4</b>
85	90,0	100,0	77,5	35,0	20,0	62,5	33,3	48,0	64,5	39,8	<b>104,3</b>
<b>Průměr</b>	<b>56,1</b>	<b>25,6</b>	<b>58,8</b>	<b>37,7</b>	<b>43,8</b>	<b>55,4</b>	<b>45,4</b>	<b>55,4</b>	<b>42,0</b>	<b>46,3</b>	<b>88,3</b>

Tabulka 12. CROHNOVA NEMOC - Výsledky jednotlivých dimenzí a výsledné kvality života SF-36

<b>Respondent</b>	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>BP</b>	<b>GH</b>	<b>VT</b>	<b>SF</b>	<b>RE</b>	<b>MH</b>	<b>PCS</b>	<b>MCS</b>	<b>SF-36</b>
1	40,0	25,0	31,0	20,0	5,0	50,0	33,3	60,0	24,2	33,7	<b>57,9</b>
2	55,0	25,0	22,0	57,0	35,0	37,5	66,7	40,0	38,8	47,2	<b>86,0</b>
3	100,0	100,0	54,0	57,0	65,0	50,0	100,0	40,0	75,2	62,4	<b>137,6</b>
4	95,0	25,0	100,0	67,0	50,0	75,0	33,3	60,0	67,4	57,1	<b>124,5</b>
5	40,0	50,0	84,0	20,0	60,0	100,0	66,7	44,0	50,8	58,1	<b>108,9</b>
6	55,0	25,0	54,0	20,0	10,0	37,5	33,3	44,0	32,8	28,9	<b>61,7</b>
7	80,0	50,0	66,7	55,0	60,0	37,5	10,0	50,0	62,3	42,5	<b>104,8</b>
8	40,0	0,0	33,3	45,0	56,0	37,5	45,0	40,0	34,9	44,7	<b>79,6</b>
9	55,0	50,0	100,0	72,0	45,0	62,5	33,3	60,0	64,4	54,6	<b>119,0</b>
10	55,0	0,0	22,0	35,0	35,0	25,0	33,3	48,0	29,4	35,3	<b>64,7</b>
11	0,0	0,0	52,0	20,0	30,0	100,0	100,0	40,0	20,4	58,0	<b>78,4</b>
12	60,0	0,0	22,0	30,0	30,0	37,5	0,0	36,0	28,4	26,7	<b>55,1</b>
13	50,0	25,0	54,0	30,0	55,0	75,0	33,3	68,0	42,8	52,3	<b>95,1</b>
14	60,0	0,0	22,0	25,0	15,0	75,0	33,3	44,0	29,9	37,2	<b>67,1</b>
15	100,0	0,0	74,0	37,0	55,0	75,0	0,0	60,0	29,7	44,4	<b>74,1</b>
16	0,0	0,0	31,0	37,0	75,0	25,0	0,0	80,0	20,0	48,8	<b>68,8</b>
17	80,0	50,0	22,0	15,0	20,0	37,5	66,7	48,0	35,4	34,9	<b>70,3</b>
18	0,0	0,0	62,0	30,0	30,0	12,5	0,0	36,0	28,2	29,1	<b>57,3</b>
19	0,0	0,0	84,0	25,0	30,0	62,5	33,3	52,0	26,4	43,0	<b>69,4</b>
20	20,0	0,0	31,0	55,0	45,0	12,5	0,0	56,0	28,5	35,3	<b>63,8</b>
21	0,0	0,0	84,0	25,0	35,0	50,0	33,3	48,0	27,0	41,0	<b>68,0</b>
22	50,0	50,0	52,0	52,0	55,0	75,0	0,0	68,0	40,2	41,5	<b>81,7</b>
23	95,0	100,0	72,0	57,0	55,0	62,5	100,0	64,0	51,8	44,8	<b>96,6</b>
24	45,0	25,0	100,0	57,0	50,0	87,5	33,3	80,0	40,3	49,4	<b>89,7</b>
25	55,0	0,0	84,0	55,0	40,0	75,0	33,3	68,0	38,5	44,2	<b>82,7</b>
26	0,0	0,0	100,0	20,0	75,0	50,0	0,0	64,0	29,1	44,8	<b>73,9</b>
27	35,0	0,0	41,0	25,0	35,0	75,0	100,0	68,0	21,3	56,4	<b>77,7</b>
28	25,0	25,0	67,5	55,0	40,0	87,5	100,0	44,0	42,5	65,3	<b>107,8</b>
29	80,0	25,0	55,0	20,0	60,0	100,0	33,3	36,0	48,0	49,9	<b>97,9</b>
30	55,0	0,0	55,0	50,0	50,0	62,5	0,0	48,0	42,0	42,1	<b>84,1</b>
31	40,0	0,0	22,5	20,0	5,0	25,0	100,0	72,0	17,5	44,4	<b>61,9</b>
32	80,0	0,0	65,0	65,0	70,0	62,5	0,0	60,0	56,0	51,5	<b>107,5</b>

33	90,0	100,0	77,5	60,0	50,0	50,0	66,7	60,0	75,5	57,3	132,8
34	55,0	0,0	55,0	35,0	65,0	87,5	100,0	80,0	42,0	73,5	115,5
35	60,0	25,0	100,0	20,0	60,0	75,0	0,0	40,0	53,0	39,0	92,0
36	50,0	0,0	42,5	25,0	40,0	25,0	0,0	52,0	31,5	28,4	59,9
37	10,0	0,0	21,0	42,0	55,0	0,0	100,0	68,0	16,5	52,8	69,3
38	20,0	0,0	55,0	30,0	25,0	37,5	0,0	56,0	26,0	29,7	55,7
39	80,0	50,0	10,0	50,0	55,0	37,5	66,7	60,0	49,0	53,8	102,8
40	40,0	0,0	45,0	40,0	45,0	37,5	33,3	56,0	34,0	42,4	76,4
41	25,0	25,0	67,5	55,0	40,0	87,5	100,0	44,0	42,5	65,3	107,8
42	80,0	50,0	77,5	50,0	45,0	100,0	66,7	96,0	60,5	71,5	132,0
43	55,0	0,0	55,0	50,0	50,0	62,5	0,0	48,0	42,0	42,1	84,1
44	40,0	0,0	22,5	20,0	5,0	25,0	100,0	72,0	17,5	44,4	61,9
45	80,0	0,0	65,0	65,0	70,0	62,5	0,0	60,0	56,0	51,5	107,5
46	90,0	100,0	55,0	60,0	40,0	50,0	33,3	36,0	69,0	43,9	112,9
47	55,0	0,0	55,0	35,0	65,0	87,5	66,7	80,0	42,0	66,8	108,8
48	60,0	25,0	100,0	20,0	60,0	75,0	0,0	40,0	53,0	39,0	92,0
49	50,0	0,0	32,5	25,0	40,0	25,0	0,0	52,0	29,5	28,4	57,9
50	80,0	50,0	55,0	20,0	40,0	62,5	33,3	44,0	49,0	40,0	89,9
51	60,0	0,0	77,5	45,0	40,0	62,5	66,7	60,0	44,5	54,8	99,3
52	80,0	0,0	22,5	25,0	50,0	25,0	33,3	36,0	35,5	33,9	69,4
53	75,0	25,0	100,0	25,0	60,0	25,0	66,7	60,0	57,0	47,3	104,3
54	60,0	0,0	55,0	25,0	40,0	62,5	33,3	68,0	36,0	45,8	81,8
55	60,0	75,0	55,0	45,0	35,0	100,0	33,3	44,0	54,0	51,5	105,5
<b>Průměr</b>	<b>52,7</b>	<b>21,4</b>	<b>56,7</b>	<b>38,5</b>	<b>44,6</b>	<b>56,4</b>	<b>41,0</b>	<b>55,2</b>	<b>40,7</b>	<b>46,4</b>	<b>87,1</b>

Tabulka 13. ULCERÓZNÍ KOLITIDA - Výsledky jednotlivých dimenzí a výsledné kvality života SF-36

<b>Respondent</b>	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>BP</b>	<b>GH</b>	<b>VT</b>	<b>SF</b>	<b>RE</b>	<b>MH</b>	<b>PCS</b>	<b>MCS</b>	<b>SF-36</b>
1	30,0	0,0	22,0	15,0	70,0	37,5	100,0	80,0	27,4	60,5	<b>87,9</b>
2	40,0	0,0	87,5	15,0	25,0	25,0	0,0	24,0	33,5	17,8	<b>51,3</b>
3	80,0	0,0	77,5	25,0	40,0	37,5	0,0	40,0	44,5	28,5	<b>73,0</b>
4	85,0	50,0	55,0	55,0	65,0	87,5	66,7	84,0	62,0	71,6	<b>133,6</b>
5	85,0	50,0	90,0	80,0	75,0	87,5	100,0	88,0	76,0	86,1	<b>162,1</b>
6	85,0	100,0	87,5	20,0	25,0	37,5	100,0	24,0	63,5	41,3	<b>104,8</b>
7	35,0	25,0	32,5	40,0	20,0	50,0	33,3	32,0	30,5	35,1	<b>65,6</b>
8	60,0	0,0	77,5	45,0	40,0	62,5	66,7	60,0	44,5	54,8	<b>99,3</b>
9	95,0	25,0	57,5	15,0	50,0	75,0	66,7	60,0	48,5	53,3	<b>101,8</b>
10	95,0	100,0	72,0	57,0	55,0	62,5	100,0	64,0	51,8	44,8	<b>96,6</b>
11	80,0	50,0	22,0	15,0	20,0	37,5	66,7	48,0	35,4	34,9	<b>70,3</b>
12	60,0	0,0	22,0	25,0	15,0	75,0	33,3	44,0	29,9	37,2	<b>67,1</b>
13	45,0	25,0	100,0	57,0	50,0	87,5	33,3	80,0	40,3	49,4	<b>89,7</b>
14	55,0	0,0	84,0	55,0	40,0	75,0	33,3	68,0	38,5	44,2	<b>82,7</b>
15	50,0	25,0	22,0	25,0	15,0	37,5	33,3	40,0	27,4	30,2	<b>57,6</b>
16	60,0	25,0	100,0	20,0	60,0	75,0	0,0	40,0	53,0	41,0	<b>94,0</b>
17	85,0	50,0	100,0	45,0	55,0	100,0	67,0	88,0	67,0	71,0	<b>138,0</b>
18	80,0	50,0	10,0	50,0	55,0	37,5	66,7	60,0	49,0	53,8	<b>102,8</b>
19	40,0	0,0	45,0	40,0	45,0	37,5	33,3	56,0	34,0	42,4	<b>76,4</b>
20	75,0	100,0	100,0	50,0	60,0	87,5	66,7	60,0	77,0	64,8	<b>141,8</b>
21	10,0	0,0	21,0	42,0	55,0	0,0	100,0	68,0	16,5	52,8	<b>69,3</b>
22	20,0	0,0	31,0	55,0	45,0	12,5	0,0	56,0	28,5	35,3	<b>63,8</b>
23	80,0	0,0	77,5	25,0	40,0	37,5	0,0	40,0	44,5	28,5	<b>73,0</b>
24	10,0	0,0	100,0	25,0	35,0	0,0	100,0	36,0	28,8	38,8	<b>67,6</b>
25	80,0	50,0	22,0	15,0	20,0	37,5	66,7	48,0	35,4	34,9	<b>70,3</b>
26	60,0	25,0	62,0	47,0	40,0	62,5	33,3	68,0	38,1	42,2	<b>80,3</b>
27	50,0	25,0	100,0	30,0	55,0	75,0	100,0	68,0	35,5	53,7	<b>89,2</b>
28	65,0	75,0	57,5	35,0	45,0	75,0	33,3	60,0	55,5	49,7	<b>105,2</b>
29	80,0	50,0	62,0	25,0	40,0	37,5	66,7	36,0	51,4	41,0	<b>92,4</b>
30	90,0	100,0	77,5	35,0	20,0	62,5	33,3	48,0	64,5	39,8	<b>104,3</b>
<b>Průměr</b>	<b>62,2</b>	<b>33,3</b>	<b>62,5</b>	<b>36,1</b>	<b>42,5</b>	<b>53,8</b>	<b>53,3</b>	<b>55,6</b>	<b>44,4</b>	<b>46,0</b>	<b>90,4</b>

# ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Aneta Matunová
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Kvalita života nemocných s idiopatickými střevními záněty
<b>Název v angličtině:</b>	Quality of life in patients with inflammatory bowel disease
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zabývá kvalitou života nemocných s Idiopatickými střevními záněty. Formou nestrukturovaného dotazníku a také pomocí standardizovaného dotazníku SF – 36 (Item Health Survey) jsme zjišťovali úroveň kvality života u nemocných s diagnózou Crohnovy choroby či Ulcerózní kolitidy, tedy s diagnózou Idiopatického střevního zánětu. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na nemocné, kteří se léčí ambulantně.
<b>Klíčová slova:</b>	Idiopatické střevní záněty, Crohnova choroba, Ulcerózní kolitida, Kvalita života, SF – 36
<b>Anotace v angličtině:</b>	This thesis deals with the quality of life in patients with inflammatory bowel disease. Form of unstructured questionnaire and also using a standardized questionnaire SF - 36 (Item Health Survey), we investigated the quality of life of patients diagnosed with Crohn's disease or ulcerative colitis, therefore diagnosed with inflammatory bowel disease. The survey focused on patients who are treated on an outpatient basis.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Inflammatory bowel disease, Crohn's disease, Ulcerative colitis, Quality of life, SF – 36
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1: Dotazník Příloha č. 2: Skórovací systém SF – 36, step 1 Příloha č. 3: Skórovací systém SF – 36, step 2 Příloha č. 4: Skórovací systém SF – 36
<b>Rozsah práce:</b>	88 stran, 14 stran příloh
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk