

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Kvalita života u chronických onemocnění a
dlouhodobě zdravotně nepříznivého stavu. Její rozdíly
podmíněné pohlavím**

bakalářská práce

Autor práce: Zuzana Filipová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce: doc. MUDr. Petr Petr, PhD.

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

Abstrakt

Klíčová slova: Bertiny Lázně Třeboň - Kvalita života podmíněná zdravím – Lázeňská léčba - Onemocnění indikační skupiny č. VII.

Tato bakalářská práce se zabývá mapováním rozdílů u mužů a žen v kvalitě života. Jedná se o jedince, kteří trpí jakýmkoli onemocněním z indikační skupiny č. VII lázeňské léčby, konkrétně o onemocnění pohybového aparátu. Zjišťuje, jaké rozdíly v kvalitě života, popsané v 8 doménách pomocí standardizovaného dotazníku SF 36, jsou u obou pohlaví před a po absolvování lázeňské léčby.

V teoretické části se tato práce zaměřuje na rozbor pojmu „kvalita života“. Specifikuje ho a objasňuje jeho užití v komprehenzivní rehabilitaci a v dalších vědních oborech. Dále se podrobně věnuje definici zdraví, kde přikládá měření kvality života nepostradatelnou funkčnost. Protože kvalita života není jen prázdným pojmem, ale nástrojem, který dokáže komplexně mapovat disponovaného subjektivní problémy v oblasti zdravotního stavu. Výše zmíněná část práce také pojednává o nástroji, kterým se kvalita života měří, a to o standardizovaném dotazníku SF 36, který je pro potřeby práce nezbytným nástrojem.

V neposlední řadě je tato část zaměřena na lázeňskou léčbu, vyzdvihuje její nepopíratelné výhody prokázané dalšími výzkumy. Popisuje využití peloidů v lázeňství, jeho funkci a možná naleziště. A konečně informuje o problematice nejčastěji vyskytujících se onemocnění indikační skupiny č. VII lázeňské léčby, jejich příznacích, diagnostice a možnostech léčby, nejen lázeňské.

Cílem práce je *zjistit, jaké jsou rozdíly mezi kvalitou života u mužů a žen disponovaných nemocí ze skupiny č. VII lázeňské léčby a konkretizovat je*. K tomuto cíli se váže hypotéza: *Kvalita života u žen s chronickým onemocněním zařazeným do indikační skupiny č. VII je horší, než u stejně nemocných mužů*. Výzkumná část dále objasňuje aplikované prostředky pro získání dat. Přibližuje použitou metodiku sběru dat, včetně počtu respondentů a procentuální vyjádření návratnosti. Konkrétně byl výzkum proveden u 12 mužů a 13 žen. Tito probandi vyplnili standardizovaný dotazník SF 36 před a po absolvování lázeňské léčby. Dotazník vyplněný po léčbě odesílali

pomocí poštovní zásilky na předepsanou adresu. Výzkum byl vyhodnocen na základě 83% návratnosti. Získaná data jsou v části *Výsledky* interpretována pomocí grafického zobrazení a pro lepší přehlednost i použitím tabulek. Tabulky manifestují včetně výsledků také statistické zpracování dat a jejich statistickou významnost s použitím metody u-test.

Kvalita života obou pohlaví oproti Oxford skóre byla před lázeňskou léčbou snížena ve všech sledovaných doménách. Popisovány byly *domény Fyzické funkce, Fyzické omezení rolí, Emoční omezení rolí, Sociální funkce, Bolest, Duševní zdraví, Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu*. Zásadním zjištěním výzkumu bylo, že kvalita života tři měsíce po absolvování lázeňské léčby se zvýšila ve všech 8 sledovaných doménách u mužů i žen. Mužská část souboru vnímala nejvíce zvýšení kvality života v doménách *Fyzické funkce, Emoční omezení rolí, Sociální funkce* a především v doméně *Fyzické omezení rolí*, kde díky lázeňské léčbě vykazovala zlepšení kvality života o 133 %. Naopak ženy vnímaly zvýšení kvality života v doménách *Duševní zdraví, Vitalita, Všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu* a především v doméně *Bolest*, kde byl zaznamenán nárůst kvality života o 22 %.

S pomocí těchto výsledků byl cíl práce naplněn a hypotéza, která hovoří o horší kvalitě života žen, oproti mužům, nemohla být verifikována.

Lázeňská léčba je v léčbě onemocnění pohybového aparátu velmi účinná. Nejde pouze o zlepšení jedné složky zdraví, ale o zlepšení celého bio-psycho-sociálního zdravotního stavu. Je nutno zdůraznit, že nebyla zjištěna jediná doména, ve které by byl zaznamenán pokles kvality života po absolvování léčby u části mužské i části ženské oproti kvalitě života před léčbou. Proto by bylo vhodné přehodnotit změny provedené vládními institucemi a zdravotními pojišťovnami, které omezují a ruší příspěvkovou lázeňskou léčbu, která vykazuje prokazatelné benefity jak u mužů, tak u žen postižených dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem na základě jednoho z onemocnění indikační skupiny č. VII lázeňské léčby.

Abstract

Key words: Bertiny Lázně Třeboň – Quality of life conditioned by health status – Spa treatment – Diseases of indication group VII.

This bachelor's thesis is concerned with mapping the differences of both men and women in the quality of life. These are individuals who suffer from any disease of the indication group VII of spa treatment. Specifically it deals with musculoskeletal diseases. It figures out what differences in quality of life which are described in 8 domains using standardized questionnaire SF 36 are for both gender before and after spa treatment.

The theoretical part of this thesis focuses on the analysis of the term „quality of life”. It specifies it and clarifies its use in a comprehensive rehabilitation and other science disciplines. Hereafter it devotes to the definition of health where attaches indispensable functionality to the measuring of quality of life. Because the quality of life is not just an empty phrase, but an instrument that can comprehensively map the subjective problems in health status of the person. The above part also discusses the instruments by which the quality of the life is measured and so the standardized questionnaire SF 36 which is a necessary instrument for the work needs.

Moreover, this section discusses the spa treatments and highlights its undeniable advantages proven by further researches. And finally informs about the issue of the most frequently occurring diseases of the indication group VII spa treatment, their symptoms, diagnosis and treatment options, not only the spa options.

The aim of the thesis is to *find out what are the differences between the quality of life for both men and women disposed of a disease from the group VII spa treatment and specify them*. A hypothesis is connected with this aim: *The quality of life of women with chronic diseases classified in the indication group VII is worse than men with the same disease*. The research part further explains the applied tools for gaining the data. It closely describes used methodology of data collection including number of respondents and percentage of return. Specifically, the research was conducted with 12 men and 13 women. These probands completed the standardized questionnaire SF 36

before and after the spa treatment. The completed questionnaire after treatment was sent by regular post to specified address. The research was evaluated on the basis of 83% returnability. Gained data are interpreted in the *Výsledky* part using graphical display and using tables for better visibility. The tables manifest, including the results, also the statistical data processing and their statistical significance using the u-test.

Before the spa treatment, the quality of life of both genders was reduced in all observed domains in comparison to Oxford score. The domains *Physical functions*, *Physical role limitations*, *Emotional role limitations*, *Social functions*, *Pain*, *Mental health*, *Vitality* and *General perception of health status* were described. A major finding of the research was that the quality of both men and women life has increased in all of 8 observed domains after completing a 3 month spa treatment. The male part of the group perceived the most important increase of quality of life in domains *Physical functions*, *Emotional role limitations*, *Social functions* and especially in the domain of *Physical role limitations* where, due to the spa treatment, the improve of the quality of life by 133 % was recorded. On the contrary, the women perceived the increase of quality of life in domains *Mental health*, *Vitality*, *General perception of health status* and especially in the domain of *Pain* where the improve of the quality of life by 22 % was recorded.

With these results, the aim of the thesis was fulfilled and the hypothesis that speaks of worse quality of life of women compared to men could not be verified.

The spa treatment is very efficient in the treatment of diseases of musculoskeletal system. It is not only for the improvement of single health component, but for the improvement the whole bio-psycho-social health status. It needs to be emphasized that there was not found a single domain that recorded a reduction of the quality of life after the treatment both men and women part in comparison to the quality of life before the treatment. Therefore it would be appropriate to review the changes made by the government and health insurance companies that limit and cancel a contribution for spa treatment that has proven benefits for both men and women affected by long-term adverse health status on the basis of one of the diseases from the indication group VII spa treatment.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2013

.....

Zuzana Filipová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Zdravotně sociální fakultě za možnost studia. Veliké díky patří panu doc. MUDr. Petru Petrovi, PhD. za odborné vedení práce, trpělivost, vstřícnost a cenné rady. V neposlední řadě chci poděkovat Bertiným Lázním v Třeboni, za umožnění realizace mého výzkumu, dále Mgr. Haně Kalové za technické zpracování dat. Neméně významné díky patří mému příteli za jeho obrovskou trpělivost a podporu při vypracování práce a také mé rodině, která mi umožnila studovat a po celou dobu studia mě podporovala.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1.1 Historie.....	12
1.2 Kvalita života.....	12
1.2.1 Kvalita života obecně.....	13
1.2.2 Kvalita života ve vztahu ke zdraví.....	13
1.2.3 Kvalita života z pohledu psychiky.....	14
1.2.4 Kvalita života podmíněná pohlavím.....	15
1.2.5 Kvalita života u chronických onemocnění.....	16
1.3 Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav	16
1.3.1 Chronická onemocnění.....	17
1.4 Dotazník SF 36	18
1.5 Indikační skupina č. VII lázeňské léčby	20
1.5.1 Psychosociální dopady.....	22
1.6 Možnosti léčby.....	23
1.6.1 Lázeňská léčba	24
1.6.2 Rehabilitační léčba.....	25
1.6.3 Farmakologická léčba.....	26
1.7 Vybrané onemocnění indikační skupiny č. VII lázeňské léčby	27
1.7.1 Revmatoidní artritida	27
1.7.2 Ankylozující spondylitida.....	28
1.7.3 Osteoporóza, kostní změny.....	30
1.7.4 Bolestivé syndromy šlach, šlachových pochev, burz, úponů svalů, kosterních svalů nebo kloubů.....	32
1.7.5 Koxartróza a gonartróza.....	33
1.7.6 Chronický vertebrogenní algický syndrom funkčního původu.....	35
2 METODIKA A SLEDOVANÝ SOUBOR.....	37
2.1 Cíle práce	37
2.2 Hypotézy	37

2.3	Operacionalizace pojmu	37
2.4	Metodický postup.....	38
2.5	Charakteristika výzkumného souboru	39
3	VÝSLEDKY	41
4	DISKUZE	57
5	ZÁVĚR	62
6	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	64
7	PŘÍLOHY	69

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

EV – Energie/Vitalita (Energy-Vitality)

GHP – Všeobecné vnímání vlastního zdraví (General Health Perception)

HRQoL – Kvalita života podmíněná zdravím

IS VII – Indikační skupina č. VII lázeňské léčby

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

LL – lázeňská léčba

MH – Duševní zdraví (Mental Health)

P – Bolest (Pain)

PF – Fyzické funkce (Physical Functioning)

RA – Revmatoidní artritida

RE – Emoční omezení rolí (Role limitation – Emotional)

RP – Fyzické omezení rolí (Role limitation – Physical)

SF – Sociální funkce (Social Functioning)

VAS – Vertebrogenní algický syndrom

ÚVOD

Kvalita života je v současnosti pojem, který nelze oddělit od správně cílené léčby. Léčba a kvalita života jsou proto alfou a omegou úspěšného postupu, který vede ke zkrácení doby léčby, nižší finanční náročnosti procesu a v neposlední řadě k pacientově maximální spokojenosti. Aplikace holého modelu etiopatogeneze-manifestace-léčba je z hlediska komprehenzivní rehabilitace, ale i ošetřovatelství nedostatečná, proto byla k objektivizaci celého léčebného procesu podstoupena již zmíněná data, mapující kvalitativní znaky života.

V této práci jsou mapovány rozdílové hodnoty kvality života mezi ženským a mužským pohlavím. Jedná se o pacienty, kteří vykazují známky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a spojuje je charakteristika onemocnění. Pakliže operacionalizujeme pojem onemocnění, jedná se o pacienty, trpící jednou z nemocí indikační skupiny číslo VII, lázeňské léčby. Lze tedy hovořit o onemocněních, která mají základ v patologii pohybového aparátu a k léčbě, neboli pozastavení progresu těchto onemocnění, je bezpodmínečně vhodná lázeňská léčba. K lázním, poskytujícím léčbu pacientům postiženým nemocí z indikační skupiny číslo VII lázeňské léčby, patří Bertiny lázně v Třeboni, které poskytly data pacientů pro realizovaný výzkum.

Vzhledem ke známému faktu, že lázeňská léčba ovlivňuje pozitivně kvalitu života u této skupiny nemocných, považuji za nezbytné zmapovat rozdíly mezi jednotlivými pohlavími jak před vlastní léčbou, tak po 3 měsíčním časovém odstupu její absolvování. K objektivizaci byl použit standardizovaný dotazník SF 36, který je k takovému mapování velmi vhodně určen.

Výsledky našeho výzkumu by mohly být velmi žádanými daty, která mohou napomoci při diagnostice, léčbě a následné rekonvalescenci mužů a žen z výše zmíněné skupiny nemocných. Pomohou nám pochopit individualitu a variabilitu obou pohlaví takto nemocných a přispějí k efektivitě celého léčebného procesu.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Historie

Kvalita života jako ustálený pojem byl použit již v období 20. let minulého století. Pojem kvalita života byl nejčastěji spojován s ekonomickým statusem jedince a následnou potřebou materiální opory. V USA, v 60. letech se začalo nahlížet na kvalitu života z hlediska kvantitativní – movité a nemovité statky. Přibývalo nahlížení na tuto problematiku i z hlediska kvalitativního – jak se mi žije, jak se subjektivně cítím (36).

V období 70. let proběhlo v USA první měření a hodnocení kvality života u celého národa. Na základě těchto výzkumů nelze usoudit, že lidé se zhoršujícím se zdravotním či ekonomickým stavem budou mít zhoršenou kvalitu života. V první řadě je velice důležité se zaměřit na hodnotové kvality daného jedince. V dnešní době hledáme faktory, které nám ovlivňují a přispívají ke zlepšení a zkvalitnění našeho života (36).

1.2 Kvalita života

Co chápeme pod pojmem kvalita života? Kvalita života je velmi široký pojem. Mnoho autorů kvalitu života definuje rozmanitě. Od základních biopsychosociálních aspektů života, ke komplikovanějším úvahám, které však ve skutečnosti spadají pod výše uvedené bio-psycho-sociálně (26).

1.2.1 Kvalita života obecně

Tento pojem je ovlivňován nejen věkem, pohlavím a charakterovými vlastnostmi, ale především existencí či absencí nemoci. Kvalitu života velice úzce ovlivňuje zdravotní a především fyzický stav jedince. Definovat kvalitu života je velice složité. Dělí se do mnoha skupin, které nejsou pro potřebu této práce důležité. Avšak zaměřit se na kvalitu života z pohledu psychiky pro pokládáme za naprosto nepostradatelné. Kvalita života je pojem subjektivního rázu, který lze chápat jako něco, co nás v našem životě čeká, lze se zaměřit na osobní život, profesní i rodinný. Je možné ji chápat jako rozdíl mezi naším osobním očekáváním a skutečností. Kvalitu života je nutné chápat jako problematiku zaměřující se na celistvost jedince, na jeho psychickou, fyzickou, emocionální a sociální stránku (42). Dále kvalitu života ovlivňují naši spoluobčané, rodina, přátelé, kteří jsou nedílnou součástí procesu utváření si pro nás vhodného prostředí (26, 33).

1.2.2 Kvalita života ve vztahu ke zdraví

„V současné době panuje shoda odborníků v názoru, že kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie. Pouze člověk sám může konstatovat, zda se cítí šťastný nebo alespoň spokojený. Vnější pohled může být nejen povrchní, ale především mylný“ (8). Z této citace je zřejmé, že i lidé dlouhodobě nemocní či chronicky nemocní mohou žít kvalitní život. Proto nelze pod pojmem kvalita života chápat jen určitou nepřítomnost nemoci a plné zdraví. Stejně tak i definice zdraví, dle WHO, nepojednává o zdraví jako pouze o absenci nemoci, ale především o biopsychosociální „pohodě“ (44). Každý jedinec je jedinečný, proto je velice důležitý individuální přístup. Nelze tvrdit, že s nemocí, resp. určitou diagnózou se zákonitě kvalita života zhoršuje. Do hry zde vstupuje mnoho aspektů, které kvalitu života ovlivňují. V naší sledované skupině se jedná především o bolest. Pakliže klient trpí onemocněním, ve kterém se objevuje a skrývá symptom bolesti, je objektivně prokázáno, že v období relativního klidu tito disponovaní udávají lepší kvalitu života, než v období relapsu. Mnoho jedinců

proto žije po celý svůj život s chronickým onemocněním, a i přesto udávají, že jejich kvalita života je na subjektivní stupnici velice dobrá. Avšak výzkum realizovaný Severinovou 2011, vedený doc. Petrem, naznačuje, že chronická onemocnění kvalitu života zhoršují. „Kvalita života je u nositelů chronických onemocnění, a to i ve stádiu remise nižší, než je tomu u všeobecné populace“ (35). Dále uvádí, že ani v jedné z osmi domén, jakožto *fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, bolest, vitalita, mentální zdraví a všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu* nedosahují probandi úrovně evropského normálu dle Oxford (35).

Nelze také tvrdit, že kvalita života je přímo úměrná čistě zdravotní péči. Kvalitu života ovlivňuje několikrát zmíněný psychický a sociální stav, který lze ovlivnit. Pro zdravotně sociální problematiku, je holismus alfou a omegou. Holistický pohled umožňuje provádět ucelenou, komprehenzivní rehabilitaci a tím do značné míry ovlivňovat kvalitu života klienta (12, 40).

1.2.3 Kvalita života z pohledu psychiky

Chování člověka lze nejlépe chápat z pohledu jeho vlastního „vztahového rámce“. Člověk sám aktivně hledá smysl své existence. „*Hledání smyslu života se projevuje tím, že si člověk neustále staví plány a cíle a snaží se k těmto cílům dospět. Tyto plány jsou koherentní. Dávají smysl životu člověka a jednotnost jeho různým životním aktivitám. Když se člověku daří realizovat vlastní subjektivní plány, je spokojen. Míra spokojenosti má úzký vztah k osobnímu pojetí kvality života. Když určitému člověku přijde do cesty realizace určitého plánu překážka, krize, situační a sociální změna typu sporu, konfliktu, životní katastrofy různého druhu, nemoci atp., míra jeho spokojenosti s kvalitou života je otřesena. To se projeví na jeho pojetí kvality života“ (19).*

1.2.4 Kvalita života podmíněná pohlavím

Rozdíly ve kvalitě života mezi pohlavími jsou proměnlivé. Mnohdy se udává jako nerozdílná. Naopak některé studie poukazují na markantní výkyvy ve výsledcích měření mezi muži a ženami. Studie z východní Evropy vykazuje lepší zdravotní stav spíše u mužů než u žen. Velice často je spokojenost se svým zdravotním stavem spojována s přibývajícím věkem, tedy čím jsou lidé starší, tím jsou méně spokojeni se svojí kvalitou života (14).

Jde o vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, životním hodnotám, cílům, očekáváním. Může být chápána i jako rozdíl mezi naším osobním očekáváním a opravdovou realitou, skutečností. Je i těžko obsažitelný pro svou komplexnost. Dotýká se pochopení lidské existence. Je obtížné stanovit kvalitu života a její rozdíly u mužů a žen. V odlišnost tohoto faktu hovoří mnoho proměnných, například rodinný stav, věk či počet potomků. Jedním z marginálních aspektů proměnné kvality života je uváděn výše zmíněný rodinný stav (14). U vdaných žen je kvalita života diametrálně odlišná než u žen svobodných. Pro objektivní kvalitu života a její odlišnosti podmíněné pohlavím nejsou stále dobře zmapovány. Severinová ve své bakalářské práci vedené doc. Petrem zmapovala kvalitu života u chronických onemocnění s přihlédnutím k pohlaví. Jednalo se o onemocnění částečně podobného charakteru, ale i zcela rozdílného, které se řadí do zkoumané IS VII. Výsledky její práce, a to především porovnání kvality života, vyznívají v neprospěch žen (35).

Rozdíl v kvalitě života mezi ženami a muži je prokazatelný ve všech osmi doménách dotazníkového nástroje SF 36. Nejmarkantnější snížení kvality života u žen s onemocněním pohybového aparátu je v jejich sociálních funkcích. Z toho plyne, že ženy jsou oproti mužům značně handicapované, a proto by tento fakt měl být vždy zohledněn při léčbě onemocnění (13).

1.2.5 Kvalita života u chronických onemocnění

Při léčbě chronických onemocnění je kvalita života a její měření (HRQoL) jedním ze zásadních ukazatelů stavu pacienta. Po vykonání základního měření kvality života je možné se adekvátně rozhodnout o dalších krocích v léčbě či v individuálním přístupu k jednotlivým pacientům. Primárním cílem léčby pacienta s chronickým onemocněním je zkvalitnění nebo alespoň zachování stávající kvality života.

K základnímu měření kvality života u chronických onemocnění slouží standardizovaný dotazník se standardizovanými otázkami, který bude podrobněji vysvětlen níže. Základní dimenze, které dotazník pokrývá, jsou: psychický stav pacientů, fyzický stav, sociální situace a vnímání vlastní kvality života, neboli subjektivní zhodnocení (28).

Během minulých let se mnoho výzkumných center zabývajících se zkoumáním HRQoL snažilo přetvořit dotazníkové otázky. Cílem bylo vytvořit takové otázky, které nebudou závislé na věku a pohlaví respondenta a budou odrážet kvalitu života konkrétního chronického onemocnění (30).

1.3 Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Pojmem dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se rozumí *„zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb“* (4).

Dalším doplněním definice zákona lze chápat pojem nepříznivý jako déle trávající nemožnost fyzické aktivity, duševní aktivity, výdělečné činnosti a z toho plynoucí nemožnost přiměřeného sociálního začlenění. Dále se dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav může též promítat do možnosti přípravy na budoucí povolání, na výkon samotného zaměstnání či celoživotního vzdělávání (47).

S konfrontací definice zdraví dle WHO, která zní jako: *„Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (wellbeing), a ne jako pouhou nepřítomnost nemoci nebo slabosti“*

(44). Je tedy zřejmé, že dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je objektivním ukazatelem nemoci. Tato skutečnost je patrná z již zmíněné definice dlouhodobě zdravotně nepříznivého zdravotního stavu dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Dosavadní medicína využívala model biomedicínský, který nebral v potaz kvalitu života pacientů. Důraz se kladl na známé schéma a dle tohoto schématu se striktně postupovalo. Pro ujasnění se jednalo o schéma etiopatogeneze-manifestace-léčba. Jak již víme, toto schéma nepřistupovalo k pacientům z pohledu holistického. Proto byl model biomedicínský doplněn či rozšířen o přístup bio-psycho-sociální, kde se klade důraz na již zmíněnou kvalitu života pacienta a přistupuje se k němu mnohem komplexněji. Právě holistický, tedy celostní přístup k pacientovi je účinný. Z důvodu zvyšující se prevalence nemoci, kdy diskutujeme onemocnění chronická, je tento model bio-psycho-sociální velice vhodný (32, 37).

1.3.1 Chronická onemocnění

„Pojem chronická onemocnění označuje celou řadu onemocnění s odlišnou etiologií, patogenezi, symptomatikou, přítomností bolesti, mírou fyzické i psychické nepohody pro nemocného, závažností i prognózou“ (7). Definice přesně vymezuje odlišnost u většiny pacientů trpících chronickým onemocněním. Zde se opět dostáváme k důležitému faktu, že u každého onemocnění je důležitý již mnohokrát zmíněný individuální přístup. Dále lze chápat chronická onemocnění jako dlouhotrvající stav, vyskytující se v různém časovém rozmezí s různým stupněm příznaků, projevujících se skrytě či naopak.

Úplné vyléčení chronického onemocnění a s tím související vymizení všech příznaků není možné. *„Můžeme říci, že tato onemocnění jsou léčitelná, ale ne vždy vyléčitelná“ (7).* Chronická onemocnění jsou komplikací každého z pacientů, ať již v podobě dlouhotrvajících bolestí nebo pravidelného užívání lékařem stanovené medikace. Dalším omezujícím faktorem, který narušuje kvalitu života každého pacienta,

je mnohdy dlouho trvající přísný léčebný režim, který je pravidelně kontrolován erudovanými pracovníky v oboru (7).

Nedílnou roli při kontrole pacientova zdravotního stavu sehrává také rodina. I ta si zaslouží velkou pozornost a obdiv. V tomto případě je též důležité „proškolení“ rodinných příslušníků, aby v případě možných komplikací nepochybili a uměli hbitě reagovat.

Chronické onemocnění i každá jiná choroba se posuzuje ze tří hledisek a to: somatického, psychického a sociálního. Například v sociálním kontextu lze tvrdit, že chronické onemocnění velice zasahuje do osobních, rodinných i pracovních stránek života každého pacienta (14). Z důvodu dlouhotrvajícího onemocnění může být narušen chod rodiny, dochází k takzvaným rodinným krizím. Příkladem může být pocit, že pacient nezvládá funkci rodinného vůdce, že nedokáže svoji rodinu dostatečně zabezpečit. Dále se může vlivem chronického onemocnění stranit společnosti a následného navazování nových kontaktů. A neopomenutelným aspektem je i ekonomická situace pacienta, pracovní neschopnost vedoucí ke snížení příjmů. Avšak nesrovnatelnost s průběhem a prožíváním akutního onemocnění je značná. U akutního onemocnění lze předpokládat konec onemocnění a též vymizení všech negativních příznaků a důsledků onemocnění (14).

1.4 Dotazník SF 36

Česká verze dotazníku SF 36 je zkrácenou verzí původního amerického dotazníku, který obsahoval 149 otázek. Otázky se týkaly zdravotního stavu občanů. Poprvé byl použit v 80. letech v Americe. Prvním testovacím vzorkem bylo 22 000 amerických pacientů. Hlavním důvodem vyvinutí dotazníku, který zkoumal zdravotní stav, byla praktičnost, poměrně rychlá odezva od pacientů a především spolehlivost (31).

Využití dotazníku SF 36 je velice široké. Možnost využití je u pacientů se stejným onemocněním nebo s naprosto odlišným. Dotazník SF 36 je nejčastěji využíváný k hodnocení zdravotního stavu a kvality života u pacientů po úrazech u ortopedických

onemocněných, dále u dialyzovaných pacientů, u pacientů s Diabetem Mellitem, se srdečními chorobami, gerontologických pacientů, ale i u pacientů s depresemi (31).

Prvním průkopníkem, který získal americký dotazník pro ČR, byl prof. MUDr. Král, CSc., z UK v Hradci Králové. Verzi toho dotazníku získal v roce 1994. Ve spolupráci s docentem Marešem z UK v Hradci Králové zaslal do centrály MOS v Bostonu předběžnou, přeloženou verzi do českého jazyka. Předběžná přeložená verze byla použita studenty LF UK v Hradci Králové k pilotnímu šetření a zpracování do písemné státnicové práce. Kontrolní skupinou byli občané s vybraným onemocněním a taktéž zdraví (36).

Finální dotazník SF 36 je možné rozšířit o identifikační údaje. Další doplněné identifikační údaje jsou závislé na předmětu využití tohoto dotazníku.

Dotazník HRQoL, zkoumající kvalitu života podmíněnou zdravím, umožňuje skórování standardizovaných odpovědí. Skládá se ze tří typů dotazníků:

1. Global assessment – všeobecné hodnocení kvality života – zde převážně nelze identifikovat rozdíly v jednotlivých doménách.

2. Generic – generický typ – lze předkládat podobnosti i rozdílnosti mezi jednotlivými populačními podskupinami, a tak jednotlivé domény porovnávat. Hlavním příkladem je tedy již zmíněný dotazník SF 36.

3. Specific – specifický – určený pro jednotlivé podskupiny nebo choroby, lze hodnotit i její časový vývoj (31).

Koncept HRQoL obsahuje 8 domén, které jsou vhodné k objektivnímu posuzování rozdílné kvality života pacientů trpících chronickým onemocněním. Pomocí těchto 8 domén lze na pacienta nahlížet již zmíněným bio-psycho-sociálním přístupem.

Domény kvality života v dotazníku SF 36

1. Fyzické funkce - PF
2. Fyzické omezení rolí – RP
3. Emoční omezení rolí – RE
4. Omezení sociálních funkcí – SF
5. Bolest – P
6. Všeobecné duševní zdraví – HM

7. Energie/Vitalita – EV
8. Všeobecné vnímání vlastního zdraví – GHP (31, 29).

1.5 Indikační skupina č. VII lázeňské léčby

Pro přesnou specifikaci „chronicky nemocných“ je třeba uvést, že námi vybraná skupina obsahuje nemocné z „*Indikační skupiny číslo VII lázeňské léčby o dospělé.*“ (dále IS VII). Výše uvedená skupina se zaměřuje na lázeňskou léčbu pohybového aparátu a to jak degenerativního charakteru, tak zánětlivého, vrozeného a pooperačního. Tabulka č. 1 uvádí komplexní přehled IS VII včetně jednotlivých chorob a čas lázeňské léčby (1, 21).

Indikační skupina č. VII lázeňské léčby

ČÍSLO	INDIKACE	LÉČBA (počet dní)	
		Základní	Opakovaná
VII/1	Revmatoidní artritida I. - IV. Stadia	K 21, P 21	K 21, P 14 nebo 21
VII/2	Ankylozující spondylitida (Bechtěrevova nemoc)	K 21, P 21	K 21, P 14 nebo 21
VII/3	Ostatní séronegativní spondylartritidy a Reiterův syndrom, enteropatická artritida, sekundární artritida	K 21, P 21	K 21, P 14 nebo 21
VII/4	Mikrokloubní revmatismus, disfuční onemocnění pojiva	K 21	K 21, P 14 nebo 21
VII/5	Osteoporóza, kostní změny	K 21, P 21	K 21
VII/6	Bolestivé syndromy šlach, šlachových pochev, burz, úponů svalů, kosterních svalů nebo kloubů	K 21, P 21	K 21, P 14 nebo 21
VII/7	Koxartróza, gonartróza v soustavné ambulantní péči	K 21, P 21	K 21, P 14 nebo 21
VII/8	Artrózy v ostatních lokalizacích, artropatie	K 21	P 14 nebo 21
VII/9	Chronický vertebrogenní algický syndrom funkčního původu, v soustavné ambulantní rehab. péči	K 21, P 21	P 14 nebo 21
VII/10	Stavy po ortopedických operacích s použitím náhrady kloubní	K 21	-
VII/11	Stavy po úrazech pohybového ústrojí a po ortopedických operacích	K 21	K 21, P 14 nebo 21
VII/12	Stavy po amputacích dolní končetiny, stupeň aktivity 1 - 4 (pojištěnec je vybaven protézou)	K 21	-

Zdroj: www.bera.cz

Z výše zmíněné tabulky je možno vyčíst označení nemoci lázeňské léčby, její přesný název a konečně počet dní, ve kterých klient léčbu podstupuje. *K* udává počet dní léčby komplexní a *P* léčby příspěvkové (1).

U pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu je mnoho rizikových faktorů, které ovlivňují jejich běžný život. Nejmarkantnějším problémem v jejich životě je bolest. Nedílným a velice frustrujícím faktorem ovlivňujícím život pacientů je ztráta nebo alespoň omezení hybnosti. Z důvodu těchto omezení je narušena také kvalita života. Průběh některých onemocnění pohybového aparátu je tak závažný, že vede k dočasné či trvalé invaliditě. Z toho plynou mnohá omezení v běžném životě (19).

1.5.1 Psychosociální dopady

Jedním z nejzávažnějších omezení je pracovní neschopnost či omezení pracovního výkonu. Je nutno podotknout, že každé pracovní místo a vykonávaná práce není stejná. Pro těžce fyzicky pracujícího nemocného je prakticky nemožné, pokračovat ve výše uvedené práci. S přibývajícím bolestmi se stává pracovní výkon komplikovanější, až prakticky nemožný. Pro zaměstnavatele následně nastává otázka, jak se k takto indisponovanému pracovníkovi postavit. Je možnost přesunu na jiné pracovní místo, které je přizpůsobeno potřebám nemocného. Pokud však je tato možnost neschůdná, například absencí takového pracovního místa, nemocný dostává výpověď. Klienti právě proto udávají jako jeden z nejvíce frustrujících faktorů, které ovlivňují jejich kvalitu života, obavu ze ztráty zaměstnání. To přímou měrou vede ke snížení finančních příjmů a následné závislosti na státních finančních prostředcích či na rodině. Tento fakt je především mezi muži obecně velmi těžce snášen a může vyústit do somatických poruch, psychických onemocnění, ale i k suicidnímu jednání (23, 19). Se ztrátou zaměstnání je také přímo spojována snížená sociální funkce. Nejen že takto disponovaný člověk přichází o kontakty s lidmi ze zaměstnání, ale s prohlubujícími se obtížemi omezuje kontakt s lidmi celkově. Toto jednání opět predisponuje k psychickým obtížím, které podpoří zásadní faktor a tím je bolest. Jejich osobní i rodinný sociálně-ekonomický status je značně narušen. U takto závažných a omezujících onemocnění je velice důležitá i pomoc a podpora rodiny. Vzhledem k tomu, že členové rodiny bývají nemocnému nejbliže, jsou dostatečně informováni o průběhu onemocnění, mohou

přispět minimálně ke zlepšení psychického stavu. Vytvářejí zázemí pro nemocného, nejen sociální, ale do značné míry i ekonomické (23).

Nepostradatelnou složkou rodinné pomoci je motivace nejen k pravidelné a dostatečné léčbě, ale i k pravidelné rehabilitaci a v neposlední řadě k chuti nemocného do života. Úloha rodiny je obzvlášť důležitá především v období relapsu onemocnění, kdy jsou mapovány nejčastější výkyvy psychického stavu. Rodina by neměla rozdílné psychické stavy brát na lehkou váhu, i když dle diskuzí k onemocnění pohybového aparátu patří. Je třeba zavrhnout „klišé“, o psychologích, psychiatrech a využit služeb, které tito odborníci nabízejí. Právě rodina by v tomto případě měla být oporou a pomocnou silou k racionálnímu rozhodnutí nemocného. Dalším, často se vyskytujícím problémem je porucha sebeobsluhy. Ta zasahuje do stravovacích návyků, spánkového cyklu, ale také do intimní hygieny. Ženy v tomto ohledu bývají více stydlivé a hůře snáší svou celkovou, ale i částečnou neschopnost. Nemocné je třeba i v tomto ohledu úměrně motivovat ke spolupráci a pomoci tak jejich pocitu sounáležitosti a snížit pocit studu, který u nich může vznikat. Neposledním z výčtu komplikací je v této souvislosti i sexuální život. Obzvláště mladší nemocní cítí nespokojenost se sebou samým v uspokojování základních potřeb touto cestou. To vyžaduje především od partnera značnou dávku tolerantního chování a změnu, která umožní sexuální soužití nejlépe obou (17, 45).

1.6 Možnosti léčby

Léčba pacientů z IS VII je velmi široká. Od lázeňské léčby, přes rehabilitaci a pravidelné cvičení po symptomatickou spojenou s občasným, nebo stálým užíváním medikamentů.

1.6.1 Lázeňská léčba

Námi sledovaná skupina je léčena v městských Bertiných lázních v Třeboni. Jak je na stránkách lázní udáváno, jedná se o specifickou léčbu především slatinou. Jedná se o druh humolitu, který je využíván pro své jedinečné léčebné účinky a kterého je v oblasti Třeboňska dostatek (10). „*Tento druh má převážně organický původ v rostlinách typu ostrice, orobinec, rákos, z anorganických složek obsahuje hlavně železo a síru. Jako léčebný prostředek se používá po úpravě, která spočívá v rozmělnění, naředění a ohřátí. Slatina v podobě kašovitě směsi vyniká vysokou akumulací schopností, díky čemuž dochází během koupele či zábalu k postupnému a rovnoměrnému prohřívání organismu*“ (1). Kromě tepelného účinku se uplatňuje blahodárné působení na kůži spočívající v její hydrataci a zároveň pozitivní vliv na celkovou obranyschopnost.

Slatina je druhem peloidů, jinými slovy též bahno. Geologickými a biologickými procesy vzniká v půdě látka, zvaná peloid, využívaná k již zmíněné lázeňské léčbě za účelem prohřívání. Dělení peloidů se odvíjí dle přírodních podmínek v místě vzniku a povahy původní matrice na humolity a bahna (39). Humolity jsou složeny z organických látek, kterých obsahují více než 30 %. Další dělení humolitu

je na rašeliny, slatiny a slatinné zeminy. Velkou pozornost si především zaslouží rašelina minerotrofní, která vzniká za přítomnosti mineralizované spodní vody. Vznikají zejména z mechu rašeliníku, rodu *Sphagnum* (39). Bahna se vyskytují častěji na Slovensku a vznikají usazováním hornin v řekách, rybnících a jezerech, obsahují méně než 20 % organických látek (10, 39).

Aplikace peloidů je vhodná především pro léčbu onemocnění pohybového aparátu, přičemž humolit působí na snížení bolesti, lepší prokrvení tkání a rychlejší regeneraci. Léčba slatinou je všeobecně velmi dobře snášena, aplikace je přímo na kůži či sliznice. Aplikace probíhá formou zábalů, koupelí nebo pomoci napuštěných tampónů (27).

Výskyt peloidů je v České republice velice hojný. Mezi dominantní oblasti výskytu peloidů na území ČR patří Slavkovský les, Krušné hory, Jizerské hory, Šumava,

Třeboňská pánev a Novohradské hory. V oblasti Novohradských hor je jistý přesah na území Rakouska (39).

K dosažení dostatečného efektu je doporučeno absolvovat sérii 6-9 slatinných procedur. Jednotlivé slatinné procedury jsou časovány obden, maximálně pak třikrát týdně (1).

Lázeňská léčba má však i své kontraindikace, kterými v námi sledovaných lázních jsou (1):

- Akutní a infekční onemocnění
- Klinické známky oběhového selhání, maligní arytmie
- Stavby po hluboké trombóze do 3 měsíců po odeznění nemoci, stavby po povrchové tromboflebitidě do 6 týdnů po odeznění nemoci
- Zhoubné nádory během léčby a po ní s klinicky zjistitelnými známkami pokračování nemoci
- Kachexie všeho druhu
- Nekompenzovaná epilepsie
- Psychózy a duševní poruchy s asociálními projevy nebo sníženou možností komunikace
- Závislost na alkoholu, závislost na návykových látkách
- Nehojící se kožní defekty jakéhokoliv původu
- Inkontinence
- Neschopnost sebeobsluhy a denních činností bez pomoci druhé osoby a neschopnost samostatné chůze

1.6.2 Rehabilitační léčba

Do námi sledované skupiny spadají onemocnění, která se léčí rozličnými způsoby. Nicméně můžeme najít mnoho společných znaků. Těmi jsou stádia, která se vyvíjí s věkem, genetickou dispozicí a postupující progresí onemocnění (12). K jednotlivým stádiím, mezi kterými bývá často dosti neostrá hranice, je nutno přistupovat

individuálně. Každé stádium má specifika léčby, která se musejí bezpodmínečně dodržovat pro její pozitivní účinnost. Dalšími aspekty, ovlivňujícími léčbu, jsou stadia remise a relapsu onemocnění. Například při zánětlivých onemocnění kloubů je nutné při relapsu onemocnění ordinovat klid s podáváním léků tlumících zánět a bolest. Naopak při stádiu remise je důležitý přiměřený pohyb, který postižené klouby mobilizuje a předchází tak ztrátě jejich funkce, či úplné imobilitě. Ve stádiu klidu je potřebné navštěvovat fyzioterapeuta, který danému onemocnění rozumí, má s jeho léčbou zkušenosti a dokáže jak teoreticky, tak prakticky poradit a předvést cviky vhodné ke správné a cílené rehabilitaci postižených kloubů (11).

1.6.3 Farmakologická léčba

Cíle farmakologické léčby jsou opět velmi specifické a zaměřené na jednotlivá onemocnění. Pokud však nalezneme konsenzus v námi sledované skupině nemocných, můžeme usuzovat následující. Vzhledem k tomu, že sledovaná onemocnění nebývají vyléčitelná, ale léčitelná, můžeme hovořit o 2 hlavních cílech (24).

1. Zpomalit, či zastavit progresi onemocnění
2. Tlumit bolest

Pro tlumení bolesti se používá celá řada léčiv. Nejznámější jsou analgetika a nesteroidní antirevmatika, která nejen že tlumí bolest, ale také u vybraných onemocnění probíhající zánět. Jako každá léčba má i tato nespočet vedlejších účinků, mezi které patří poruchy důležitých orgánů, vznik závislosti atd. Mezi účinnější léčbu patří léčba kortikoidy, které pomáhají především u onemocnění autoimunitního charakteru. Jejich účinek je mířen na vlastní imunitní systém, který bojuje proti látkám tělu vlastním. Jeho potlačení vede k logickým vedlejším účinkům a to je vyšší náchylnost k jiným onemocněním, ale k méně známým příznakům, jakými jsou otoky, markantní v obličejové části a častější vznik karcinogenů u takto léčených jedinců. Léčba farmakology by proto měla být vždy mířena cíleně a měla by postupovat od léků s nejmenším počtem vedlejších účinků, po léčbu s vysokým výskytem

zmiňovaných účinků. Avšak to může narážet na etický kodex lékaře pomáhajícího od bolesti pacientovi (24)

1.7 Vybrané onemocnění indikační skupiny č. VII lázeňské léčby

1.7.1 Revmatoidní artritida

Etiologie

Revmatoidní artritida dále jen RA, je chronické zánětlivé onemocnění, vznikající na autoimunitním podkladě. Příčina RA není dosud známá, může vznikat v kterémkoli věku. Vyšší výskyt je předpokládán u jedinců s pozitivní rodinnou anamnézou. Nejčastěji vede k rozsáhlým rozkladům a k deformacím kloubních částí (23).

Klinický obraz

Onemocnění je zpočátku skryté, akutní fáze výskytu příznaku není přítomna. Každý jedinec má jiné příznaky a též jiný průběh RA. Příznaky dělíme na systémové, kterými jsou například zvýšená únava, subfebrilie a příznaky kloubní. Postižené klouby jsou bolestivé, teplejší, s omezenou hybností a krátkodobou ranní ztuhlostí kloubů. Nejčastěji jsou postiženy klouby ruky, avšak onemocnění může postihnout všechny klouby v těle (23).

Diagnostika

Diagnostika RA probíhá na základě sedmi kritérií, která jsou stanovena americkou revmatologickou společností. Diagnóza je potvrzena tehdy, kdy jsou u pacienta přítomny alespoň 4 kritéria ze 7. Čtyři kritéria musí trvat minimálně 6 týdnů. Mezi sedm kritérií řadíme: ranní ztuhlost, artritida 3 nebo více kloubních skupin, artritida kloubů rukou, symetrická artritida, revmatické uzly, revmatoidní faktor, RTG změny. Další podmínkou je trvání prvních 4 kritérií minimálně 6 týdnů (12, 23).

Terapie

Nejčastější terapie u RA je farmakologická a nefarmakologická. Důležitějším cílem léčby je dosáhnout přiměřené kvality života pacienta, zmírnit jeho bolesti a případnou

ranní ztuhlost kloubů a pomoci navrátit pacienta do běžného života. Mezi další cíl si při léčbě klade důraz na docílení remise, což znamená alespoň přechodné vymizení příznaků onemocnění. Neopomenutelnou složkou léčby je léčba lázeňská. Aplikovat lázeňskou léčbu je vhodné právě v období již zmíněné remise. Lázeňská léčba je ordinována na základě rozhodnutí revmatologa, který zná nynější stav pacienta. Spočívá především v aplikaci fyzioterapie, elektroléčby, vodoléčby a slatinné léčby (24).

Sociální dopady

Mezi sociální dopady patří omezení hybnosti v důsledku silné bolestivosti kloubů v období relapsu. Z toho plyne zhoršení psychického stavu. Zhoršený psychický stav se odráží na pacientových partnerských vztazích, rodině, sexuální aktivitě. Nežádoucí příznaky onemocnění jako je únava, spavost či zvýšená tělesná teplota vedou k nepříznivým pracovním výkonům pacienta. Přičemž tento stav může vest ke ztrátě pracovního úvazku a následnému zhoršení finanční situace pacienta. Z těchto důvodů je kladen důraz na včasnou diagnostiku, cílenou léčbu a rehabilitaci (24, 37).

1.7.2 Ankylozující spondylitis

Etiologie

Ankylozující spondylitis též nazýváno jako Bechtěrevova nemoc, dále AS je systémové onemocnění zánětlivého charakteru. Nejčastěji je postižena oblast sakrální páteře a meziobratlové klouby. Zánětlivý proces vede k postupné osifikaci meziobratlových kloubů s přesahem na vazy. Přesná příčina vzniku AS dosud není známa, pouze byla prokázána souvislost mezi genem kódujícím antigen HLA-B27 a ankylozující spondylitis (46).

Klinický obraz

Zpočátku se AS výrazně neprojevuje. Příznaky jsou plíživé a těžko identifikovatelné. Jako první se dostavuje nespecifická bolest zad, bez jasné příčiny. Dále febrilie a celková schvácenost. K bolestem zad v bederní oblasti dochází při zklidnění, naopak při přiměřeném pohybu bolest ustupuje a zmírňuje se. Aplikací tepla se též bolest zmírňuje. Každý pacient prožívá onemocnění a projevující se bolestivé příznaky jinak.

Postupem času s prodlužující se dobou onemocnění se páteř stává méně pružnou, což může vést k následným komplikacím při dýchání. Přítomný zánět při AS může vyvolat i další přidružená onemocnění, např. očí, šlach, srdce či plic (12).

Diagnostika

Základní diagnostikou pro AS je výsledný RTG snímek. Dalším z hlavních poukazujících faktorů diagnostiky AS je bolest. Musí být přesně lokalizována a trvat nejméně a neustále tři měsíce. S přiměřenou pohybovou aktivitou je bolest spíše v ustupující fázi, přičemž v klidu se naopak zhoršuje. Mezi neméně důležité diagnostické prvky patří rodinná anamnéza, vyšetření na přítomnost aktivního zánětu a pozitivního antigenu HLA-B27 (46).

Terapie

Terapie u AS se dělí na farmakologickou, nefarmakologickou a chirurgickou. Mezi nejčastěji užívanou farmakologickou léčbu patří léky ze skupiny nesteroidních antirevmatik, imunosupresivní léky a kortikoidy. Novým trendem ve farmakologické terapii je použití biologické léčby, která však naráží na mnohá úskalí. Při užívání farmakologické léčby je důležité následovat pokyny, rady a doporučení lékaře. Neopomenutelnou složkou při léčbě AS je již zmíněná nefarmakologická léčba. Z této skupiny léčby je důležité zmínit fyzikální terapii. Přiměřený pohyb je jednou ze základních složek při léčbě AS. S dodržováním pohybové aktivity též stoupá pacientova kvalita života. Druh a intenzitu pohybové aktivity doporučuje kvalifikovaný fyzioterapeut. Nejdříve je prováděna společně s fyzioterapeutem na odborném pracovišti a poté ji pacient provádí sám ve svém domácím prostředí. Další neopomenutelnou složkou je též lázeňská léčba, která umožňuje dlouhodobou rehabilitační léčbu, která je prováděna za pomoci odborného personálu (2, 11).

Sociální dopady

AS je onemocnění, které se vyskytuje již v rané dospělosti, proto z velké části ovlivňuje sociální status postižených osob. Nejčastěji zasahuje do oblasti pracovní, rodinné i partnerské. V průběhu relapsu jsou jedinci dočasně vyřazeni z pracovního procesu, tento stav je pro zaměstnavatele nežádoucí a může ovlivnit jedincovu pracovní pozici. Obecně známou informací je, že pacienti s AS jsou velice pozitivně ladění, nicméně

v průběhu onemocnění se mohou objevovat pocity zmaru, deprese, frustrace. Zmíněné psychické pochody mohou vést k narušení partnerských či rodinných vztahů. V partnerských vztazích je mnohdy snižené libido, které vede ke snížení sexuální aktivity a k neuspokojování jak pacienta, tak partnera. Viditelné defekty na těle pacienta mohou vést ke stigmatizaci z okolí (46).

1.7.3 Osteoporóza, kostní změny

Etiologie

„Osteoporóza je dle současné definice systémovým metabolickým onemocněním, charakterizovaným poruchou mechanické odolnosti kosti a v důsledku toho zvýšeným rizikem zlomenin“ (43). Název je odvozen z řeckých slov osteo=kost, poro=otvor, díra. Při osteoporóze dochází k úbytku všech složek kosti, organické složky i minerálů, které se ukládají do bílkovinné sítě. Tento jev je podmíněn dědičností, pohlavím, výživou, endokrinními faktory, mechanickými vlivy a vybranými rizikovými faktory. Nejvíce postiženou skupinou jsou ženy po menopauze, kdy s klesající produkcí pohlavních hormonů a při nedostatečné pohybové aktivitě, klesá kostní tvrdost a významně je omezen proces ukládání vápníku (38).

Klinický obraz

Častějším projevem osteoporózy je dlouhodobá tupá bolest po stranách střední čáry v dolní hrudní nebo v bederní páteři, palpovatelný spazmus paravertebrálních nebo piriformních svalů a mírná skolióza bederní páteře. Během několika let lze pozorovat postupné zmenšování tělesné výšky spolu se zvětšující se dorzální kyfózou hrudní páteře. Dalšími příznaky jsou: úžínové syndromy, zmenšení vzdálenosti mezi kaudálními žebry a lopatou kosti kyčelní, vyklenutí břicha, změna sklonu žeber (blokády kostovertebrálních a kostotransverzálních kloubů, menší dechové exkurze hrudníku), ochablá kůže zad v hrudní oblasti (příznak jedlových větví), hyperlordóza krční páteře, předsunuté držení hlavy, přetížení krátkých hlubokých extenzorů, závratě, tinitus. Velmi často však osteoporóza probíhá asymptomaticky a manifestuje se až osteoporotickou zlomeninou v typickém místě (25).

Diagnostika

K základním metodám diagnostiky osteoporózy patří anamnestické údaje, krevní vyšetření, biochemická analýza moči, kdy moč vykazuje známky fosforurie, kalciurie. Nepostradatelným diagnostickým vyšetřením je RTG snímek především hrudní a bederní páteře, který je doplněn o denzitometrii. Denzitometrie je též jedním z hlavních ukazatelů pro přítomnost osteoporózy, měří kvantitativní obsah minerálu v kosti (43).

Terapie

Stěžejní pilíř lázeňské terapie je podávání vitamínu D, zejména jeho aktivní formy 1,25-dihydroxycholekalCIFerolu [1,25 (OH)₂ D₃], přiměřená pohybová aktivita a užívání léčebné vody. Na vodu se vztahují tato kritéria: Pramen má obsah vápníku 606 mg/l (doporučená denní dávka pro dospělého je 800-1200 mg) se zachováním doporučených poměrů s jinými prvky (Mg, Mn, Cu, Zn, Sr, F, Se, Na. Nesprávný poměr mezi vápníkem a fosforem, mezi vápníkem a hořčíkem a vysoký obsah sodíku může být příčinou zvýšeného vylučování vápníku močí) (24).

Sociální dopady

Osteoporóza je onemocnění, které skutečně mění kvalitu života k záporným hodnotám. Podílejí se na tom především časté zlomeniny, které přichází s náhlými pády, nebo úrazy. S věkem četnost osteoporotických zlomenin diametrálně narůstá a vede v mnoha případech k fatálním následkům. Například zlomeniny krčků femuru vedou v nejlepším případě k invalidizaci jedince, v horším prognostickém výhledu končí s připojením těžkých komplikací smrtí. Každopádně léčba jakýchkoli fraktur spojených s osteoporózou se sebou přináší bolest, utrpení, snížený socioekonomický status a v neposlední řadě je finančně zatěžující pro stát (12).

1.7.4 Bolestivé syndromy šlach, šlachových pochev, burz, úponů svalů, kosterních svalů nebo kloubů.

Etiologie

Bolestivé syndromy jsou nejčastěji spojovány s pracovním lékařstvím. Zpravidla je na vině jakákoli vynucená pracovní poloha, kterou je postižený nucen zaujímat určitou část pracovní doby. Tato problematika by měla být pokryta ze strany zaměstnavatele kategorizací práce, avšak i práce, která je správně zařazena do rizikové kategorie a se zaměstnancem je tak zacházeno, může přivodit ohrožení nemocí z povolání nebo nemoc z povolání. Nejedná se však pouze o polohy končetin, ale o monotónní a opakované pohyby jednotlivých částí končetin a mikrotraumatizace. Toto právě vzniká při zmíněných pohybech a polohách končetin, při působení vibrací, nebo nadměrného chladu (15).

Diagnostika

RTG vyšetření vyloučí možné úrazové změny nebo určí stupeň degenerativních změn. Zřetelné mohou být kalcifikace – „zvápenatěliny“ - v postižené šlaše nebo také v burze. K diagnostice měkkých tkání je výhodné ultrazvukové vyšetření (SONO, USG), kterým je možno objektivizovat poranění šlach, výpotek v kloubu nebo náplň v burse. Důležité je klinické vyšetření, kde podle tzv. pohybových vzorců, tj. typického omezení pohybu v určitém směru určíme pravděpodobnou postiženou strukturu kloubu. Laboratorní vyšetření pomáhá vyloučit zánětlivé a infekční postižení, jako chlamydiové a boreliové infekce. Při tupé noční bolesti se zcela normální hybností ramene napomáhá k pátrání po možné přenesené bolesti z jiných struktur (nejčastěji při tumoru vrcholů plic, ischemické chorobě srdeční, po operaci v této oblasti, přenesená bolest může být i z podbrániční oblasti, při ruptuře gastroduodenálního vředu atp) (25).

Terapie

Léčbu výše uvedené skupiny onemocnění lze rozdělit na dvě části. A to konzervativní léčbu, mezi kterou lze zařadit klidový režim, stretching, imobilizace, aplikace chladu při zánětlivých epizodách a naopak tepla při chronických stavech. V žádném případě není vhodné přetěžovat postižená místa. Dále fyzikální terapie, ve které nalézá uplatnění

i lázeňská léčba. Sekundární léčbou se rozumí chirurgický zákrok, který však je jednou z posledních alternativ medikace (15).

Sociální dopady

Vzhledem k tomu, že skupina onemocnění bolestivých syndromů šlach, šlachových pochev, burz, úponů svalů, kosterních svalů nebo kloubů je velmi často pozorována ve vztahu s prací a nevhodnými pracovními podmínkami, je zjevné, že nejzásadnější sociální dopad u disponovaného jedince bude v oblasti pracovní. Pokud je pacient osoba samostatně výdělečně činná, lze mu pouze doporučit přechod na jinou práci. V případě zaměstnaneckého poměru je zaměstnavatel povinen takto postiženého pracovníka přeřadit na jinou pracovní činnost, pokud je to však možné. V obou případech se bude s nejvyšší pravděpodobností jednat o snížení platových podmínek, nebo o úplný odstup od konkrétní pracovní činnosti (11, 37).

1.7.5 Koxartróza a gonartróza

Etiologie

Jedná se o onemocnění kloubů kyčelních a kolenních. I když etiologie u těchto dvou onemocnění bývá odlišná, spojuje ji konečné stádium léčby. Tím se rozumí náhrada kloubu totální endoprotézou. Proto, aby k takto radikálnímu kroku nemuselo dojít, lze využít možností léčby. Léčby konzervativní, která spočívá v medikamentózní léčbě např. nesteroidními antirevmatiky, úpravě pohybového režimu, redukci hmotnosti a v lázeňské terapii (12).

Klinický obraz

Při gonartróze dochází k postižení tibiofemorálního i patelofemorálního kloubu, k maximálnímu poškození dochází na okraji pately. Poškození je dáno nadměrnou zátěží na okraji pately, z důvodu zatížení 7-8 násobkem tělesné váhy. Onemocnění nemusí být provázeno bolestí, u každého pacienta je vnímáno jinak. Při pohybu je možné nahmatat či slyšet drásoty.

Koxartróza se projevuje bolestivostí v oblasti kyčlí a třísel, především při chůzi. Nejčastější jsou startovací bolesti, kdy pacientovi způsobují značný problém při

běžných denních činnostech, jako je oblékání ponožek, punčoch, obouvání. Svaly a vazy v oblasti kyčelního kloubu atrofují, důsledkem je kulhání (23).

Diagnostika

Postižení lze velmi dobře odhalit pomocí RTG, kde v prvních stádiích dochází ke snížení kloubní štěrbiny v důsledku destrukce chrupavky, u těžších stadií k tvorbě nárůstků (osteofytů) a u nejtěžších stadií k destrukci kloubu. Pokud jde o lehčí stadia gonartrózy, jsou prokazatelná při artroskopii, při které se zjistí i rozsah a stadium poškození. Artroskopie může odhalit i případná poškození menisků či jiných struktur a zároveň je ošetřit (23).

Terapie

Základní terapeutické postupy jsou chirurgické a konzervativní. Přičemž mezi postupy konzervativní řadíme medikamentózní léčbu a nemedikamentózní léčbu. Nemedikamentózní léčba spočívá ve změně životosprávy, využívání kompenzačních pomůcek. Pohybovou aktivitu volit dle přiměřené zátěže, preferovat ty, které nepůsobí nadměrnou jednostrannou zátěž. Dalším druhem terapie je fyzikální terapie, která spočívá v aplikaci ultrazvuku, balneoterapie, magnetické terapie, termoterapie. Není možno opomenout lázeňskou léčbu, která má velice příznivý účinek. Medikamentózní léčba spočívá v aplikaci analgetik, kortikoidů, nesteroidních antirevmatik. Jedním z nejčastěji používaných chirurgických zákroku je artroplastika, při které dochází k totální náhradě kolenního, kyčelního kloubu. Tato metoda je pro pacienty velice výhodná, již z důvodu celkové úlevy (16, 24)

Sociální dopad

Vzhledem k tomu, že tato choroba postihuje funkčnost velkých kloubů dolních končetin, jsou sociální dopady nedozírné. Počínaje bolestí, která je vždy u těchto kloubů výrazného charakteru a která komplikuje nejen pohybové aktivity jedince, ale, a to především, ve značné míře působí na psychický stav. V této souvislosti jsou popisovány depresivní stavy, problémy v osobním a pracovním životě. S osobním soužitím úzce souvisí i sexuální aktivity, které mají klesající tendenci nejen v kvantitativní, ale i kvalitativním pojetí. Dalším faktem je, že přes bolest není jedinec schopen vykonávat žádné, případně jen velmi omezené pohybové aktivity, což má přímý vliv na

tvorbu endorfinu a jeho účinku na pozitivní náladu. Následkem psychosociálního úpadku nezřídka následuje i biologická degradace. Nemocný ztrácí na váze, dochází k atrofii svalové hmoty, a ve spojení s bolestí k neschopnosti vykonávat jinou, fyzicky náročnou práci. To se podepisuje především na pracovním uplatnění postiženého a snížení jeho socioekonomického statusu (11, 25).

1.7.6 Chronický vertebrogenní algický syndrom funkčního původu

Etiologie

Chronický vertebrogenní algický syndrom funkčního původu je onemocnění projevující se zvýšenou bolestivostí zad v oblasti páteře. Projevuje se přímo bolestí páteře či bolestí vystřelující z páteře do okolních částí těla. Dále dochází ke zvýšené poruše udržení páteře ve správné poloze. Nejčastěji udávaným vyvolavatelem chronického vertebrogenního algického syndromu bývá jednostranná zátěž části těla v podobě fyzicky náročných prací ve spojení s vynucenou pracovní polohou. Mnohdy je také způsoben dlouhodobě nevhodným držením těla (15).

Klinický obraz

Nejzásadnějším projevem bývá bolest, která je doprovázená omezeným pohybem. Také se objevuje držení těla v poloze, kde je bolest nejakceptovatelnější. Tento stav je nazýván jako antalgické držení těla. Mnohdy nemusí být bolest prvotním příznakem onemocnění, projeví se až při nadměrné zátěži či prochladnutí. Onemocnění je recidivujícího charakteru. Doprovodným příznakem může být také subfebrilie až febrilie (15).

Diagnostika

Mezi základní diagnostické metody u VAS patří neurologické vyšetření a zobrazovací metody. Neurologické vyšetření je základním objektivním ukazatelem ke zjištění stupně postižení. Sleduje se citlivost končetin, reflexy, hybnost. Zobrazovací metody jsou důležité u diagnostiky onemocnění a primárním ukazatelem při indikaci chirurgické léčby. Mezi základní zobrazovací metody řadíme RTG vyšetření, magnetickou resonanci a výpočetní tomografii (25).

Terapie

U akutního vzplanutí VAS je využíván konzervativní způsob léčby. Primárním opatřením je klid na lůžku doplněný o medikamentózní léčbu. Základní medikamentózní léčbou je aplikace analgetik, nesteroidních antirevmatik, myorelaxancií a kortikoidů. Po překonání akutní fáze je namístě rehabilitační péče, nicméně indikovaná erudovaným fyzioterapeutem. Léčba se soustřeďuje též na odstranění zažitých stereotypů v držení těla a při fyzické práci. K chirurgické léčbě dochází po individuálním zhodnocení daného pacienta a při neúspěšné aplikaci konzervativního způsobu léčby. Nesmíme opomenout též lázeňskou léčbu, která spočívá v aplikaci hydroterapie, termoterapie, elektroléčby a masáží (24).

Sociální dopady

VAS je onemocnění, které působí dočasnou či trvalou invaliditu. Z tohoto důvodu je častý přechod do pracovní neschopnosti, který může končit až pobíráním invalidního důchodu. Tento nepříznivý stav se odráží na klientově ekonomické situaci a ruku v ruce s tímto nepříznivým stavem je ovlivňován i rodinný stav klienta (12, 15).

2 METODIKA A SLEDOVANÝ SOUBOR

2.1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké jsou rozdíly mezi kvalitou života u mužů a žen disponovaných nemocí ze skupiny č. VII lázeňské léčby a konkretizovat je. Dalším neméně důležitým cílem této práce je zjistit, jaký má vliv lázeňská péče na psychosociální stav pacientů z indikační skupiny č. VII lázeňské léčby.

2.2 Hypotézy

H1: Kvalita života u žen s chronickým onemocněním zařazeným do indikační skupiny č. VII je horší, než u stejně nemocných mužů.

2.3 Operacionalizace pojmu

Kvalita života

Subjektivní vnímání vlastní životní situace (32). Kvalitu života ovlivňuje mnoho faktorů jako je věk, pohlaví, přítomnost či absence nemoci. Lze ji chápat jako rozdíl mezi osobním očekáváním a skutečností v životě jedince. Je ji nutné chápat jako problematiku zaměřující se na celistvost jedince. Jedním z dotazníků hodnotících kvalitu života je standardizovaný dotazník SF 36.

Chronické onemocnění

Dlouhotrvající nepříznivý zdravotní stav, vyskytující se v různém časovém období s různými příznaky a prognózou. Mnohdy lze říci, že chronická onemocnění

jsou léčitelná, ale ne vždy vyléčitelná. Úkolem odborného personálu je zabránit přílišné progresi onemocnění.

Indikační skupina č.VII lázeňské léčby

Lázeňská léčba zaměřující se na léčbu onemocnění pohybového aparátu. Především obsahuje onemocnění degenerativního, zánětlivého, vrozeného a pooperačního charakteru. V této skupině onemocnění je jasně stanoven druh aplikované lázeňské léčby.

2.4 Metodický postup

Pro stanovení sledovaného souboru byli osloveni klienti z Bertiných lázní v Třeboni. Spolupráce mezi Zdravotně sociální fakultou a Bertinými lázněmi probíhá již řadu let. Ve spolupráci s vrchní sestrou Věrou Vlachovou byli vybráni klienti na základě konsekutivního uspořádání. Na základě velikosti středního souboru jsme se snažili přiblížit horní hranici v počtu probandů, proto bylo k našemu výzkumu osloveno 30 probandů. Z velikosti sledovaného souboru se jednalo o 15 žen a 15 mužů z indikační skupiny č. VII lázeňské léčby.

Pro zjištění kvality života u chronických onemocnění a dlouhodobě zdravotně nepříznivého stavu byla použita metodika kvantitativního výzkumu a jako nástroj byl použit standardizovaný dotazník SF 36 o kvalitě života podmíněné zdravím (HRQoL). Dotazníkový nástroj mapuje kvalitu života u specifických onemocnění v osmi doménách kvality života, kterými jsou fyzické funkce (*Physical function, PF*), fyzické omezení rolí (*Role limitation – physical, RP*), emoční omezení rolí (*Role limitation – emotional, RE*), fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (*Social functioning, SF*), bolest (*Pain, P*), duševní zdraví (*Mental health, MH*), vitalita (*Vitality, EV*), všeobecné vnímání vlastního zdraví (*General health preception, GHP*) (32).

Dotazník (příloha č. 1) zahrnuje 12 otázek. Z celkového množství 12 otázek je 11 uzavřených a 1 otevřená, u které měli respondenti možnost vypsát jména

medikamentů, které v den vyplnění užívali. Úvodní část dotazníku je tvořena informační hlavičkou, do které respondenti a zdravotníci vypisují identifikační údaje, kterými jsou datum narození, věk, a dosažené vzdělání (vyplní respondent), dále typ intervence, Nemoc/stav, (vyplní lékař, nebo zdravotník). Otázky 1 – 11 jsou strukturovány uzavřeně a respondent pomocí škály odpovědí vyjadřuje svůj subjektivně vnímaný zdravotní stav v porovnání s minulostí. V této kategorii otázek dále respondent odpovídá, jak je pro něj dosažitelné uspokojení potřeb v běžných denních činnostech, jako oblékání a chůze. Otázky dále odrážejí schopnost realizace pracovního procesu, psychický stav respondenta, četnost a míru bolesti a schopnost žít kvalitní společenský život. Poslední otázka je strukturována otevřeně, kde klient vypisuje medikaci, kterou v den vyplnění dotazníku užívá.

K vyhodnocení získaných dat byl použit program Microsoft Office Excel 2010. S jeho pomocí byly vytvořeny grafy a tabulky, pro kalkulace byly použity statistické a matematické metody, konkrétně u-test. Výsledky byly vyjádřeny v absolutních a relativních četnostech. Kritická hodnota významnosti byla vypočtena v hodnotě 1,68, při 5% hladině významnosti. Dále bylo nutné analyzovat odbornou literaturu, odborné články, právní předpisy, internetové dokumenty (5, 9, 18).

2.5 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum probíhal ve dvou etapách. Respondenti byli vybráni konsekutivně, dle charakteristického onemocnění, které spadalo pod indikační skupinu č. VII lázeňské léčby, viz tabulka 1 v teoretické části práce. Výzkumný vzorek tvořili muži a ženy všech věkových kategorií. První etapa probíhala před zahájením lázeňské léčby, nebo v jejím počátku. Oslovení obdrželi dotazník SF 36 o kvalitě života podmíněné zdravím, který byl označen písmenem A – před léčbou, do kterého zaznamenali svůj aktuálně subjektivně vnímaný zdravotní stav. Souběžně jim byl předán naprosto totožný dotazník SF 36 v ofrankované obálce pro druhou etapu výzkumu, který byl označen písmenem B – po léčbě. Souběžně obdrželi respondenti návod a termín, kdy dotazník vyplní

a zašlou na adresu uvedenou na obálce. Jednalo se o termín, konkrétně 3 měsíce po ukončení lázeňské léčby. Ve spolupráci s Bertinými lázněmi v Třeboni bylo rozdáno celkem 15 standardizovaných dotazníků pro pohlaví mužské a 15 standardizovaných dotazníků pro pohlaví ženské. Celková návratnost činila 83 %. Návratnost u žen byla 87% a u mužů 85%.

3 VÝSLEDKY

Tabulka č. 2 Bodové hodnocení probandů před a po lázeňské léčbě ve srovnání s Oxford standard

Domény	Probandi před LL	Probandi po LL	Průměr Oxford	u-test	Statistická významnost
PF	54,80	62,20	88,40	1,23	NE
RP	25,00	40,00	85,82	1,60	NE
RE	53,33	57,33	82,93	0,36	NE
SF	51,00	59,00	88,01	1,36	NE
P	41,33	52,00	81,49	2,09	ANO
MH	66,08	68,80	73,77	0,53	NE
EV	43,60	49,80	61,13	1,21	NE
GHP	48,20	52,60	73,52	0,85	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 2 obsahuje 6 skupin hodnotících kritérií, kde sloupec s názvem *Domény* označuje ve zkratkách domény kvality života dle standardizovaného dotazníku SF 36. Sledovaný soubor činí 13 žen a 12 mužů, celkově tedy 25 probandů. Sloupec *Probandi před LL* zobrazuje bodové hodnocení kvality života žen a mužů před lázeňskou léčbou. V následujícím sloupci *Probandi po LL* je k dispozici bodové hodnocení kvality života zdravého jedince. V následujícím sloupci s názvem *Průměr Oxford* je k dispozici bodové hodnocení zdravého jedince. Poslední dva sloupce znázorňují statistické vyhodnocení souboru, kdy *u-test* zobrazuje výsledky statistického vyhodnocení pomocí metody u-test a *statistická významnost* slovní vyjádření statistické významnosti výsledků. Kritická hodnota u-testu je 1,68 pro 5% hladinu významnosti.

Tabulka č. 3 Bodové a procentuální hodnoty probandů obou pohlaví před lázeňskou léčbou ve srovnání s Oxford standard.

Domény	Průměr před LL	Průměr Oxford	% Průměr Oxford	Rozdíl od Oxford	u-test	Statistická významnost
PF	54,80	88,40	61,99	-38,01	7,90	ANO
RP	25,00	85,82	29,13	-70,87	8,77	ANO
RE	53,33	82,93	64,31	-35,69	3,70	ANO
SF	51,00	88,01	57,95	-42,05	10,07	ANO
P	41,33	81,49	50,72	-49,28	12,15	ANO
MH	66,08	73,77	89,58	-10,42	1,92	ANO
EV	43,60	61,13	71,32	-28,68	4,54	ANO
GHP	48,20	73,52	65,56	-34,44	6,98	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 3 obsahuje 7 skupin hodnotících kritérií, kde sloupec s názvem *Domény* označuje ve zkratkách domény kvality života dle standardizovaného dotazníku SF 36. Sledovaný soubor činí 13 žen a 12 mužů, celkově tedy 25 probandů. Sloupec *Průměr před LL* zobrazuje bodové hodnocení kvality života žen a mužů před lázeňskou léčbou. V následujícím sloupci *Průměr Oxford* je k dispozici bodové hodnocení kvality života zdravého jedince. Dalším sloupcem s názvem *% Průměr Oxford* se rozumí procentuální vyjádření kvality života 25 probandů oproti Oxford skóre před lázeňskou léčbou. Dále sloupec s označením *Rozdíl od Oxford* promítá procentuální vyjádření rozdílu kvality života 25 probandů oproti Oxford skóre před lázeňskou léčbou. Poslední dva sloupce znázorňují statistické vyhodnocení souboru, kdy *u-test* zobrazuje výsledky statistického vyhodnocení pomocí metody u-test a *statistická významnost* slovní vyjádření statistické významnosti výsledků. Kritická hodnota u-testu je 1,68 pro 5% hladinu významnosti.

Tabulka č. 4 Bodové a procentuální hodnoty probandů obou pohlaví po absolvování lázeňské léčby ve srovnání s Oxford standard.

Domény	Průměr po LL	Průměr Oxford	% Průměr Oxford	Rozdíl od Oxford	u-test	Statistická významnost
PF	62,20	88,40	70,36	-29,64	6,10	ANO
RP	40,00	85,82	46,61	-53,39	7,24	ANO
RE	57,33	82,93	69,13	-30,87	3,34	ANO
SF	59,00	88,01	67,04	-32,96	6,29	ANO
P	52,00	81,49	63,81	-36,19	7,53	ANO
MH	68,80	73,77	93,26	-6,74	1,51	NE
EV	49,80	61,13	81,47	-18,53	3,37	ANO
GHP	52,60	73,52	71,55	-28,45	5,66	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 4 obsahuje 7 skupin hodnotících kritérií, kde sloupec s názvem *Domény* označuje ve zkratkách domény kvality života dle standardizovaného dotazníku SF 36. Sledovaný soubor činí 13 sledovaných žen a 12 sledovaných mužů, celkově tedy 25 probandů. Sloupec *Průměr po LL* zobrazuje bodové hodnocení kvality života probandů po absolvování lázeňské léčby. V následujícím sloupci *Průměr Oxford* je k dispozici bodové hodnocení kvality života zdravého jedince. Dalším sloupcem s názvem *% Průměr Oxford* se rozumí procentuální vyjádření kvality života 25 probandů oproti Oxford skóre po absolvování lázeňské léčby. Dále sloupec s označením *Rozdíl od Oxford* promítá procentuální vyjádření rozdílu kvality života 25 probandů oproti Oxford skóre po absolvování lázeňské léčby. Poslední dva sloupce znázorňují statistické vyhodnocení souboru, kdy *u-test* zobrazuje výsledky statistického vyhodnocení pomocí metody u-test a *statistická významnost* slovní vyjádření statistické významnosti výsledků. Kritická hodnota u-testu je 1,68 pro 5% hladinu významnosti.

Tabulka č. 5 Bodové a procentuální hodnoty žen před lázeňskou léčbou ve srovnání s Oxford standard.

Domény	Ženy před LL	Průměr Oxford	% Průměr Oxford	Rozdíl od Oxford	u-test	Statistická významnost
PF	55,00	88,40	62,22	-37,78	5,70	ANO
RP	30,77	85,82	35,85	-64,15	5,38	ANO
RE	51,28	82,93	61,84	-38,16	2,97	ANO
SF	50,96	88,01	57,90	-42,10	8,04	ANO
P	43,59	81,49	53,49	-46,51	8,87	ANO
MH	69,23	73,77	93,85	-6,15	0,81	NE
EV	45,38	61,13	74,24	-25,76	3,85	ANO
GHP	55,38	73,52	75,33	-24,64	4,35	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 5 obsahuje 7 skupin hodnotících kritérií, kde sloupec s názvem *Domény* označuje ve zkratkách domény kvality života dle standardizovaného dotazníku SF 36. Sledovaný soubor činí celkem 13 žen. Sloupec *Ženy před LL* zobrazuje bodové hodnocení kvality života žen před lázeňskou léčbou. V následujícím sloupci *Průměr Oxford* je k dispozici bodové hodnocení kvality života zdravého jedince. Dalším sloupcem s názvem *% Průměr Oxford* se rozumí procentuální vyjádření kvality života 13 sledovaných žen oproti Oxford skóre před lázeňskou léčbou. Dále sloupec s označením *Rozdíl od Oxford* promítá procentuální vyjádření rozdílu kvality života 13 sledovaných žen oproti Oxford skóre před lázeňskou léčbou. Poslední dva sloupce znázorňují statistické vyhodnocení souboru, kdy *u-test* zobrazuje výsledky statistického vyhodnocení pomocí metody u-test a *Statistická významnost* slovní vyjádření statistické významnosti výsledků. Kritická hodnota u-testu je 1,68 pro 5% hladinu významnosti.

Tabulka č. 6 Bodové a procentuální hodnoty žen po absolvování lázeňské léčby ve srovnání s Oxford standard.

Domény	Ženy po LL	Průměr Oxford	% průměr Oxford	Rozdíl od Oxford	u-test	Statistická významnost
PF	60,77	88,40	68,74	-31,26	4,68	ANO
RP	36,54	85,82	42,58	-57,42	6,56	ANO
RE	53,85	82,93	64,93	-35,07	2,74	ANO
SF	58,65	88,01	66,64	-33,36	5,17	ANO
P	52,99	81,49	65,03	-34,97	4,79	ANO
MH	70,15	73,77	95,10	-4,90	0,66	NE
EV	52,31	61,13	85,57	-14,43	1,91	ANO
GHP	58,46	73,52	79,52	-20,48	3,42	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 6 obsahuje 7 skupin hodnotících kritérií, kde sloupec s názvem *Domény* označuje ve zkratkách domény kvality života dle standardizovaného dotazníku SF 36. Sledovaný soubor činí celkově 13 žen. Sloupec *Ženy po LL* zobrazuje bodové hodnocení kvality života žen po absolvování lázeňské léčby. V následujícím sloupci *Průměr Oxford* je k dispozici bodové hodnocení kvality života zdravého jedince. Dalším sloupcem s názvem *% Průměr Oxford* se rozumí procentuální vyjádření kvality života 13 žen oproti Oxford skóre po absolvování lázeňské léčby. Dále sloupec s označením *Rozdíl od Oxford* promítá procentuální vyjádření rozdílu kvality života 13 žen oproti Oxford skóre po absolvování lázeňské léčby. Poslední dva sloupce znázorňují statistické vyhodnocení souboru, kdy *u-test* zobrazuje výsledky statistického vyhodnocení pomocí metody u-test a *Statistická významnost* slovní vyjádření statistické významnosti výsledků. Kritická hodnota u-testu je 1,68 pro 5% hladinu významnosti.

Tabulka č. 7 Bodové a procentuální hodnoty mužů před lázeňskou léčbou ve srovnání s Oxford standard.

Domény	Muži před LL	Průměr Oxford	% Průměr Oxford	Rozdíl od Oxford	u-test	Statistická významnost
PF	54,58	88,40	61,75	-38,25	5,48	ANO
RP	18,75	85,82	21,85	-78,15	7,53	ANO
RE	55,56	82,93	66,99	-33,01	2,28	ANO
SF	51,04	88,01	58,00	-42,00	6,38	ANO
P	38,89	81,49	47,72	-52,28	8,53	ANO
MH	62,67	73,77	84,95	-15,05	2,01	ANO
EV	41,67	61,13	68,16	-31,84	2,93	ANO
GHP	40,42	73,52	54,97	-45,03	6,38	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 7 obsahuje 7 skupin hodnotících kritérií, kde sloupec s názvem *Domény* označuje ve zkratkách domény kvality života dle standardizovaného dotazníku SF 36. Sledovaný soubor činí celkem 12 mužů. Sloupec *Muži před LL* zobrazuje bodové hodnocení kvality života mužů před lázeňskou léčbou. V následujícím sloupci *Průměr Oxford* je k dispozici bodové hodnocení kvality života zdravého jedince. Dalším sloupcem s názvem *% Průměr Oxford* se rozumí procentuální vyjádření kvality života 12 mužů oproti Oxford skóre před lázeňskou léčbou. Dále sloupec s označením *Rozdíl od Oxford* promítá procentuální vyjádření rozdílu kvality života 12 mužů oproti Oxford skóre před lázeňskou léčbou. Poslední dva sloupce znázorňují statistické vyhodnocení souboru, kdy *u-test* zobrazuje výsledky statistického vyhodnocení pomocí metody *u-test* a *Statistická významnost* slovní vyjádření statistické významnosti výsledků. Kritická hodnota *u-testu* je 1,68 pro 5% hladinu významnosti.

Tabulka č. 8 Bodové a procentuální hodnoty mužů po absolvování lázeňské léčby ve srovnání s Oxford standard.

Domény	Muži po LL	Průměr Oxford	% Průměr Oxford	Rozdíl od Oxford	u-test	Statistická významnost
PF	63,75	88,40	72,12	-27,88	3,97	ANO
RP	43,75	85,82	50,98	-49,02	4,10	ANO
RE	61,11	82,93	73,69	-26,31	1,98	ANO
SF	59,38	88,01	67,46	-32,54	3,88	ANO
P	50,93	81,49	62,49	-37,51	6,13	ANO
MH	67,33	73,77	91,27	-8,73	1,97	ANO
EV	47,08	61,13	77,02	-22,98	2,94	ANO
GHP	46,25	73,52	62,91	-37,09	4,98	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 8 obsahuje 7 skupin hodnotících kritérií, kde sloupec s názvem *Domény* označuje ve zkratkách domény kvality života dle standardizovaného dotazníku SF 36. Sledovaný soubor činí celkem 12 mužů. Sloupec *Muži po LL* zobrazuje bodové hodnocení kvality života mužů po absolvování lázeňské léčby. V následujícím sloupci *Průměr Oxford* je k dispozici bodové hodnocení kvality života zdravého jedince. Dalším sloupcem s názvem *% Průměr Oxford* se rozumí procentuální vyjádření kvality života 12 mužů oproti Oxford skóre po absolvování lázeňské léčby. Dále sloupec s označením *Rozdíl od Oxford* promítá procentuální vyjádření rozdílu kvality života 12 mužů oproti Oxford skóre po absolvování lázeňské léčby. Poslední dva sloupce znázorňují statistické vyhodnocení souboru, kdy *u-test* zobrazuje výsledky statistického vyhodnocení pomocí metody u-test a *Statistická významnost* slovní vyjádření statistické významnosti výsledků. Kritická hodnota u-testu je 1,68 pro 5% hladinu významnosti.

Tabulka č. 9 Procentuální hodnoty žen před a po lázeňské léčbě ve srovnání s Oxford standard.

Domény	Ženy před LL %	Ženy po LL %	Oxford	u-test	Statistická významnost
PF	62,22	68,74	88,40	0,69	NE
RP	35,85	42,58	85,82	0,45	NE
RE	61,84	64,93	82,93	0,17	NE
SF	57,90	66,64	88,01	1,05	NE
P	53,49	65,03	81,49	1,29	NE
MH	93,85	95,10	73,77	0,12	NE
EV	74,24	85,57	61,13	1,12	NE
GHP	75,33	79,52	73,52	0,51	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 9 obsahuje 6 skupin hodnotících kritérií, kde sloupec s názvem *Domény* označuje ve zkratkách domény kvality života dle standardizovaného dotazníku SF 36. Sledovaný soubor činí celkem 13 žen. Sloupec *ženy před LL* označuje procentuální hodnoty žen před absolvováním lázeňské léčby. Sloupec *ženy po LL* označuje procentuální hodnoty žen po absolvování lázeňské léčby. V následujícím sloupci *Oxford* je zobrazen průměr kvality života zdravého jedince. Poslední dva sloupce znázorňují statistické vyhodnocení souboru, kdy *u-test* zobrazuje výsledky statistického vyhodnocení pomocí metody u-test a *Statistická významnost* slovní vyjádření statistické významnosti výsledků. Kritická hodnota u-testu je 1,68 pro 5% hladinu významnosti.

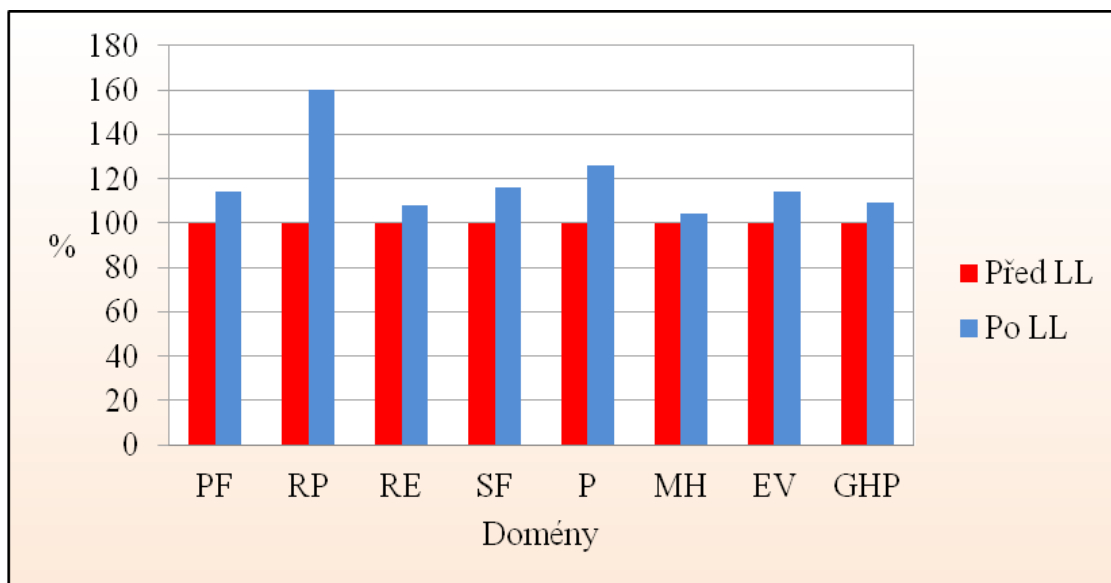
Tabulka č. 10 Procentuální hodnoty mužů před a po lázeňské léčbě ve srovnání s Oxford standard.

Domény	Muži před LL %	Muži po LL %	Oxford	u-test	Statistická významnost
PF	61,75	72,12	88,40	1,05	NE
RP	21,85	50,98	85,82	1,84	ANO
RE	66,99	73,69	82,93	0,34	NE
SF	58,00	67,46	88,01	0,89	NE
PF	47,72	62,49	81,49	1,71	ANO
MH	84,95	91,27	73,77	0,73	NE
EV	68,16	77,02	61,13	0,66	NE
GHP	54,97	62,91	73,52	0,77	NE

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 10 obsahuje 6 skupin hodnotících kritérií, kde sloupec s názvem *Domény* označuje ve zkratkách domény kvality života dle standardizovaného dotazníku SF 36. Sledovaný soubor činí celkem 12 mužů. Sloupec *Muži před LL* označuje procentuální hodnoty mužů před absolvováním lázeňské léčby. Sloupec *Muži po LL* označuje procentuální hodnoty mužů po absolvování lázeňské léčby. V následujícím sloupci *Oxford* je zobrazen průměr kvality života zdravého jedince. Poslední dva sloupce znázorňují statistické vyhodnocení souboru, kdy *u-test* zobrazuje výsledky statistického vyhodnocení pomocí metody u-test a *Statistická významnost* slovní vyjádření statistické významnosti výsledků. Kritická hodnota u-testu je 1,68 pro 5% hladinu významnosti.

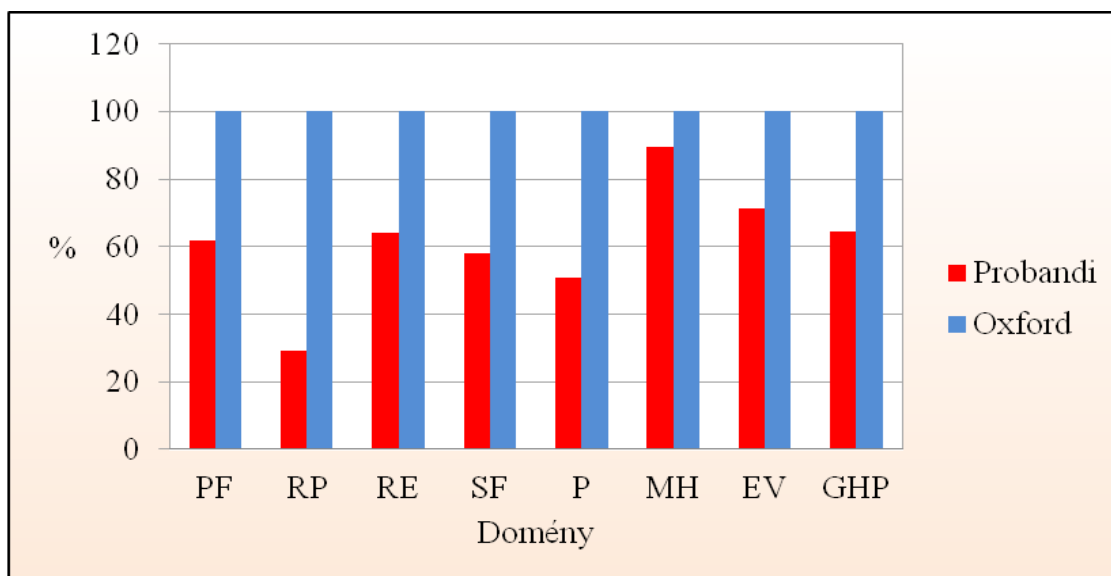
Graf č. 1 Grafické znázornění procentuálních hodnot kvality života probandů obou pohlaví před a po absolvování lázeňské léčby.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 1 znázorňuje procentuální rozdíl mezi kvalitou života probandů před a po absolvování lázeňské léčby, dále jen LL v 8 doménách kvality života standardizovaného dotazníku SF 36 u 13 žen a 12 mužů, celkově tedy u 25 probandů. Kdy skupina Před LL představuje 100 %, $m=100$. U domény PF (fyzické funkce) dosahují probandi po LL 114 %. Další doménou je RP (fyzické omezení rolí), kde počet procent u sledované skupiny činí 160 %. U domény RE (emoční omezení rolí), ve které dosahují 108 %. Následující doména SF (sociální funkce) má hodnotu 116 % u sledované skupiny probandů. Doména P (bolest) nabývá hodnoty 126 %. Následující doména MH (duševní zdraví) je vyjádřena 104 %. Následující doména EV (vitalita), která je ohodnocena 114 %. Poslední doména GHP (všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu) je vyjádřena 109 %.

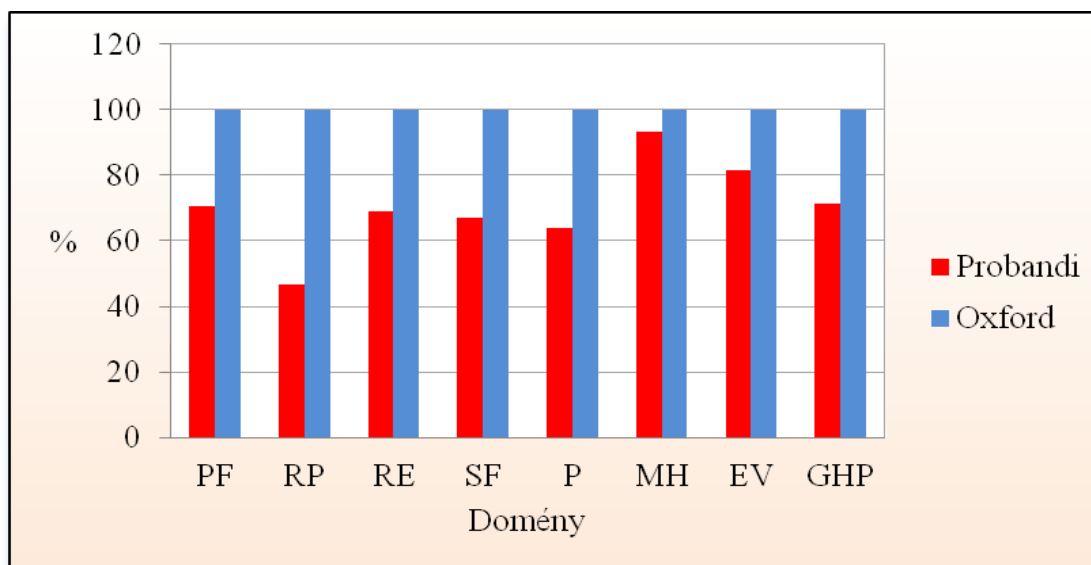
Graf č. 2 Grafické znázornění procentuálních hodnot kvality života probandů obou pohlaví před zahájením lázeňské léčby ve srovnání s Oxford standard.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 2 znázorňuje procentuální rozdíl mezi kvalitou života probandů před zahájením lázeňské léčby v 8 doménách kvality života standardizovaného dotazníku SF 36 u 13 žen a 12 mužů, celkově tedy u 25 probandů oproti Oxford standard. Kdy skupina Oxford standard představuje 100 %, $m=100$. U domény PF (fyzické funkce) dosahují probandi 62 %. Další doménou je RP (fyzické omezení rolí), kde počet bodů u sledované skupiny činí 29,1 %. U domény RE (emoční omezení rolí), ve které dosahují 64,3 %. Následující doména SF (sociální funkce) má hodnotu 58 % u sledované skupiny probandů. Doména P (bolest) nabývá hodnoty 50,7 %. Následující doména MH (duševní zdraví) je vyjádřena 89,6 %. Následující doména EV (vitalita), která je ohodnocena 71,3 %. Poslední doména GHP (všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu) je vyjádřena 64,6 %.

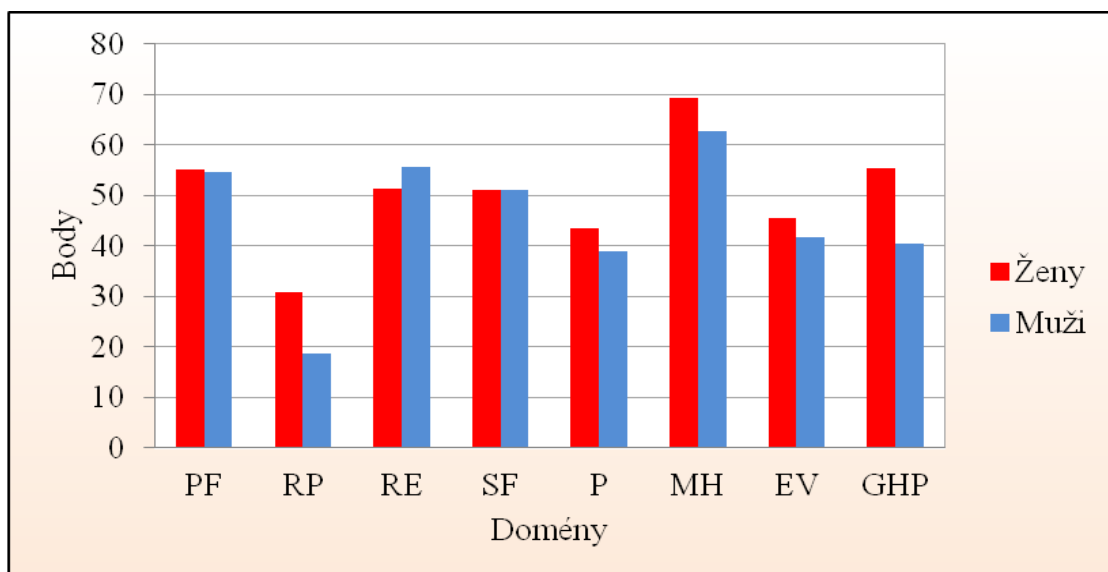
Graf č. 3 Grafické znázornění procentuálních hodnot kvality života probandů obou pohlaví po absolvování lázeňské léčby ve srovnání s Oxford standard.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3 znázorňuje procentuální rozdíl mezi kvalitou života probandů 3 měsíce po ukončení lázeňské léčby v 8 doménách kvality života standardizovaného dotazníku SF 36 u 13 žen a 12 mužů, celkově tedy u 25 probandů oproti Oxford standardu. Kdy skupina Oxford standard představuje 100 %, m=100. U domény PF (fyzické funkce) dosahují probandi 70,4 %. Další doménou je RP (fyzické omezení rolí), kde počet bodů u sledované skupiny činí 46,6 %. U domény RE (emoční omezení rolí), ve které dosahují 69,1 %. Následující doména SF (sociální funkce) má hodnotu 67 % u sledované skupiny probandů. Doména P (bolest) nabývá hodnoty 63,8 %. Následující doména MH (duševní zdraví) je vyjádřena 93,3 %. Následující doména EV (vitalita), která je ohodnocena 81,5 %. Poslední doména GHP (všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu) je vyjádřena 71,5 %.

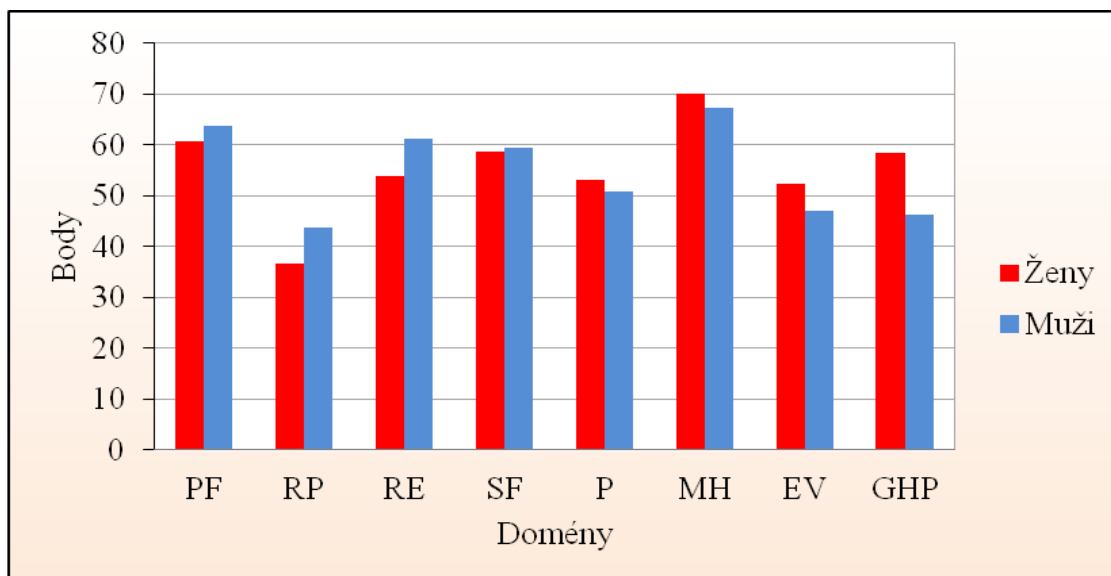
Graf č. 4 Grafické znázornění bodových hodnot kvality života žen a mužů před absolvováním lázeňské léčby.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 4 znázorňuje bodový rozdíl mezi kvalitou života žen a mužů před absolvováním lázeňské léčby v 8 doménách kvality života standardizovaného dotazníku SF 36 u 13 žen a 12 mužů, celkově tedy u 25 probandů. U domény PF (fyzické funkce), kde u žen (55 bodů) a mužů (54,6 bodů) je rozdíl 0,4 bodů u sledované skupiny. Další doménou je RP (fyzické omezení rolí), kde u žen (30,8 bodů) a mužů (18,8 bodů) je rozdíl u sledované skupiny 12 bodů. U domény RE (emoční omezení rolí), ve které ženy mají hodnotu 51,3 bodů a muži 55,6 bodů je rozdíl sledované skupiny 4,3 bodů. Následující doména SF (sociální funkce) mají ženy i muži hodnotu v bodech téměř totožnou, rozdíl činí 0,1 bodů ve prospěch mužů. Doména P (bolest) nabývá hodnoty u žen 43,6 bodů a u mužů 38,9 bodů, rozdíl mezi sledovanou skupinou je roven 4,7 bodům. Následující doména MH (duševní zdraví), kde u žen (69,2 bodů) a u mužů (62,7 bodů), rozdíl činí 6,5 bodů. Následující doména EV (vitalita), která u žen vychází 45,4 bodů a u mužů 41,7 bodů je rozdíl 3,7 bodů. Poslední doména GHP (všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu) je u žen 55,4 bodů a u mužů 40,4 bodů rozdílná o 15 bodů.

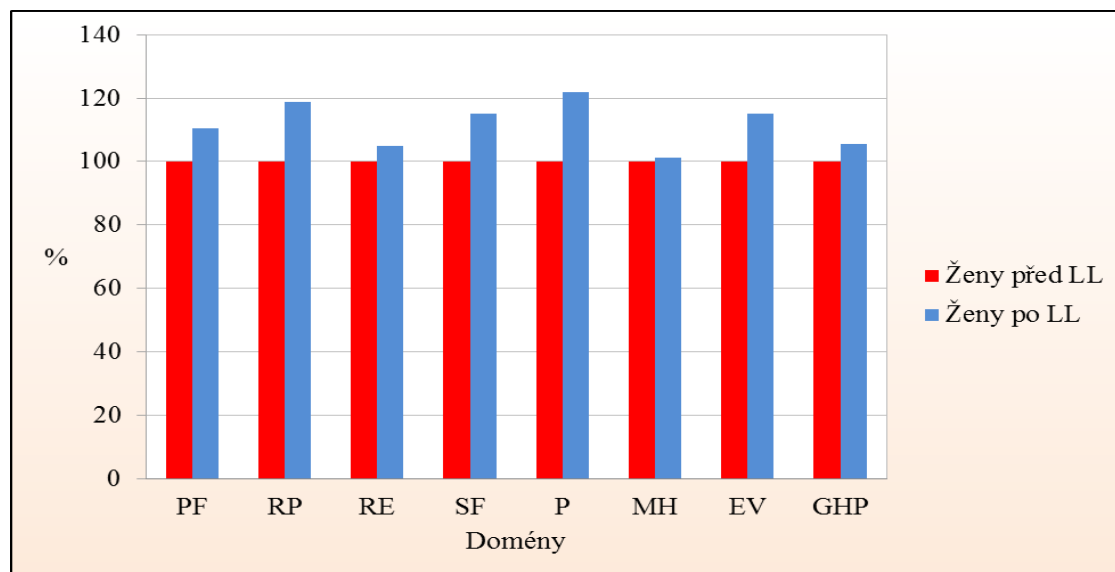
Graf č. 5 Grafické znázornění bodových hodnot kvality života žen a mužů po absolvování lázeňské léčby.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5 znázorňuje bodový rozdíl mezi kvalitou života žen a mužů 3 měsíce po absolvování lázeňské léčby v 8 doménách kvality života standardizovaného dotazníku SF 36 u 13 žen a 12 mužů, celkově tedy u 25 probandů. U domény PF (fyzické funkce), kde u žen (60,8 bodů) a mužů (63,8 bodů) je rozdíl 3 body u sledované skupiny. Další doménou je RP (fyzické omezení rolí), kde u žen (36,5 bodů) a mužů (43,8 bodů) je rozdíl u sledované skupiny 7,3 bodů. U domény RE (emoční omezení rolí), ve které ženy mají hodnotu 53,9 bodů a muži 61,1 bodů je rozdíl sledované skupiny 7,2 bodů. Následující doména SF (sociální funkce) mají ženy i muži hodnotu v bodech téměř totožnou, rozdíl činí 0,7 bodů ve prospěch mužů. Doména P (bolest) nabývá hodnoty u žen 53 bodů a u mužů 51 bodů, rozdíl mezi sledovanou skupinou je roven 2 bodům. Následující doména MH (duševní zdraví), kde u žen (70,2 bodů) a u mužů (67,3 bodů), rozdíl činí 2,9 bodů. Následující doména EV (vitalita), která u žen vychází 52,3 bodů a u mužů 47,1 je rozdíl 5,2 bodů. Poslední doména GHP (všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu) je hodnota u žen 58,5 bodů a u mužů 46,3 bodů rozdílná o 12,2 bodů.

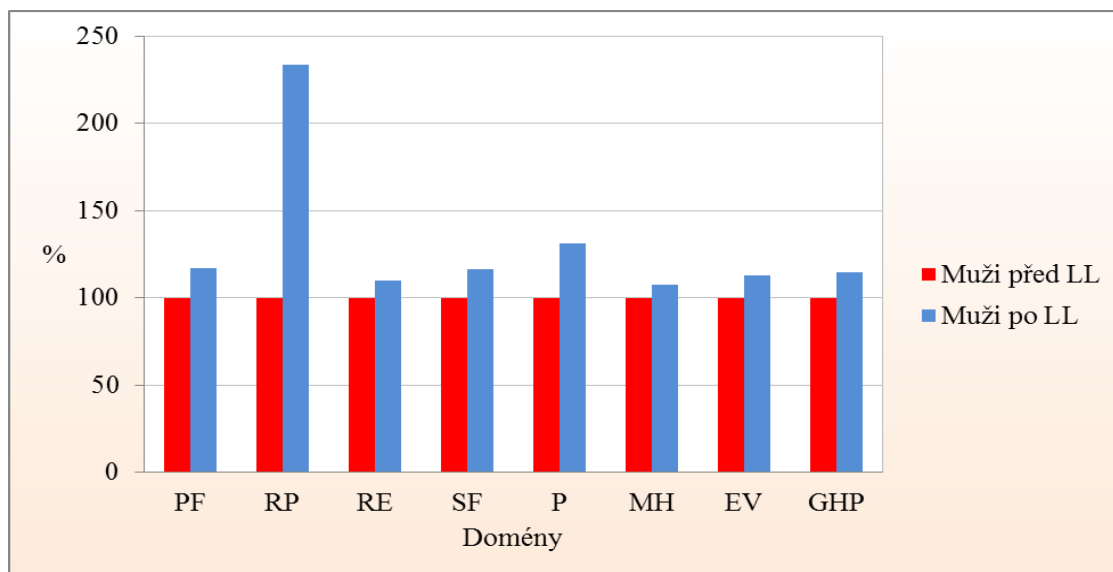
Graf č. 6 Procentuální znázornění hodnot kvality života žen před a po absolvování lázeňské léčby.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6 znázorňuje procentuální rozdíl mezi kvalitou života žen před lázeňskou léčbou, dále LL a 3 měsíce po absolvování LL v 8 doménách kvality života standardizovaného dotazníku SF 36 u 13 žen. Kdy skupina žen před LL představuje 100 %, m=100. U domény PF (fyzické funkce) dosahují probandi 110,5 %. Další doménou je RP (fyzické omezení rolí), kde počet procent u sledované skupiny činí 118,8 %. U domény RE (emoční omezení rolí), ve které dosahují 105 %. Následující doména SF (sociální funkce) má hodnotu 115,1 % u sledované skupiny probandů. Doména P (bolest) nabývá hodnoty 121,6 %. Následující doména MH (duševní zdraví) je vyjádřena 101,3 %. Následující doména EV (vitalita), která je ohodnocena 115,3 %. Poslední doména GHP (všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu) je vyjádřena 105,6 %.

Graf č. 7 Procentuální znázornění hodnot kvality života u mužů před a po absolvování lázeňské léčby.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 7 znázorňuje procentuální rozdíl mezi kvalitou života mužů před lázeňskou léčbou, dále LL a 3 měsíce po absolvování LL v 8 doménách kvality života standardizovaného dotazníku SF 36 u 12 mužů. Kdy skupina mužů před LL představuje 100 %, m=100. U domény PF (fyzické funkce) dosahují probandi 116,8 %. Další doménou je RP (fyzické omezení rolí), kde počet procent u sledované skupiny činí 233,3 %. U domény RE (emoční omezení rolí), ve které dosahují 110 %. Následující doména SF (sociální funkce) má hodnotu 116,3 % u sledované skupiny probandů. Doména P (bolest) nabývá hodnoty 131 %. Následující doména MH (duševní zdraví) je vyjádřena 107,4 %. Následující doména EV (vitalita), která je ohodnocena 114 %. Poslední doména GHP (všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu) je vyjádřena 114,4 %.

4 DISKUZE

Hlavním předmětem této bakalářské práce je zmapování kvality života u chronicky nemocných jedinců. Zaměřuje se na osoby, trpící jedním z onemocnění indikační skupiny č. VII lázeňské léčby (teoretická část, kap. 1.5). U této skupiny se soustředí na rozdíly v kvalitě života, které jsou podmíněné pohlavím. Cílovou skupinou pro potřeby práce jsou muži a ženy, specifikováni onemocněním v indikační skupině č. VII lázeňské léčby, kteří podstoupili léčebnou proceduru v Bertiných lázních v Třeboni. Jedním ze zaměření Bertiných lázní Třeboň je právě léčba chorob pohybového aparátu. Na základě daných kritérií bylo do výzkumného souboru zařazeno 12 mužů a 13 žen různých věkových kategorií. U mužů byl zaznamenán průměrný věk 54,4 let a u žen 66,4 let.

Pro vlastní hodnocení kvality života sloužilo Oxford skóre, které udává průměrné hodnoty kvality života u zdravé populace. Dotazníkovým šetřením před lázeňskou léčbou a tři měsíce po ní bylo zjištěno, že kvalita života takto disponovaných jedinců je celkově nižší, než u zdravé populace. Oproti Oxford skóre byla kvalita života před lázeňskou léčbou snížena především v doménách *Fyzické omezení rolí*, kdy probandi udávali 25,00 bodů z 85,82 možných, dále v doméně *Bolest*, ve které bylo probandy dosaženo 41,33 bodů z 81,49 možných a v doméně *Sociální funkce*, která byla ponížena o 42,05 bodů oproti 88,01 pomyslného maxima. Naproti těmto vysokým rozdílům stojí doména *Duševní zdraví*, kde bylo ponížení sledované skupiny pouze o 10,42 bodů ze 73,77 bodů. Výsledky jsou podrobně zachyceny v tab. č. 2. Malé snížení této domény může mít souvislost s tvrzením, že ne vždy nemoc zasahuje jedince po celé bio-psycho-sociální stránce (44). Všechny tyto hodnoty byly podpořeny statistickou metodou u-test a jsou považovány za statisticky významné na 5% hladině významnosti. Tři měsíce po absolvování lázeňské léčby se kvalita života u mužů i žen radikálně mění. Dochází k navýšení kvality života u mužů i žen, opět v doménách *Fyzické omezení rolí*, kde je bodový nárůst Oxford skóre nejvyšší, a to z 25,00 bodů na 40,00, což znamená

zlepšení kvality života o 60 %. Je tedy naprosto signifikantní, že lázeňská léčba pomáhá zapojit jedince zpět do rolí, které mají potřebu vykonávat. Další nárůst, z 41,33 bodů na 52,00, je u domény *Bolest*. Toto bodové hodnocení odpovídá zlepšení kvality života o 26 %. Na základě takového bodového vzestupu po lázeňské léčbě je možno tvrdit, že lázeňská léčba pomáhá při odstranění bolesti. Tento fakt je vnímán jako kardinální, protože bolest je jedním z aspektů nemoci, na který se nelze adaptovat a její trvání je pro jakéhokoli jedince významným faktorem, jenž dokáže likvidovat rodinné a přátelské vztahy, zhoršuje psychickou stránku disponovaného a může vést až k suicidálnímu jednání (19). Následující doména, která vykazuje známky zlepšení, se nazývá *Sociální funkce*. Konkrétně v této doméně dochází ke zlepšení o 8 bodů Oxford skóre, a to z 51,00 bodů před léčbou, na 59,00 po léčbě, odpovídající 16 %. Veškeré tyto a další hodnoty jsou uvedeny v tab. č. 3. Je tedy jisté, že lázeňská léčba má své opodstatnění, a že prokazatelně zlepšuje kvalitu života (32). Pokud uvážíme, že ke zlepšení u mužů a žen po lázeňské léčbě dochází ve všech doménách kvality života, nezbyvá nic jiného, než podpořit myšlenku, která má za cíl změnit rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR a zdravotních pojišťoven o částečném zrušení příspěvkové lázeňské péče (3). A to především proto, že přímo zasahuje jedince s onemocněním pohybového aparátu, u kterých je sociální situace zhoršena v důsledku neschopnosti dosáhnout optimálních pracovních výkonů, což vede ke snížení finančního příjmu. (28, 32). Navíc výsledky tohoto výzkumu, hovořící v prospěšnost lázeňské léčby, jsou podpořeny 5% hladinou statistické významnosti.

Pakliže se zaměříme na kvalitu života, udávanou ženami a muži před lázeňskou léčbou, lze na základě získaných dat tvrdit, že ženy mají před lázeňskou léčbou vyšší kvalitu života, než mužská část souboru. A to především v doménách *Psychické omezení rolí*, kde ženy převyšují mužskou část o 12,02 bodů Oxford skóre a v doméně *Všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu*, kde ženy udávají vyšší kvalitu života oproti mužům dokonce o 14,96 bodů Oxford skóre. To může znamenat, že ženy jsou se svým dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem smířlivější, než část mužská. Dokáží se lépe adaptovat na negativa svého zdravotního stavu a bojovat s nimi (22).

Jedinými dvěma doménami, kde muži před lázeňskou léčbou vykazují vyšší kvalitu života, než ženy, jsou domény *Emoční omezení rolí* a *Sociální funkce*.

Avšak po absolvování lázeňské léčby se diametrálně zvyšuje kvalita života u mužské části a převyšuje část ženskou především v doméně *Fyzické omezení rolí*, v níž muži převyšují ženy o 7,21 bodů. Pokud tento fakt uvažíme ve vztahu, kdy muži vykazují v této doméně před lázeňskou léčbou 18,75 bodů a po jejím absolvování 43,75 bodů Oxford skóre, docházíme k výsledku, že kvalita života u mužské části v doméně *Fyzické omezení rolí* narůstá o 133 %. Bezesporu můžeme konstatovat, že mužská část vykazuje zlepšení kvality života v doméně *Fyzické omezení rolí*. Opět se potvrzuje, že muži vykazují emoční labilitu v průběhu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (22). Pro představu, v této doméně je skryto nespočet nesporně důležitých aspektů, které zajišťují kvalitnější život, jako potřebu naplňování jednotlivých sociálních rolí, (živitel, dobrý otec, nebo manžel). Při zvážení, jaké negativní dopady má nenaplnění těchto sociálních rolí, například deprese, časté změny nálad, dokonce zvýšení incidence sebevražd, lze tvrdit, že lázeňská léčba naprosto jistě napomáhá ke zlepšení psychického stavu disponovaného muže (19). Je obecně známým faktem, že propad v psychické stránce nemocného vede ke zhoršení celkového zdravotního stavu, čemuž se pomocí lázeňské léčby u mužů daří zabránit. V porovnání s ženskou částí, kdy kvalita života v této doméně narůstá o 19 %, je nárůst výborný, nicméně oproti 133 % nárůstu u mužů zanedbatelný. Zmíněné výsledky jsou podpořeny 5% hladinou statistické významnosti.

U ženské části sledovaného souboru je nejvyšší nárůst po lázeňské léčbě zaznamenán u domény *Bolest*, ve které vykazují zlepšení z 43,59 bodů na 52,99 bodů Oxford skóre, což znamená zlepšení kvality života o 22 %. Toto zjištění může mít souvislost se snížením subjektivně vnímané bolesti. K jejímu hodnocení se využívá analogové škály bolesti, kdy zmírnění bolesti může mít dopad na zlepšení subjektivně vnímaného zdravotního stavu. Ponižení bolesti je jedním z nejzásadnějších úkolů medicíny především proto, že právě bolestí je kvalita života značně ovlivněna. Druhé nejvýznamnější zlepšení je stejné u obou pohlaví. Jde o vzrůst kvality života v doméně *Sociální funkce*, ve které zaznamenávají ženy vzrůst kvality života o 15 %

oproti mužům, kteří udávají vzrůst o 16 %. Tento vzrůst je nezanedbatelný především proto, že pro jeho validitu hovoří statistické potvrzení významnosti pomocí u-testu.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké jsou rozdíly mezi kvalitou života u mužů a žen disponovaných nemocí ze skupiny č. VII lázeňské léčby, a konkretizovat je. Z výsledků lze konstatovat fakta, kterými jsou zajímavé rozdíly kvality života v doménách *Fyzické funkce*, *Fyzické omezení rolí*, *Emoční omezení rolí* a *Sociální funkce*, ve kterých dochází k nejvyššímu zlepšení kvality života u mužské části sledovaného souboru. K nejvyššímu zlepšení kvality života u ženské části sledovaného souboru dochází naopak v doménách *Bolest*, *Duševní zdraví*, *Vitalita* a *Všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu*. Cíl této práce byl proto naplněn. Hypotéza, která zní: Kvalita života u žen s chronickým onemocněním zařazeným do indikační skupiny č. VII je horší, než u stejně nemocných mužů, nemůže být potvrzena. V její nepotvrzení hovoří data, která naopak z 8 hodnocených domén kvality života mohou prokázat lepší kvalitu života u žen v 6 doménách před lázeňskou léčbou, oproti části mužské. Výsledky dále prokazují fakt, že kvalita života po absolvování lázeňské léčby strměji stoupá u mužské části, než u části ženské. Avšak s přihlédnutím k rozdílům v jednotlivých doménách lze konstatovat, že u mužů jsou markantní rozdíly především v doménách *Fyzické funkce*, *Fyzické omezení rolí*, *Emoční omezení rolí* a *Sociální funkce*. Naopak ženy vykazují zásadní zlepšení kvality života v doménách *Bolest*, *Duševní zdraví*, *Vitalita* a *Všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu*. Proto hypotézu nelze jednoznačně verifikovat.

Lázeňská léčba je v léčbě onemocnění pohybového aparátu velmi účinná. Nejde pouze o zlepšení somatického zdraví, ale především o zlepšení celého bio-psycho-sociálního zdravotního stavu. To považuji za naprosto zásadní fakt, hovořící v její prospěch. Pokud zvážíme genderové rozdíly mezi ženami a muži po absolvované lázeňské léčbě, je proto namístě doporučit další výzkum, který by mapoval, proč se nejvíce mění, ve smyslu pozitivním, kvalita života mužů v doménách *Fyzické funkce*, *Fyzické omezení rolí*, *Emoční omezení rolí* a *Sociální funkce*, kdežto u žen především v doménách *Bolest*, *Mentální zdraví*, *Vitalita* a *Všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu* (14). Při podrobné diskuzi s literaturou, zabývající se genderovými

rozdíly, není toto zjištění nikterak překvapující. Muži jsou evolučně určeni k lovu a obstarávání potravy nejen pro ženu, ale především pro své potomky. Jejich fyzická funkce, a tím i fyzická role byla v tomto ohledu nenahraditelná, a to z jednoduchého důvodu. Nedokázal-li přes omezení ve fyzické roli uspokojit potřebu potravy, zahynul on i jeho rodina. Pokud se přes jakýkoli zdravotní problém stal být neschopným lovu, nezřídka byl smečkou, či kmenem vyloučen a jeho rodina byla zavržena. Pakliže se tento evoluční vklad zachoval do této doby, je pravděpodobné, že „neschopnost“ být plnohodnotným lovcem, čili mužem, disponovaného může omezovat v sociálních stycích s okolím a negativně ovlivňovat jeho emoce. Naproti nim ženy obstarávaly teplo rodinného krbu, střežily své potomky a jejich role byla především v úloze matky (22). Při jednoduché úvaze lze spojit vnímání zdravotního stavu v doménách *Bolest, Mentální zdraví, Vitalita a Všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu* u ženského souboru s úlohou optimálně fungující matky. Pokud jedna z těchto domén bude vykazovat nižší hodnoty, bude žena v mateřské úloze zřejmě značně omezena. Každopádně je nutno zdůraznit, že nebyla zjištěna jediná doména, ve které by byl zaznamenán pokles kvality života po absolvování léčby u části mužské i části ženské oproti kvalitě života před léčbou. Proto by bylo vhodné přehodnotit a znovu zvážit změny provedené vládními institucemi a zdravotními pojišťovnami, které omezují a ruší příspěvkovou lázeňskou léčbu, mající prokazatelné benefity jak u mužů, tak u žen postižených dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem na základě jednoho z onemocnění indikační skupiny č. VII lázeňské léčby. Tvrzení, které hovoří, že takto definovaná onemocnění nelze vyléčit, ale pouze léčit, je třeba podpořit faktem, který hovoří ve prospěch účinné a efektivní léčby pomocí lázeňské terapie.

5 ZÁVĚR

V bakalářské práci byl stanoven jeden hlavní cíl - zjistit, jaké jsou rozdíly mezi kvalitou života u mužů a žen disponovaných nemocí ze skupiny č. VII lázeňské léčby a konkretizovat je. Během dotazníkového šetření bylo osloveno 15 mužů a 15 žen, jejichž základní onemocnění spadalo pod indikační skupinu č. VII lázeňské léčby. Tato skupina vyplnila dotazník před absolvováním lázeňské léčby a totožný dotazník 3 měsíce po ní. Návratnost obou dotazníků činila 83 %, na jejímž základě byl výzkum statisticky vyhodnocen.

V souvislosti s hlavním cílem bakalářské práce: *„Zjistit, jaké jsou rozdíly mezi kvalitou života u mužů a žen disponovaných nemocí ze skupiny č. VII lázeňské léčby a konkretizovat je“*, byla stanovena hypotéza, konkrétně: *„Kvalita života u žen s chronickým onemocněním zařazeným do indikační skupiny č. VII je horší, než u stejně nemocných mužů“*. Hypotézu se však tímto výzkumem nepodařilo verifikovat. Pro její zamítnutí hovoří data, znázorněná v tabulkách č. 4, 5, 6 a 7 a grafech č. 4 a 5, která vypovídají, že ženy mají před absolvováním lázeňské léčby vyšší kvalitu života, než muži. Ani po absolvování lázeňské léčby nelze tvrdit, že muži mají lepší kvalitu života. U mužů sice došlo ke zlepšení kvality života nejmarkantněji, ale to pouze v jedné doméně a to *Fyzické omezení rolí*. Avšak včetně této domény došlo u mužů k vyšším hodnotám kvality života ve srovnání s ženami v doménách *Fyzické funkce*, *Emoční omezení rolí a Sociální funkce*. Ženy vykazovaly vyšší hodnoty kvality života také u 4 domén, avšak naprosto odlišných a to v doménách *Bolest*, *Duševní zdraví*, *Vitalita* a *Všeobecné vnímání vlastního zdravotního stavu*. Nelze tedy přesně určit pomyslnou převahu v kvalitě života, což je zřejmě dáno rozdílným vnímáním zdravotního stavu mezi pohlavími.

I přes neúspěch ve verifikaci hypotézy se pomocí výsledků podařilo cíl práce naplnit a zjistit fakt, který prokazatelně vypovídá o zvyšování kvality života u obou pohlaví ve všech 8 doménách dotazníkového nástroje SF 36 kvality života po absolvování lázeňské léčby v Bertiných lázních v Třeboni. Je tedy možno tvrdit,

že lázeňská léčba, prováděná v Bertiných lázních v Třeboni je pro subjektivní vnímání zdravotního stavu marginálním přínosem.

6 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. BERTINY LÁZNĚ TŘEBOŇ. [online]. © Bertiny lázně Třeboň, s.r.o. & yconix.com. [cit.2013-3-23]. Dostupné z: <http://www.berta.cz/cz/nase-lecba/indikace>
2. BROSKOVICSOVÁ, Monika a Martina ROSENKRANZOVÁ. *Bechtěrevova nemoc - ankylozující spondylartritida*. Sestra, 2010. ISSN 12100404.
3. ČESKO. Sbírka zákonů č. 267 ze dne 27. Července 2012 o stanovení Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči o dospělé, děti a dorost. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 91, s. 3443-3520.
Dostupné z:
http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=267/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
4. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257–1289. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
5. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 9788024601397.
6. DOLANSKÝ, Hynek. *Hodnocení kvality poskytovaných lázeňských služeb očima pojištěnce a revizního lékaře*. *Revizní a posudkové lékařství*, 2010. ISSN 12143170.
7. GILLERNOVÁ, I., V. KEBZA a M. RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 9788024727981.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 8087109198.
9. HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 8071788201.

10. HULE, Miroslav a Marek ZEMAN. *Průvodce lázeňského hosta Třeboní*. Třeboň: Carpio, 2006. ISBN 8086434141.
11. JANDOVÁ, Dobroslava. *Balneologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 9788024728209.
12. JANÍČEK Pavel. *Ortopedie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2001. ISBN 8021025352.
13. KALOVÁ Hana, *Biologické, psychologické a sociální dimenze kvality života u handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Její rozdíly podmíněné pohlavím*. České Budějovice, 2004. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
14. KALOVA, H., P. PETR a J. BICAN. *Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Jejich rozdíly podmíněné pohlavím. Folia Phoenix*, 2005. ISSN 1801106.
15. KASÍK, Jiří. *Vertebrogenní kořenové syndromy: Diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 2002. ISBN 8024701421.
16. KOLÁŘOVÁ, J., KOLÁŘOVÁ, I. *Lázně ve světle 21. století. Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2009. ISSN 12112658.
17. KOUKOLA, Bohumil a Jiří MAREŠ. *Psychologie zdraví a kvalita života: sborník přednášek z celostátní konference s mezinárodní účastí ve Vernířovicích u Šumperka*, 2006. ISBN 8086633667.
18. KOZLOVÁ, Lucie a Veronika KUBELOVÁ. *Jak psát bakalářskou/diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JCU 2008. ISBN 9788073941123.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 8024701790.
20. LÁZEŇSKÁ PÉČE., 2011. Praha: ÚZIS ČR. ISBN 9788072809219. [online]. © ÚZIS ČR / IHIS CR 2010. [cit. 2013-01-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/lazenska-pece-2011>
21. MEDICÍNA. CZ, *Indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost*. [online]. 2001 [cit. 2012-11-08]. 4 s. Dostupné z: http://nova.medicina.cz/files/ind_sez.htm#a7

22. OKLEYOVÁ, Ann a Marie ČERMÁKOVÁ. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071784036.
23. OLEJÁROVÁ, Marta. *Revmatologie v kostce*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 9788073871154.
24. PAVELKA, Karel. *Farmakoterapie revmatických onemocnění*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 8024704595.
25. PAVELKA, Karel. *Revmatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 9788072626885.
26. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 8072546570.
27. PETR, P. et al., *Hodnocení výsledků balneoterapie pomocí indexu HRQoL- Lázně Aurora, s.r.o., Třeboň*. Kontakt 5. České Budějovice: ZSF JCU, 2003. ISSN 12124117.
28. PETR, P., H. KALOVÁ a V. VURM. *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. In Kvalita života v balneologii*. 1. vyd. České Budějovice: Inpress, 2004. ISBN 809034271X.
29. PETR, P., ZÁŠKODNÝ, P., VONDROUŠ, P., SOUKUPOVÁ, A., KALOVÁ H., *Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“ („HRQoL“)*, Kontakt: 3, 2001. ISSN 1212-4117.
30. PETR, Petr a Hana KALOVÁ. *Hodnocení kvality života jako nástroj k posouzení účinnosti balneoterapie.*, Nemocniční zpravodaj Nemocnice České Budějovice. Ročník 13, 2002.
31. PETR, Petr. *Dotazník SF - 36. O kvalitě života podmíněné zdravím*. Kontakt č.1, ročník 2, 2000, ZSF JU, České Budějovice. ISSN 12124117.
32. PETR, Petr. *Kvalita života v balneologii*. Praha: Inpress, 2004. ISBN 809034271X.
33. PHILLIPS, David. *Quality of Life: Concept, Policy and Practice*. Routledge, 2012. ISBN 9781134349340.
34. RAUDENSKÁ, Jaroslava, a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024722238.

35. SEVERINOVÁ, Eva. *Kvalita života Health Related quality of Life (HRQoL) u chronických onemocnění s přihlédnutím k pohlaví/gender*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
36. SOBOTÍK, Zdeněk. *Zdravotnictví v České Republice. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví*, 1998, roč. 1, 1-2. ISSN 12136050. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/Archiv/1998/1-2/14.pdf>.
37. SOSNA, A., P. VAVŘÍK a M. KRBEC a kol. *Základy ortopedie*, 1. vyd., Praha: Triton, 2001, ISBN 8072542028.
38. STRÁNSKÝ, Miroslav a Lydie RYŠAVÁ. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010. ISBN 9788073942410.
39. PETR, P., H. KALOVÁ a B. JANEČKOVÁ a kol. *Stříbrná stuha Lipenská*. Frymburk: 2009. ISBN 9788025444535.
40. SUKDOLOVÁ, Markéta a Petr PETR, P. *Kvalita Života obecně a kvalita života v souvislosti se zdravotním stavem. In Kvalita života v balneologii*. 1. vyd. České Budějovice: Inpress, 2004. ISBN 809034271X.
41. ŠPIŠÁK, Ladislav a Zdeněk RUŠAVÝ. *Klinická balneologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 9788024616544.
42. VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 8021037547.
43. VYSKOČIL, Václav. *Osteoporóza a ostatní nejčastější metabolická onemocnění skeletu*. Praha: Galén, 2009. ISBN 807262637X.
44. WHO. *Who.int* [online]. 2013 [cit. 2013-3-10]. Dostupné z: <http://www.who.int/en/>.
45. ZACHAROVÁ Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 8024740621.

46. ZEMAN, Marek. *Klasifikace pacientů s Bechtěrevovou chorobou dle ICF*. České Budějovice, 2010. Disertační práce (Ph.D.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
47. ZVONÍKOVÁ, A., L. ČELEDOVÁ a R.ČEVELA R., ZVONÍKOVÁ, A. *Základy posuzování invalidity*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024735351.

7 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník SF 36 o kvalitě života podmíněné zdravím.

DOTAZNÍK SF – 36 O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

Návod: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Identifikace respondenta

Datum narození:		<i>dd-mm-rrrr</i>
Pohlaví:	muž / žena	<i>nehodící se škrtněte</i>
Typ intervence:		<i>(položka z indikačního seznamu) vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
Nemoc/stav :		<i>(položka ze seznamu nemoci)vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní-střední- vysokoškolské	<i>Nehodící se škrtněte</i>

Odpovězte na každou z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

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

(zakroužkujte jedno číslo)

- | | |
|-------------|---|
| Výborné | 1 |
| Velmi dobré | 2 |
| Dobré | 3 |
| Dostí dobré | 4 |
| Špatné | 5 |

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem	1
Poněkud lepší než před rokem	2
Přibližně stejné jako před rokem	3
Poněkud horší než před rokem	4
Mnohem horší než před rokem	5

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé

řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	A no, 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 posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení 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 kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby	1	2	3

4. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo při běžné denní činnosti) v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo běžné denní činnosti) v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

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

Jak často v předchozích 4 týdnech –

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6

b. jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pocíťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pocíťoval(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

10. Uveďte, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže

Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?

(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

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

	Jistě ano	Spíše ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji než jiní 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

Během dnešního dne užívám tyto léky:

Název/ síla v miligramech	Ráno	Poledne	Večer
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Datum:
