

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Vztah indexu kvality života a některých demografických údajů  
u pacientů s Bechtěrevovou chorobou  
(rigorózní práce)**

Datum odevzdání:  
30. 7. 2009

Autor:  
Mgr. Marek Zeman

## **Relation between Quality of Life index and some demographic data collected from patients with Bechterew's disease**

The dissertation studies the quality of life of the patients suffering from Bechterew's disease (Ankylosing Spondylitis) who underwent a complex four-week cure at Berta Health Spa in Třeboň from January 1st to December 31st, 2008.

There is an effort to specify the term Quality of Life in the theoretical part, as well as explain general approaches to the evaluation of Quality of Life in terms of psychology, sociology and medicine. The thesis reports on basic conceptions of SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), i.e. individual attitude to the evaluation by setting five most important life areas (life goals), including the percentage rate showing the measure of satisfaction and importance the respondents attribute to each one. The diagrams and detailed comments show the methodology of the data evaluation.

Several hypotheses were suggested that there were statistically significant correlations between Quality of Life index and demographic data like sex, age, place of residence, marital status, employment, and degree of Bechterew's disease, smoking or BMI value. To prove the hypotheses true or false we used quantitative methods of research, interviews with the respondents aimed to detect their quality of life using the SEIQoL method and subsequently we analysed the data in the respondents' medical documentations.

Statistical descriptions were made, including the Chi-Square distribution and Mann-Whitney non-parametrical tests, Spearman's correlation coefficients were counted. Based on the data evaluation all the hypotheses have been disproved.

The thesis may be used in public education in order to increase the general awareness in the area of quality of life. But mainly, it can be viewed as a rather controversial contribution to the dispute how to implement different exploratory methods in the evaluation of quality of life.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma **Vztah indexu kvality života a některých demografických údajů u pacientů s Bechtěrevovou chorobou** vypracoval 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 rigorózní práce, a to v nezkrácené podobě vpuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou **ve veřejně přístupné části databáze STAG** provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 30. 7. 2009

-----  
podpis autora rigorózní práce

Poděkování:

Chtěl bych na tomto místě vyjádřit upřímné poděkování:

**Prof. MUDr. Pravoslavu Stránskému, CSc.**, za statistické zpracování výstupů dat a cenné připomínky,

**Prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., dr. h. c.**, za cenné připomínky k obsahové a metodologické stránce práce,

**Mgr. Jaroslavě Lhotské**, za kritické připomínky k jazykové a stylistické stránce práce a anglický překlad abstraktu,

**vedení Bertiných lázní** za umožnění výzkumu a **všem respondentům** za spolupráci,

a v neposlední řadě mé laskavé **manželce Hance** za trpělivost a porozumění.

## Obsah

Úvod .....	6
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>7</b>
1.1 Kvalita života.....	9
1.1.1 Historické přístupy.....	10
1.1.2 Definice kvality života.....	11
1.1.3 Přístupy k hodnocení kvality života.....	13
1.1.4 Nástroje měření.....	14
1.1.5 Modely a faktory kvality života.....	18
1.1.6 Osobní pohoda (well-being) ve vztahu ke kvalitě života .....	23
1.1.7 Životní spokojenost.....	26
1.2 Bechtěrevova choroba.....	27
1.2.1 Příčina a vznik .....	28
1.2.2 Projevy nemoci .....	29
1.2.3 Stádia nemoci.....	30
1.2.4 Potvrzení diagnózy a léčba .....	31
1.2.5 Možnosti ergoterapie a kompenzační pomůcky .....	34
1.2.6 Prognóza a prevence .....	34
1.2.7 Pohled fyzioterapeuta .....	35
<b>2 Cíl práce a hypotézy .....</b>	<b>40</b>
<b>3 Metodika.....</b>	<b>41</b>
3.1 Metodologie SEIQoL.....	41
3.2 Vyhodnocení konceptu SEIQoL.....	44
3.3 Způsob zpracování dat .....	46
3.4 Charakteristika zkoumaného souboru.....	50
3.4.1 Pohlaví .....	50
3.4.2 Věk.....	51
3.4.3 Bydliště .....	54
3.4.4 Stav .....	55
3.4.5 Zaměstnání.....	57
3.4.6 Stupeň ankylozující spondylitidy (AS).....	58
3.4.7 Kouření .....	60
3.4.8 Hodnota BMI .....	61
3.4.9 Závislost mezi jednotlivými proměnnými .....	63
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>69</b>
4.1 Kvalita života v závislosti na pohlaví.....	70

4.2	Kvalita života v závislosti na věku .....	71
4.3	Kvalita života v závislosti na místě bydliště.....	75
4.4	Kvalita života v závislosti na stavu.....	78
4.5	Kvalita života v závislosti na zaměstnání .....	80
4.6	Kvalita života v závislosti na stupni AS .....	82
4.7	Kvalita života v závislosti na kouření.....	84
4.8	Kvalita života v závislosti na BMI .....	86
<b>5</b>	<b>Interpretace výsledků a diskuse .....</b>	<b>89</b>
5.1	Hodnocení kvality života .....	89
5.2	Kvalita života u jednotlivých proměnných.....	90
5.3	Reforma zdravotnictví .....	93
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>96</b>
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>98</b>
<b>8</b>	<b>Klíčová slova.....</b>	<b>105</b>

## Úvod

Problematikou kvalitního a šťastného života se zabývá značné množství prací z nejrůznějších oblastí lidského poznání. Dosud ale nebyla vytvořena jednotná definice ani teoretický základ kvality života. Vzhledem k multidimenzionálnímu a subjektivnímu charakteru není ani možné vytvořit obecně platnou definici tohoto konceptu. Kvalitu života je nutno chápat vždy v kontextu určitého projektu a je vymezena účelem měření.

Společné všem přístupům je **hledání faktorů a jejich interakcí**, které přispívají k pocitu štěstí. V mnoha vyspělých státech je hodnocení kvality života považováno za jeden z významných ukazatelů léčebně preventivní péče. V našich podmínkách však stále ještě představuje poměrně opomíjenou oblast. Moderní pojetí kvality života získalo výraznější prostor až ve 20. století. Medicína a psychologie se začíná touto problematikou zabývat později než jiné obory. Od 50. let, kdy Světová zdravotnická organizace rozšířila definici zdraví o duševní a sociální pohodu a tím vyvolala diskuze o jeho měřitelnosti, se zkoumání tohoto konceptu dynamicky rozvíjí a jeho důležitost je obecně uznávána. **V původních koncepcích** měření kvality života jednoznačně **převládá objektivistický přístup**, který kladl důraz na exaktně měřitelný zdravotní stav pacienta.

Během posledních let získává na významu **subjektivní** pohled pacienta na jeho vlastní život. Cílem této práce je přispět k lepšímu pochopení některých souvislostí kvality života. Jedná se o velmi obsáhlou a rychle se rozvíjející oblast, a proto nemůže být tato práce vyčerpávajícím přehledem. Důvodem volby tohoto tématu bylo zejména poukázat na to, že jedině bio-psycho-sociální a spirituální pohled na pacienta s identifikací jeho subjektivně vnímaných potřeb je cestou k efektivní terapii a péči. Získané výsledky se tak mohou stát podnětem k zamyšlení nad stávajícím systémem lékařské a psychologické péče a nad možnostmi jejího zkvalitnění.

Pevně věřím, že má práce přinese **užitek a radost z poznání** nejen mně ale i všem, kdo se o otázky kvality života zajímají.

## 1 Současný stav

Bechtěrevova choroba postihuje přibližně 0,1 % populace v ČR. Na průměrnou léčbu jednoho pacienta se ročně vynakládá přibližně 800 tisíc korun. Při léčebných možnostech současné medicíny není tato choroba však bohužel zcela vyléčitelná.<sup>1</sup>

Pacienti s Bechtěrevovou chorobou jsou, s trochou nadsázky, „snadným terčem“ nej-různějších **výzkumů**, zkoumajících kvalitu jejich života. Tyto výzkumy se provádějí nejčastěji kvantitativními dotazníkovými metodami. Naprostá většina dotazníků je koncipována tak, aby ozřejmila **aktuální zdravotní stav** respondenta, osobní a další anamnézy, afinitu respondenta k pohybu, resp. k rehabilitaci, jeho případné obtíže při běžných denních činnostech jako je oblékání, chůze do schodů, hygiena apod. Nejsem si úplně jist, jestli velké množství podobně konstruovaných dotazníků není ve svém důsledku pro vědecký výzkum **kontraproduktivní**. Vyhodnocení odpovědí na stále se opakující otázky **nepřináší** podle mého názoru **mnoho nového** při pohledu na pacienta s Bechtěrevovou chorobou. I respondent vyplňující takový typ dotazníků může často zapochybovat o jejich smyslu a hlavně využití. Krom toho, pouze biologické pojetí nemoci je svým způsobem redukování člověka na pouhý organismus, jehož jednotlivé orgány, resp. jejich funkce je nutno zkoumat.<sup>2</sup>

V pohledu na pacienta by měl být zachován tzv. **bio-psycho-sociální přístup**, tj. respektování všech ostatních faktorů, např. psychických, sociálních, kulturně antropologických či religiálních, které s medicínou sice zdánlivě nesouvisí, ale na rozvoj, průběh či vyléčení daného onemocnění mají často významný vliv.

V současnosti ve světě existují tisíce článků a stovky publikací, které se různými aspekty či stránkami kvality života zabývají. Při vymezování pojmu kvality života, postihování existencionálních a sociálních, subjektivních a objektivních stránek však pánuje **nejednotnost a nejednoznačnost**. Zcela zřetelně v této oblasti chybí obecně přijímaný a teoreticky propracovaný model, univerzálně platná definice, metodologická

---

<sup>1</sup> HRBA, J. Ankylozující spondylitida (Bechtěrevova nemoc). In *Vnitřní lékařství – Revmatologie*. Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80-7262-145-9.

<sup>2</sup> DANZER, G. *Psychosomatika*. Praha: Portál, 2001. 248 s. ISBN 80-7178-456-7



shoda. Nicméně, kvalita života se stává celostním pojmem a zaznamenáváme vzrůstající intenzivní snahy o sofistikované definování jejího obsahu.

Bohužel v medicíně a ve zdravotnictví je **těžiště** zkoumání kvality života stále **nejčastěji posunuto** do oblasti **psychosomatického a fyzického zdraví**. Nejčastěji používaným hodnotícím konceptem je zde **HRQoL** (Health Related Quality of Life), tj. kvalita života podmíněná zdravím. Standardizované dotazníky shrnují subjektivní a současně kvantifikovatelná měření jednak vnímání zdraví, jednak chodu životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře.<sup>3</sup> Nejčastěji se zde používá jakýsi „zlatý standard“, dotazník SF-36, který je velmi obecně zaměřen a je doporučován především ke zjišťování dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života pacientů.<sup>4</sup> Koncept HRQoL je v medicínských výzkumech opravdovým „monopolem“ a někdy možná až trochu nekriticky nadhodnocuje svůj význam. Ve svých tezích např. tvrdí, že rozhodujícím vztahem mezi kvalitou života a zdravotním stavem je právě přímá závislost kvality života na zdraví jedince.<sup>5</sup>

Neméně důležitou roli však při pojetí kvality života hrají i **psychologické aspekty**. Psychologické pojetí kvality života se vztahuje ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým.<sup>6</sup> Příkladem je níže popsáný koncept **SEIQoL** (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) tj. program hodnocení individuálně chápané kvality života. K pojetí kvality života se zde přistupuje tak, jak ji subjektivně vidí, resp. chápe nebo definuje ten, kdo je dotazován.

Řada lékařů, zabývajících se tzv. psychosomatickou medicínou poukazuje na to, že u řady onemocnění by zlepšení životního stylu, správná životospráva, ale také vyřešení osobních problémů a konfliktů u pacientů mohlo pomoci daleko lépe a důkladněji než

---

<sup>3</sup> VURM, V.; PETR, P.; KALOVÁ, H. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Kontakt*, 2002, roč. 4, č. 2-3. ISSN 1212-4117.

<sup>4</sup> HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

<sup>5</sup> PETR, P. a kol. Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím (HRQOL)“. *Kontakt*, 2001, roč. 3, č. 3. ISSN 1212-4117.

<sup>6</sup> KRÍVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.

klasická medikamentózní léčba. Psychická složka se zkrátka účastní každého onemocnění, ať si to uvědomujeme nebo ne.<sup>7</sup>

Už z tohoto důvodu by nás subjektivní, psychologické pojetí, při hodnocení kvality života v medicíně, které je nosnou myšlenkou konceptu SEIQoL, mohlo zajímat. V nej-různějších odborných periodikách prozatím totiž zdravotnické pojetí kvality života stále převažuje, především publikace výzkumů užívajících koncept HRQoL jsou ve velké „přesile“. Např. na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity se za posledních pět let publikovalo na téma kvalita života přibližně 20 prací (převážně diplomových a bakalářských), které používají koncept HRQoL, a jen asi 5 prací s použitím ostatních konceptů. **Popularizování** těchto ostatních konceptů, mimo jiné i metody SEIQoL tedy může být vítaným prvkem k **teoretickému prohlubování studia kvality života** i příspěvkem do diskuze o **objektivizaci** hodnocení kvality života jako takové.

### **1.1 Kvalita života**

Smyslem existence člověka se čím dál víc stává život sám. Symbolizuje přechod civilizace od extenzivního k intenzivnímu a zejména od kvantitativního ke kvalitativnímu.<sup>8</sup> Od druhé poloviny minulého století se začíná pojem kvality života objevovat a zkoumat v různých vědních disciplínách. Předmětem zájmu byla **z počátku** především **materiální stránka života** společnosti jako celku (založené na objektivizovaném pojetí kvality života), postupně však můžeme zaznamenat sílící proud výzkumu nematerialistické stránky a **posun k subjektivnímu** vnímání a hodnocení kvality života samotného individua.<sup>9</sup>

Kvalita života je složitý a velmi široký pojem. Je těžko uchopitelný pro svou **multi-dimenzionalitu** a **komplexnost**. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život

<sup>7</sup> HONZÁK, R. *Základy psychologie*. Praha: Galén, 2006. 132 s. ISBN 80-7262-377-X.

<sup>8</sup> GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

<sup>9</sup> RAPPLEY, M. Quality of Life Research: A Critical Introduction. *Quality of Life Research*, 2004, Vol. 13, Issue 5, s. 1021-1024. ISSN 0962-9343.

člověka. Komplexní pohled na život postihuje jak vnější podmínky, tak i vnitřní rozměry člověka. Je také třeba brát v úvahu jeho vývoj, proměny v prostoru a času, společenské souvislosti, historické a kulturní kořeny, civilizační i generační změny. Významnou roli v pojmání kvality života sehrálo i nadále sehrává náboženství a víra. Nejen jejich zásady a pravidla, ale i fakt, že jsou lidé (jako příjemci daných ideologií) často nabádáni k potlačování vlastních potřeb a že hodnoty a smysl žití jsou posouvány mimo reálný svět.<sup>10</sup>

### ***1.1.1 Historické přístupy***

Otázkou kvality života se zajímali lidé od pradávna. J. Bergsma, holandský psycholog z univerzity v Utrechtu, k problému kvality života píše: „Co lidé existují, byli vždy schopni zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení. Byla i zdrojem jejich inspirace nejen toho, co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo“.<sup>11</sup>

Nejvýraznější studijní zájem o otázky kvality života šel cestou filozofickou, resp. etickou. Šlo o otázky dobrého v protikladu k špatnému životu. Setkáváme se s nimi již v antice, kde byl výrazně formulován směr zvaný **hedonismus** („hedoné“ znamená slast, a v tomto smyslu pak i štěstí). Obecně řečeno, dobře a šťastně žije ten, kdo si v bohaté míře užívá smyslovými cestami přicházejících slastí.<sup>12</sup>

Kvalita života je dále též zakořeněna v osvícenském myšlení 18. století. Důraz je kladen hlavně na jedince. Klíčovými hodnotami se stávají štěstí a seberealizace. Společnost se v té době bere jako prostředek k vytváření příznivých podmínek pro život občanů. Toto přesvědčení se manifestuje v **utilitaristické** etice, která požaduje „co největší štěstí pro co nejvíce lidí“.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> MACHOVEC, M. *Smysl lidské existence*. Praha: Akropolis, 2005. 128 s. ISBN 80-7304-046-8.

<sup>11</sup> BEGSMA, J. Quality of life: does measurement help? *Health Policy*, 1988, Vol. 10, Issue 3, s. 267-279. ISSN 0168-8510.

<sup>12</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

<sup>13</sup> TUGENDHAT, E. *Přednášky o etice*. Praha: Oikoymenth, 2004. 311 s. ISBN 80-7298-086-6.

V poválečné době se tento termín znovu objevil v **politickém kontextu** v USA, kdy se v 60. letech 20. století tehdejší americký prezident L. B. Johnson v jednom ze svých projevů zmínil o zlepšování kvality života Američanů. Měl tím na mysli fakt, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvantita spotřeby, ale skutečnost, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije.<sup>14</sup> V 70. letech zase německý politik Willy Brandt postavil politický program německé sociální demokracie na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany.

Uvedená pojetí a řada dalších, obdobných moderních pojetí vychází z empirie, tedy ze smyslově dané zkušenosti. Vedle nich existují pojetí, která dobro chápou **zcela odlišně**. Příkladem takového pojetí, které nevychází ze smysly zprostředkovaných slastí, ale z rozumu, může být pojetí, s nímž se setkáváme již u Sokrata a které mistrně vypracoval **Immanuel Kant**. Kant odlišil vnímání od vlastní kognitivní činnosti, tedy myšlení. To považoval pro člověka za specifické, neboť myšlení (rozum) překračuje smysly (vnímáním) danou rovinu poznání. Jinak řečeno: všiml si toho, že člověk není jen empirickou (zážitky definovanou) bytostí, ale i bytostí myslící.<sup>15</sup> Tuto druhou rovinu, která empirickou rovinu překračuje (transcenduje), chápal Kant jako oblast či **sféru duchovní**. V tomto smyslu hovořil pak i o duši. Z té podle něj vycházejí určité principy, které řídí naše jednání. Ty mohou být dobré nebo špatné, a tedy vést k dobrému (kvalitnímu) či špatnému (nekvalitnímu) životu.

### **1.1.2 Definice kvality života**

Kvalita života je velice široký a **nejednoznačně definovaný** pojem. Ačkoliv chybí jasná shoda o jeho obsahu, nabývá stále více na významu a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života. Slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského základu „qualis“ což znamená „jaký“. Kvalitou se tedy rozumí určitá jakost, resp. hodnota, tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného

---

<sup>14</sup> HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 629. ISBN 80-7254-657-0.

<sup>15</sup> KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990. 129 s. ISBN 80-205-0152-5.

celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka).<sup>16</sup>

**Světová zdravotnická organizace**, konkrétně její odbor duševního zdraví a prevence, definuje kvalitu života jako individuální vztah člověka k jeho vlastním životním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům.<sup>17</sup> Kvalita života v tomto pojetí zahrnuje jak stav jeho tělesného zdraví, tak i jeho psychický stav, míru jeho svobody a úroveň nezávislosti na okolí, jeho sociální vztahy i jeho přesvědčení a víru. To vše je chápáno ve vztahu k charakteristikám prostředí, v němž jedinec žije. Kvalita života tak vyjadřuje subjektivní hodnocení těchto dimenzí a bere v úvahu daný kulturní, sociální a enviromentální kontext.<sup>18</sup>

**CHP** (Center for Health Promotion – Centrum pro podporu zdraví) při kanadské University of Toronto definuje kvalitu života jako „míru nebo stupeň spokojenosti člověka s možnostmi, které mu jeho život nabízí“.<sup>19</sup>

Kvalita života bývá často definována ve spojitosti s **medicínským přístupem**, tedy s pojetím nemoci a zdraví. Do tohoto pojetí spadá definice kvality života jako multidimenzionálního konstrukt zahrnujícího fyzickou, emoční, psychickou a sociální složku zdraví a fungování tak, jak jsou vnímány samotným pacientem.<sup>20</sup> Pojem kvality života je ve své podstatě **rozšířením pohledu na zdraví**, které není chápáno jen v mezích somatických indikátorů, ale klade důraz na také na to, jak se pacient tělesně a duševně cítí a jak zvládá běžné každodenní situace. Tato definice má však blíže k objektivnímu hodnocení samotného zdraví a bude ještě zmíněna v části metod hodnotících kvalitu života.

**Kvalita života je konstrukt**, který zasahuje různé oblasti a roviny zkoumání lidského života, lze na něj pohlížet od subjektivního charakteru hodnocení kvality života jedince až po objektivní podmínky života velkých sociálních skupin, z hlediska ekono-

---

<sup>16</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.

<sup>17</sup> WHO QoL Group. *Measuring quality of life*. [online]. © 2007. [cit. 2007-03-04]. URL: <[http://www.who.int/entity/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/68.pdf)>.

<sup>18</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.

<sup>19</sup> CHP QoL Concepts. The quality of life model. [online] © 2008. [cit. 2008-03-03]. URL: <<http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>>.

<sup>20</sup> GOPPOLDOVÁ, E., DRAGOMIRECKÁ, E., MOTLOVÁ, L., HÁJEK, T. Hodnocení subjektivní kvality života psychiatrických pacientů v závislosti na pohlaví. *Psychiatrie*, 2005, roč. 9, č. 4. ISSN 1211-7579.

mického, kdy jde zejména o objektivní složky kvality života materiálního zabezpečení a vnější podmínky, dále z hlediska politického, z pohledu sociologie či psychologie, kde je ve středu zájmu spíše subjektivní hodnocení kvality života, či z pohledu lékařství, kde je kvalita života spojována s pojmy zdraví, nemoc a úroveň či účinek zdravotní péče.<sup>21</sup>

Ve výše zmíněných přístupech tedy **převažuje důraz na subjektivní zhodnocení** kvality života jedincem, neboť různí autoři se shodují na tom, že snažíme-li se postihnout kvalitu života jedince, nelze tak činit pouze z objektivního hlediska. Je nutné zahrnout také subjektivní vnímání kvality života, i kdyby mělo jít pouze o subjektivní zhodnocení objektivních indikátorů.<sup>22</sup> Objektivní a subjektivní indikátory kvality života totiž nemusí být vždy v souladu a lidé, kteří „vykazují“ více objektivních faktorů pro kvalitu života ji subjektivně často hodnotí jako nižší než lidé, u kterých je tomu naopak.<sup>23</sup> Často se tak děje i ve stejné oblasti, např. finančně dobře zabezpečený člověk není se svojí finanční situací subjektivně spokojen apod.

### ***1.1.3 Přístupy k hodnocení kvality života***

Samotný pojem a definice kvality života se objevily **nejprve v souvislosti s lékařstvím**, stejně tak i metody pro zjišťování kvality života byly vyvinuty nejprve pro pacienty, osoby procházející lékařskými intervencemi, které sloužily pro ověření efektivity léčebných metod či jejich stanovení.<sup>24</sup> Později byl zahrnut i širší rámec lidského života. Navíc řada studií prokázala, že pro kvalitu života jsou zásadní i další faktory, jako např. subjektivní prožívání smyslu života, spokojenost s dosahováním svých cílů apod., jak již bylo rozvedeno výše. Dalším podstatným faktem je, že jednotlivé **dimenze** kvality života **mají** pro každého jedince **odlišnou závažnost** a důležitější pro

---

<sup>21</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

<sup>22</sup> LAND, K. Models and indicators. *Social forces*, 2001, vol. 80, Issue 2, s. 381-410. ISSN 0037-7732.

<sup>23</sup> CUMMINS, R., A. Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 2000, Vol. 52, Issue 1, s. 55-72. ISSN 0303-8300.

<sup>24</sup> HNILICA, K. Konflikt hodnot a kvalita života. *Československá psychologie*, 2000, roč. XLIV, č. 5. ISSN 0009-062X.

hodnocení kvality života jedince je jeho vlastní stanovení priorit oblastí kvality života, méně důležitý se pak jeví vnější systém hodnot.<sup>25</sup>

Tím se již dostáváme k další otázce, a to, **jakým způsobem kvalitu života zjišťovat** z hlediska objektivního či subjektivního posouzení jejích dimenzí a zdali je možné vůbec kvalitu života změřit. Kvalita života je mnohými považována za mnohorozměrný, subjektivní a dynamický ukazatel, v psychometrii označovaný jako konstrukt, který lze měřit pouze nepřímo v malém počtu časových intervalů.<sup>26</sup> Je možné měřit kvalitu života objektivními i subjektivními metodami, prostřednictvím vyjádření druhé osoby nebo přímo hodnocením dané osoby. Nástrojů je velmi mnoho, např. v internetové databázi metodik kvality života The Quality of Life Instruments Database (QOLID), se momentálně nachází přes 600 nástrojů pro zjišťování kvality života.<sup>27</sup>

#### **1.1.4 Nástroje měření**

Vzhledem k velkému množství metod pro měření kvality života není možné v této práci uvést zdaleka všechny nástroje, které se v současnosti používají. Bude proto uvedeno jen několik základních metod, přičemž vycházíme z přehledu podaného Křivohlavým.<sup>28</sup> Zaměříme se spíše na typy nástrojů, než na výčet konkrétních metod. Zmíněný autor uvádí **3 kategorie**, podle nichž metody třídí. Jsou to: I. Metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba, II. Metody, kde hodnotitelem je sama daná osoba a III. metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

#### **I. Metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba**

Do této skupiny patří celá řada metod. Předchůdcem všech koncepcí této skupiny byly tzv. **rejstříky zdravotního stavu** (Health State) daného pacienta, případně souboru

---

<sup>25</sup> HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum, 2002. 304 s. ISBN 80-7184-580-90.

<sup>26</sup> DŽUKA, J. Kvalita života a subjektivna pohoda – teórie a modely, podobnosť a rozdiely. In *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. ISBN 80-8068-282-8.

<sup>27</sup> [online]. URL: < <http://www.proqolid.org/> >.

<sup>28</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.

jeho zdravotních problémů. Zdokonalenou formou jsou tzv. **HSP** - Health State Profiles - Profily zdravotního stavu pacienta. Šlo v nich o pokus nastínit zdravotní stav pacienta tak, jak je viděn z ryze lékařského, obecně fyziologického hlediska. Příkladem novějšího přístupu, který se pokouší vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii a takovýmto způsobem „měří“ vážnost nemoci může být metoda nazvaná Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu - **APACHE II**. (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Myšlenka této metody je odvozena z předpokladu, že na vážnost onemocnění je možno usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního.<sup>29</sup> Takto se měří odchylky od všech abnormálních fyziologických funkcí a výsledek se vyjadřuje číselně. V pozadí tohoto přístupu je předpoklad, že pravděpodobně existuje vyšší míra korelace mezi takovýmto údajem o vážnosti nemoci a úmrtností pacientů.

K dalším často používaným systémům zaznamenávání kvality života pacientů patří systém **QoL of the patient**.<sup>30</sup> Ten posuzuje kvalitu života dle předem stanovených kritérií jako jsou - pracovní schopnost pacienta, fyzická nezávislost na druhých lidech (cizí pomoci), finanční situace, způsob trávení volného času, bolesti, nepohodlí, nálada, vědomí pacienta o následcích jeho nemoci, komunikace s okolím a vztah s jeho primární sociální skupinou (přáteli a rodinou).

Nejnámějším konceptem v této skupině je **HRQoL** (Health Related Quality of Life) tj. kvalita života podmíněná zdravím. Standardizované dotazníky shrnují subjektivní a současně kvantifikovatelná měření jednak vnímání zdraví, jednak chodu životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře.<sup>31</sup> Umožňuje zjišťovat a hodnotit potřebu sociálních intervencí (a zároveň vytvořit nástroj pro hodnocení jejich účinnosti) u osob v remisi chronických onemocnění nebo drogové závislosti nebo i u osob jinak minoritně sociálně vymezených ve srovnání se široce chápanou zdravou populací.<sup>32</sup> Nejčastěji se

---

<sup>29</sup> KNAUS, W, DRAPER, E, WAGNER, D. APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 1985, vol. 13, s. 818–829. ISSN 0090-3493.

<sup>30</sup> SPITZER, W, DOBSON, A, HALL, J. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*, 1981, vol. 34, s. 585-597. ISSN 1541-2563.

<sup>31</sup> VURM, V.; PETR, P.; KALOVÁ, H. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Kontakt*, 2002, roč. 4, č. 2-3. ISSN 1212-4117.

<sup>32</sup> PETR, P. a kol. Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím (HRQOL)“. *Kontakt*, 2001, roč. 3, č. 3. ISSN 1212-4117.



zde používá jakýsi „zlatý standard“, dotazník SF-36, který je velmi obecně zaměřen, a který je doporučován především ke zjišťování dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života pacientů.<sup>33</sup>

**Pojetí kvality života je ovšem širší než klasické pojetí zdravotního stavu.** Přestože již byly některé pojmy z konceptu HRQoL restandardizovány pro naše kulturní prostředí a staly se osvědčenými metodami s aplikovatelností na poměrně širokou škálu diagnóz,<sup>34</sup> nelze vždy předpokládat, že by tatáž metoda mohla být uplatněna u zcela odlišného vzorku populace, např. u populace bez jakýchkoliv zdravotních limitací.<sup>35</sup> Snahou proto nadále zůstává objevit metodu natolik univerzální a přesto vyčerpávající, kterou by bylo možno aplikovat na jakýkoliv vzorek populace bez omezení, a tudíž by dávala možnost širšího srovnání.

## II. Metody, kde kvalitu života hodnotí sama daná osoba

K výhodám souboru metod, kde kvalitu života hodnotí sama daná osoba, patří možnost zohlednit **subjektivní** pohled a důležitost dimenzí kvality života. Jednotlivé výzkumné koncepty pak zahrnují např. pocitování smyslu života či spokojenost s dosahováním plánů a cílů, rozpor mezi přáními a nadějemi a současným stavem člověka apod.<sup>36</sup> Za významný krok se považuje nejen zohlednění subjektivní důležitosti jednotlivých dimenzí pro člověka, ale také respektování faktu, že tato důležitost se v průběhu času a životních událostí u jedince mění.<sup>37</sup>

Za nejvýznamnější nástroj pro zjišťování kvality života v této skupině se považuje metodika **SEIQoL** (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), která probíhá formou strukturovaného rozhovoru, během něhož se snažíme zjistit důležité aspekty života dané osoby. Tematicky je rozhovor omezen na nejdůležitější aspekty

---

<sup>33</sup> HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

<sup>34</sup> PETR, P. a kol. Kvalita života u nespecifických střeňních zánětů – zjišťování, hodnocení, možnosti ovlivnění. *Kontakt*, 2000, roč. 2, č. 1. ISSN 1212-4117.

<sup>35</sup> VELEMÍNSKÝ, M. *Klinická propedeutika pro studující ZSF JU*. České Budějovice: ZSF JU, 2005. 145 s. ISBN 80-7040-837-5.

<sup>36</sup> O'BOYLE, C., CIARAN, A. Measuring the Quality of Later Life. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 1997, vol. 352, s. 1871-1879. ISSN 0962-8436.

<sup>37</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

kvality života a snaží se postihnout důležité životní cíle v životě člověka a míru uspokojení s nimi.<sup>38</sup> Metoda SEIQoL staví na výpovědích jedince, dále na tom, že pojetí kvality života je individuální a závisí na vlastním systému hodnot dané osoby, důležitost aspektů života určuje sama osoba a mohou se v průběhu života měnit.

Je možno říci, že měření kvality života metodou SEIQoL má širší záběr, než klasické metody externího posuzování zdravotního stavu pacienta jiným posuzovatelem (např. lékařem). V úvahu se přitom bere celkový stav pacienta tak, jak je tímto pacientem - jím samým viděn a hodnocen. Proto **se mohou údaje o kvalitě života pacienta odchylovat** od objektivních údajů, které popisují pacientův zdravotní stav (např. jen podle zdravotních údajů).<sup>39</sup> V úvahu se při tomto zjišťování kvality života berou i údaje o psychickém stavu pacienta i o míře jeho spokojenosti s tím, jak se mu daří realizovat záměry, které si v životě předsevzal. Bylo by možno říci, že kvalita života je tak měřena nepřímou, že se na ni usuzuje z celkové míry spokojenosti dané osoby. Ukazuje se, že v tomto měření kvality života pacienta jde o dimenze kvality života, které mají z pacientova pohledu pro něho mimořádnou cenu. Tato zjištění jsou **podstatně citlivější**, než klasické údaje o zdravotním stavu pacienta.<sup>40</sup> Kvalita života zde pak hraje svou roli jak při pacientově rozhodování (např. při vyjádření souhlasu s určitými formami terapie), tak při jeho osobním hodnocení změny zdravotního (případně i celkového) stavu a efektivity terapie.

### III. Smíšené metody zjišťování kvality života (kombinace I. a II.)

Ke konceptům zjišťování kvality života s širším záběrem můžeme zařadit metodu **MANSA** (Manchester Short Assessment of Quality of Life), její variaci LQoLP (Lanca-

---

<sup>38</sup> O'BOYLE, C. A.; MC GEE, H. M.; JOYCE, C. R. B. A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL. *Quality of Life Research*, 2003, Vol. 12, Issue 3, s 275-280. ISSN 0962-9343.

<sup>39</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.

<sup>40</sup> RING, L.; HOFER, S.; MC GEE, H. Individual quality of life: can it be accounted for by psychological or subjective well-being? *Social Indicators Research*, 2007, Vol. 82, Issue 3, s 443-461.

shire Quality of Life Profile) a LSS (Life Satisfaction Scale).<sup>41</sup> Jde o měření kvality života tím způsobem, že se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i jeho spokojenost s řadou předem stanovených dimenzí života.<sup>42</sup> Jde o zjišťování spokojenosti s vlastním zdravotním stavem, sebepojetím, sociálními a rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím apod. Cílem je tedy vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu jeví v dané chvíli. Podle toho, jak vypadá celkový obraz kvality života daného člověka, je pak možno účelně zaměřit jemu určenou efektivní pomoc a péči o něj.

### ***1.1.5 Modely a faktory kvality života***

Snažíme-li se postihnout, které faktory ovlivňují kvalitu života, vyvstávají dvě základní kategorie, a to objektivní a subjektivní. **Objektivní** přístup pojímá kvalitu života z hlediska splnění požadavků týkajících se materiálních a sociálních požadavků, a zahrnuje také ekonomické, zdravotní a enviromentální podmínky.<sup>43</sup> Z hlediska **subjektivního** se kvalita života týká celkové spokojenosti člověka se životem, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu.<sup>44</sup> Ne vždy jsou však dané faktory takto explicitně rozdělené a obě kategorie se často prolínají.

K zřejmě nejznámějším a nejvíce citovaným patří model kvality života vyvinutý Centrem pro podporu zdraví (**Center for Health Promotion**) při Univerzitě Toronto v Kanadě. **Koncept CHP** vychází z myšlenkové linie, že v životě člověka lze pojmenovat **tři** základní a **devět** dílčích domén, které jsou společné všem lidským bytostem bez rozdílu a ve kterých člověk může pocítovat různou míru spokojenosti, a tedy dosahovat

---

<sup>41</sup> PRIEBE, S., HUXLEY, P., KNIGHT, S. Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 1999, Vol. 45, s 7-12. ISSN 0020-7640

<sup>42</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Měření kvality života objektivními ukazateli. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

<sup>43</sup> HALEČKA, T. Kvalita života a jej ekonomicko–enviromentální rozmer. In *Kvalita života a ľudská práva v kontextech sociálnem prace a vzdelávania dospelých*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002. ISBN 80-8068-088-4.

<sup>44</sup> KUČERA, Z. Podpora zdraví a kvalita života. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.

různé kvality života.<sup>45</sup> Zabývá se dvěma důležitými faktory, které hrají velmi důležitou úlohu v realizaci subjektivních plánů a cílů a přímo tak kvalitu života ovlivňují. Jedná se o **možnost** (šanci, příležitost) a **kontrolu** (vliv) nad určitou situací. Jsou možnosti, které jsou dány nezávisle na naší vůli, primárně je nelze ovlivnit, a tudíž nejsou pod naší kontrolou - je to např. pohlaví jedince, genetické dispozice, doba (historicky pojato), ve které se člověk narodil, sociálně-ekonomický status rodičů, atd. na druhé straně existují i možnosti, které nejsou nahodilé, podléhají naší volbě, a tudíž jsou do značné míry ovlivnitelné a kontrolovatelné. Patří sem např. volba povolání, výběr přátel, způsob trávení volného času, rozhodování o finančních výdajích, atd.

Devět zmíněných klíčových dimenzí lidského života je posuzováno nejen na základě **spokojenosti**, kterou v člověku vyvolávají, ale i z hlediska **důležitosti**, kterou jim jedinec přisuzuje. Přehled dimenzí uvádí následující obrázek.

#### Obr. 1.1.5a

Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto, přeloženo podle <sup>46</sup>

<b>BEING (BÝT) – osobní charakteristiky člověka</b>	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, citění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
<b>BELONGING (PATŘÍT NĚKAM) – spojení s konkrétním prostředím</b>	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
<b>BECOMING (REALIZOVAT SE) – dosahování osobních cílů, naděje a aspirace</b>	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

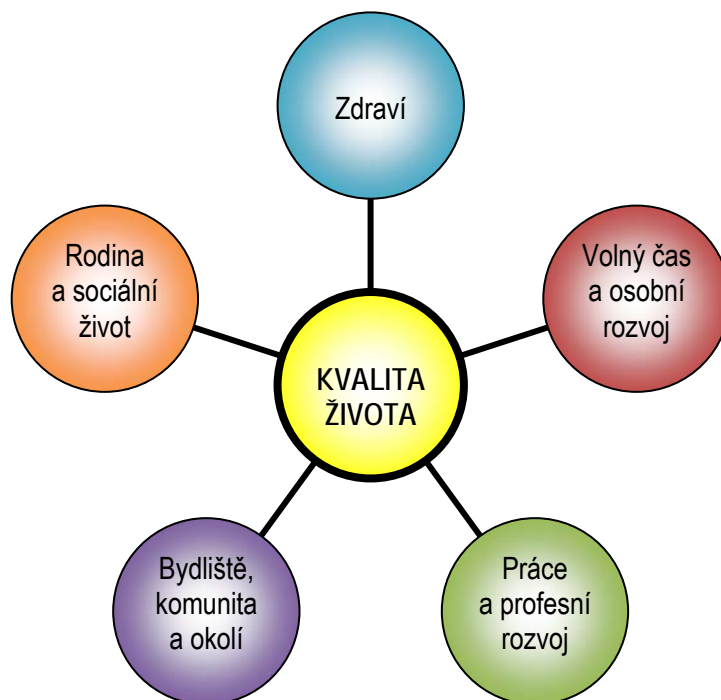
<sup>45</sup> CHP QoL Concepts. The quality of life model. [online] © 2008. [cit. 2008-03-03]. URL: <<http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>>.

<sup>46</sup> CHP QoL Concepts. The quality of life model. [online] © 2008. [cit. 2008-03-03]. URL: <<http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>>.

Určité zjednodušení nabízí model **kanadských ozbrojených sil** (Strategic Plan for Quality of Life Improvements in the Canadian Forces), který stanovuje pět základních domén, které jsou systematicky monitorovány.

**Obr. 1.1.5b**

Model kvality života podle kanadské armády, přeloženo podle<sup>47</sup>



Zajímavým pohledem je také **model čtyř kvalit života** holandského sociologa **Veenhove**n. Ten rozlišuje nejrůznější sociální činitele ovlivňující kvalitu života.

---

<sup>47</sup> [online]. URL: <<http://www.cmp-cpm.forces.gc.ca/scondva-cpdnac/index-eng.asp>>.

**Obr. 1.1.5c**

Model čtyř kvalit života, podle<sup>48</sup>

4 kvality života	VNĚJŠÍ KVALITY Charakteristiky prostředí	VNITŘNÍ KVALITY Charakteristiky individua
<b>PŘEDPOKLADY</b> Životní šance	<b>1. Vhodnost prostředí</b> Životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň (ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky)	<b>2. Životaschopnost jedince</b> Psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost (fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života)
<b>VÝSLEDKY</b> Životní výsledky	<b>3. Užitečnost života</b> Vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce (zahrnuje vnější užitečnost člověka pro jeho blízké okolí, pro společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje, morální dokonalosti)	<b>4. Vlastní hodnocení života</b> Subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti (představuje pojetí kvality života, které je široce aplikováno ve vědách o člověku, v medicíně a vytváří vlastní metodologické postupy, zahrnuje hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, hodnocení převažující nálady a celkové spokojenosti se životem)

**Kvalita života** tedy rozhodně **není ztotožnitelná** se stavem zdraví, životní spokojeností nebo pohodou, ale je **komplexnější** kategorií, jelikož obsahuje také další složky. Za faktory kvality života se považuje nejen somatické zdraví a psychický stav, ale také úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, přesvědčení a víru. Je kladen velký důraz na komplexnost a multidimenziálnost konceptu kvality života a subjektivní hodnocení

<sup>48</sup> VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 145 s. ISBN 80-210-3754-7.

výše zmíněných faktorů vzhledem ke kulturnímu prostředí, sociálnímu a environmentálnímu kontextu.<sup>49</sup>

Pokusíme-li se **shrnout uvedené faktory** kvality života, zjistíme, že ve většině případů jsou kvalita života a její indikátory pojaty v rovině **psychické**, kde důležitou roli hraje subjektivní prožívání života a jeho subjektivní hodnocení jedincem a dále emocionální stav. Další důležitou složkou je **sociální** rovina, zejména pak sociální opora a kvalita vztahů s okolím. Také **vnější podmínky** nechybějí ve většině pohledů na indikátory kvality života. Rozdíl mezi pojetím indikátorů kvality života primárně zaměřených na kvalitu života pacientů, resp. osob v lékařské péči, a obecnějším pojetím se dá nalézt v oblasti, která se týká pracovních aktivit a volného času. Zatímco více medicínsky pojaté indikátory kvality života zde představují spíše takové faktory, jako je samoobslužnost a pracovní schopnost ve smyslu schopnost vykonávat určité úkony apod., v obecnějším pojetí zde jako jeden z důležitých indikátorů vystupuje práce ve smyslu zaměstnání.<sup>50</sup>

Další rozdíly můžeme nalézt v tom, zda autoři přiřazují k faktorům kvality života také **spiritualitu** a její prožívání, resp. subjektivní pocit smysluplnosti života.

**Smysl života** je důležitý a univerzální faktor kvality života a má centrální význam v jeho pojetí.<sup>51</sup> Je často dáván do souvislosti s osobní pohodou a celkovým psychickým zdravím. Přikloníme-li se k tomuto tvrzení, pak je možno předpokládat, že tvoří-li subjektivní pocit smysluplnosti života jednu z dimenzí osobní pohody, která je často zmiňovaným faktorem kvality života, i smysl života je tedy součástí indikátorů, které ke kvalitě života přispívají. Svoji roli, přestože v uvedeném výčtu faktorů kvality života to není explicitně vyjádřeno a je to spíše součástí faktoru spokojenosti se životem, hraje i

---

<sup>49</sup> KRÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky kvality života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

<sup>50</sup> BUCHTOVÁ, B. Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.

<sup>51</sup> KOVÁČ, D. K pojmo-logike kvality života. *Československá psychologie*, 2004, roč. 48, č. 5, s. 460-464. ISSN 0009-062X.

to, zda představy a životní plány člověka jsou **v souladu s realitou**, tedy s tím, jak se mu je daří dosahovat.<sup>52</sup>

Zajímavý pohled na faktory kvality života, resp. její charakteristiky, nabízejí Řehulka a Řehulková. Ti na kvalitu života pohlížejí z úhlu subjektivního vnímání jedince a obsahovou analýzou dospěli k určitým polaritním charakteristikám kvality života.<sup>53</sup>

Tyto **polaritní charakteristiky** jsou: budoucnost – minulost, velká – malá sebereflexe, odpovědná – laxní verbalizace, určitost – neurčitost, aktivita – pasivita, spokojenost – nespokojenost, plánovitost – nahodilost, uspořádanost – neuspořádanost, silná – slabá sebekritičnost a vysoká – nízká sebedůvěra. Dále se pak věnují rozdílům, na jakých charakteristikách, resp. jejich polaritách, si budují pojetí kvality svého života hospitalizované osoby v porovnání se zdravými osobami. Výsledek přináší zajímavé zjištění, a to, že hospitalizovaní se při budování kvality života vyznačují zaměřením na budoucnost, menší sebereflexí, laxní verbalizací, neurčitostí, pasivitou, nespokojeností, nahodilostí, neuspořádaností, slabou sebekritičností a slabou sebedůvěrou, zatímco pro zdravé osoby bylo typické zaměření se na opačné polaritní těchto charakteristik.<sup>54</sup>

### **1.1.6 Osobní pohoda (well-being) ve vztahu ke kvalitě života**

Well-being jako jeden z faktorů kvality života je **součástí mnohých definic kvality života**. Kvalita života bývá chápána jako široký koncept, který se vztahuje k celkové úrovni blaha (well-being) jedinců a který je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a ekologických podmínek, týkajících se lidského a společenského života.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

<sup>53</sup> ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. Kvalita života v rozměru normality a patologie. In *Sociální procesy a osobnost*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 2005. 155 s. ISBN 80-86620-04-2

<sup>54</sup> ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. Kvalita života a vývoj osobnosti. In *Psychologie pro život alebo ako je potrebná metanoia*. Dunajská Streda: Pelikán, 2005. ISBN 80-967311-7-3.

<sup>55</sup> POTUČEK, M. *Putování českou budoucností*. Praha: Gutenberg, 2003. 366 s. ISBN 80-86349-09-8.



S pojmem well-being se setkáváme víceméně také v definici zdraví dle Světové zdravotnické organizace WHO, dle níž je zdraví nejen nepřítomnost nemoci, ale také stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody.<sup>56</sup>

Well-being můžeme tedy doslova přeložit jako „je mi dobře“ nebo „jsem v pohodě“, jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem.<sup>57</sup> V české terminologii se postupně ustálil úzus spojovat well-being především s dimenzí duševní pohody, což tento pojem nevyčerpává, a proto se prosazuje termín osobní pohoda. Kebza a Šolcová uvádějí **několik dalších termínů**, které se v české terminologii používají, jako např. duševní pohoda, pocit blaha, subjektivní komfort, pocit či prožitek osobní pohody a další.<sup>58</sup>

V nejširším smyslu je osobní pohoda tvořena dvěma složkami, emoční a kognitivní. Hlavní **emoční** komponentou osobní pohody jsou dlouhodobě prožívané emoce, jejich frekvence a intenzita. Aktuální každodenní zkušenosti jsou jedincem vyhodnocovány jako emočně pozitivní nebo jako negativní. Pocit spokojenosti zde pak tvoří výsledek rozdílu mezi pozitivními a negativními zážitky.<sup>59</sup> Další komponentou je štěstí, které lze definovat jako převahu pozitivních emocí nad negativními. Hlavní **kognitivní** komponentou osobní pohody je životní spokojenost, tj. vědomé, globální hodnocení vlastního já jako celku. Toto hodnocení je tvořeno srovnáním aktuálního životního stavu jedince se stavem očekávaným (ideálním). Pokud je výsledný rozdíl pozitivní, zažívá daný jedinec pocit uspokojení. To, že má životní spokojenost k pojmu osobní pohoda nejbližší, dokládá fakt, že životní spokojenost je nejčastěji používána ve výzkumech pro vyjádření osobní pohody.<sup>60</sup>

---

<sup>56</sup> WHO QoL Group. *Measuring quality of life*. [online]. © 2007. [cit. 2007-03-04]. URL: <[http://www.who.int/entity/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/68.pdf)>.

<sup>57</sup> ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.

<sup>58</sup> KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: MSD, 2005. 109 s. ISBN 80-86633-35-7.

<sup>59</sup> LAŠEK, J. Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů. *Československá psychologie*, 2004, roč. 48, č. 3, s. 215-224. ISSN 0009-062X.

<sup>60</sup> KRIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

Někteří autoři též rozlišují habituální a aktuální životní pohodu. **Habituální** pohoda je výsledkem uspokojování potřeb a motivů člověka, zatímco **aktuální** životní pohoda vyjadřuje stav, kterého lze dosáhnout přímo, a to pozitivními zážitky, nebo nepřímo, prostřednictvím eliminace nebo omezením nepříznivých podmínek.<sup>61</sup>

Podle americké psycholožky Ryffové dosahuje člověk osobní pohody tehdy, pokud se mu daří optimálně naplňovat celkem **šest dimenzí duševního života**:

**Sebepřijetí** - pozitivní přístup k sobě, spokojenost se sebou samým, přijetí různých aspektů sebe, dobrých i špatných vlastností, vyrovnání se s vlastní minulostí.

**Pozitivní vztahy s druhými** - vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých, schopnost empatie.

**Autonomie** - nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých.

**Zvládání životního prostředí** - pocit kompetence při zvládání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje v okolním prostředí, schopnost vidět příležitosti a využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby.

**Smysl života** - smysluplnost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů.

**Osobní rozvoj** - pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si pocitu nudy a stagnace, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování.<sup>62</sup>

Především ke dvěma posledním dimenzím struktury osobní pohody v uvedeném pojetí se velmi úzce váže též schopnost prožitku **naděje**. Zkušenosti ukazují, že člověk je schopen snášet četná příkoří, značnou úroveň psychické a fyzické bolesti, poškození zdraví, sociálního úpadku i ponížení, ovšem jen tehdy, uchová-li si naději.<sup>63</sup>

Ve vztahu ke kvalitě života by se well-being dal, jak z výše uvedeného plyne, považovat za jeden z **indikátorů kvality života**. V mnoha pojetích kvality života tomu tak

---

<sup>61</sup> LAŠEK, J. Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů. *Československá psychologie*, 2004, roč. 48, č. 3, s. 215-224. ISSN 0009-062X.

<sup>62</sup> RYFF, C, SINGER, B. *Emotional, social relationship, and health*. New York: Oxford University Press 2001. 304 s. ISBN 0195145410

<sup>63</sup> SIČÁK, A. *Teoreticko-metodologické skúmania a východiska spôsobu života v retrospektive súčasného transformačného procesu*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. ISBN 80-8068-088-4 34.

také je a míra pocíťované osobní pohody je součástí metod pro měření kvality života. Osobní pohoda také velmi úzce souvisí s pojmem životní spokojenost.

### 1.1.7 Životní spokojenost

Životní spokojenost je jedním z klíčových pojmů v širší oblasti psychologie osobní pohody (well-being). Životní spokojenost lze považovat za **hlavní složku osobní pohody** a definovat ji jako vědomé a globální hodnocení vlastního života jako celku.<sup>64</sup> Životní spokojenost je také nejčastější výzkumnou operacionalizací osobní pohody.

Celkovou spokojenost se životem lze definovat také jako lineární a aditivní funkce spokojenosti v jednotlivých subjektivně významných oblastech, k nimž patří rodina, přátelé, sousedé, práce, zdraví a další.<sup>65</sup>

K faktorům, které přispívají k životní spokojenosti, patří pozitivní hodnocení vlastní osoby a dále pak temperamentové charakteristiky osobnosti, které zároveň představují jedny z nejlepších prediktorů životní spokojenosti. Životní spokojenost je také relativně stabilní v čase a často se v závislosti na životních událostech mění pouze lehce.<sup>66</sup>

Existují nejrůznější metody, kterými lze konkrétní životní spokojenost zkoumat, velmi často však bývají diskutovány námitky týkající se rizika, že tyto metody budou odrážet spíše momentální psychické rozpoložení člověka než celkovou životní spokojenost.<sup>67</sup> V souladu s předcházejícím odstavcem je však třeba zdůraznit určitou dlouhodobost hodnocení životní spokojenosti, resp. stabilitu v čase, takže problém objektivizace daného hodnocení zde není až tak závažný.

---

<sup>64</sup> BLATNÝ, M. Osobnostní předpoklady sebehodnocení a životní spokojenosti: shody a rozdíly. In *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: MSD, 2005. 109 s. ISBN 80-86633-35-7.

<sup>65</sup> HNILICA, K. Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 2004, roč. 48, č. 3, s. 193-202. ISSN 0009-062X.

<sup>66</sup> ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.

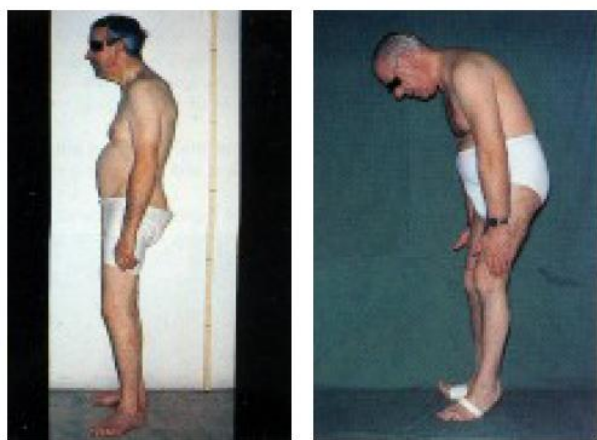
<sup>67</sup> HAMPLOVÁ, D. Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory. *Sociologické studie*, 2004, č. 6. Praha: Sociologický ústav. ISBN 80-7330-060-5.

## 1.2 Bechtěrevova choroba

Bechtěrevova choroba nebo též **ankylozující spondylitida (spondylartritida), AS** je chronické zánětlivé onemocnění postihující primárně páteř a meziobratlové klouby. Označení onemocnění pochází z řečtiny a ve volném překladu znamená „ohnutý obratel“. Typicky se projevuje bolestmi v zádech a tuhnutím páteře. Rozlišujeme formu **rhi-zomelickou** (postižení páteře a kořenových kloubů) a **periferní** nebo též skandinávskou (postižení páteře a periferních kloubů). Změny na páteři mohou probíhat směrem kau-dokraniálním (ascendentní forma) nebo vzácněji kраниokaudálním (descendentní forma).<sup>68</sup> Onemocnění popsal v roce 1892 ruský neurolog a psychiatr Vladimír Michajlovič Bechtěrev.<sup>69</sup> Lidstvo se s ním však potýká mnohem déle. Charakteristické změny na páteři můžeme vystopovat už u některých staroegyptských mumií.<sup>70</sup>

### Obr. 1.2a

Typické držení těla u pacienta s ankylozující spondylitidou, podle <sup>71</sup>



časná fáze

pozdní fáze

<sup>68</sup> PAVELKA, K. Kohortová studie u ankylozující spondylitidy v regionu střední Evropy. *Česká revmatologie*, 2008, roč. 16, č. 2, s. 64–69

<sup>69</sup> FELDTKELLER, E. *Ankylosing Spondylitis (Ankylosing Spondylitis International Federation)*. [online]. © 2007. [cit. 2007-02-05]. URL: <<http://www.asif.rheumanet.org/asifhome.htm>>.

<sup>70</sup> MAINDA, E. *Egypt, Ramses II. a Bechtěrev*. [online]. © 2003. [cit. 2007-02-05]. URL: <<http://www2.webpark.cz/bechtere/ramses2.html>>.

<sup>71</sup> ŠCUDLA, V. *Osteoartrózy*. [online]. © 2009. [cit. 2009-07-07]. URL:

<[http://public.fnol.cz/www/3ik/prednasky\\_soubory/scudla/spondylartritidy.pdf](http://public.fnol.cz/www/3ik/prednasky_soubory/scudla/spondylartritidy.pdf)>.

Podle dostupných údajů se v dospělé populaci vyskytuje přibližně u 0,1-1 % jedinců. Epidemiologické studie posledních let však ukázaly, že **výskyt AS** je ve skutečnosti **mnohem vyšší**, než se předpokládalo. Její plně rozvinutý obraz se nachází především u mužů (v poměru k ženám zhruba 7-10:1), choroba začíná zpravidla koncem druhého decénia.<sup>72</sup> Je zajímavé, že existují i etnické rozdíly ve výskytu AS. U Afričanů a v Japonsku je výskyt nižší, naproti tomu u některých indiánských kmenů je vyšší.<sup>73</sup>

### **1.2.1 Příčina a vznik**

Přesná příčina nemoci **není známa**. Spekuluje se o účasti nejrůznějších infekčních, genetických a imunogenetických faktorů. Jde v podstatě o imunitní reakci organismu proti vlastním tkáním. Co zánět způsobuje, zatím nevíme. V 70. letech 20. století byla odhalena souvislost mezi onemocněním a antigeny na povrchu tělních buněk.<sup>74</sup> U nemocných byl zjištěn společný znak, **přítomnost antigenu** označovaného jako **HLA-B 27**. Význam tohoto nálezu však dosud nebyl uspokojivě vysvětlen. Je pravdou, že 90-95% nemocných je nositeli tohoto antigenu, ovšem na druhou stranu, antigen se vyskytuje až u každého desátého obyvatele naší republiky, z nichž ne všichni pak onemocní. Zdá se, že antigen sám nevyvolává onemocnění, pouze zvyšuje jeho riziko.<sup>75</sup> Nezanebatelná je též padesátiprocentní pravděpodobnost přenosu tohoto antigenu na potomky.

Zatím **nejuznávanější teorie předpokládá**, že zánětlivý proces může spustit infekce bakteriemi, které mají znaky podobné antigenu HLA-B 27.<sup>76</sup> Tělo pak začne proti těmto „vetřelcům“ vytvářet protilátky, které působí zánětlivé změny v organismu i po zničení bakterií.

---

<sup>72</sup> ROGERS, F. *A positive response to Ankylosing Spondylitis (National Ankylosing Spondylitis Society)*. [online]. © 2007. [cit. 2007-02-05]. URL: <<http://www.nass.co.uk/nassbook.pdf>>.

<sup>73</sup> ŽLNAY, D.; MATEIČKA, F.; ROVENSKÝ, J. Ankylozující spondylitida. In *Klinická revmatologie*. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2.

<sup>74</sup> DUNGL a kol. *Ortopedie*. Praha: Avicenum, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.

<sup>75</sup> HRBA, J. Ankylozující spondylitida (Bechtěrevova nemoc). In *Vnitřní lékařství – Revmatologie*. Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80-7262-145-9.

<sup>76</sup> PAVELKA, K. Kohortová studie u ankylozující spondylitidy v regionu střední Evropy. *Česká revmatologie*, 2008, roč. 16, č. 2, s. 64–69.

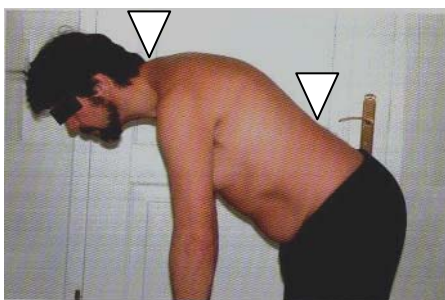
### 1.2.2 Projevy nemoci

Nemoc se rozvíjí plíživě a nenápadně, probíhá obvykle v několika stádiích. Začíná obvykle **mírným pobolíváním** zad. Typické jsou dlouhodobé bolesti v kříži, které bývají nejvýraznější při odpočinku a celkovém zklidnění, například v noci. Takový stav může trvat i několik let. Postupem času jsou však problémy intenzivnější. K bolestem se přidává ztuhlost páteře omezující její pohyblivost ve všech třech rovinách.<sup>77</sup> Páteř ztrácí svoji pružnost. Nemocní se nedokáží úplně předklonit ani uklonit do strany. Choroba postupuje až k **úplnému ztuhnutí páteře**. Její rentgenový snímek připomíná „bambusovou hůl“.<sup>78</sup>

Příznaky onemocnění a jeho další postup se mohou případ od případu velmi lišit. Někteří postižení se potýkají jen s mírnějšími bolestmi a omezení hybnosti dokáží kompenzovat zvýšenou pohybovou aktivitou. U jiných dochází k rychlé ztrátě pohyblivosti páteře. Její ztuhnutí v různých pozicích znemožňuje stoj a chůzi. Nejdříve obvykle tuhnou oblast bederní páteře a dochází k prohlubování bederní a krční lordózy, což při předklonu pozorujeme jako „obraz dvojhrbu“.

#### Obr. 1.2.2a

Charakteristický obraz dvojhrbu u pacienta s ankylozující spondylitidou, podle <sup>79</sup>



<sup>77</sup> ROGERS, F. *A positive response to Ankylosing Spondylitis (National Ankylosing Spondylitis Society)*. [online]. © 2007. [cit. 2007-02-05]. URL: <<http://www.nass.co.uk/nassbook.pdf>>.

<sup>78</sup> ŽLNAY, D.; MATEIČKA, F.; ROVENSKÝ, J. Ankylozující spondylitida. In *Klinická revmatologie*. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2.

<sup>79</sup> OLEJÁROVÁ, M. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-115-4

Snížená pohyblivost páteře postupně omezuje i dýchání. Zánět při Bechtěrevově chorobě **postihuje** kromě páteře **i některé další orgány**. Časté je postižení očních spojivek, šlach, srdce nebo plicní fibróza.<sup>80</sup> K projevům zánětu patří i teploty a celková únava.

### 1.2.3 Stádia nemoci

Jednotlivá stádia nemoci jsou charakterizována jednak klinickými známkami, jednak rentgenologickými. Obecně se dá rozlišit celkem pět stádií, která vycházejí z diagnostických kritérií, stanovených již v roce 1984 v New Yorku.

#### Obr. 1.2.3a

Přehled stádií ankylozující spondylitidy, upraveno podle <sup>81</sup>

Stadium	Klinický nález	Rtg nález
I.	Klinické vyšetření mluví pro AS, zkrácení páteřních distancí, naznačený dvojhrb	Změny na SI kloubech žádné nebo nevýrazné, neumožňující diagnózu AS
II.	Klinický nález jako v I. stadiu	Oboustranné změny jen v SI kloubech
III.	Klinický nález vyjádřenější, např. minimální páteřní distance, snížené úklony a rotace v bederním úseku páteře	Vedle změn v SI kloubech, nepochybné změny na bederní páteři, buď v kloubech intervertebrálních, nebo osifikace ligament páteře
IV.	Kromě známek III. stadia též omezení pohyblivosti hrudní páteře (popř. i krční)	Kromě předchozích změn, změny hrudní páteře, krční páteř není postižena nebo jeví jen nepatrné změny, není ankylóza meziobratlových kloubů
V.	Všechny klinické příznaky předešlých stádií, krční páteř klinicky zcela nehybná, vyjma klouby atlantookcipitální, jež nemusí být postiženy	Mimo příznaky předešlých stadií ještě změny svědčící pro AS na páteři krční, tj. osifikace ligament, popř. ankylóza meziobratlových kloubů

<sup>80</sup> DÍTĚ, P. a kol. *Vnitřní lékařství III*. Brno: MU Lékařská fakulta, 2005. 689 s. ISBN 80-210-3673-7

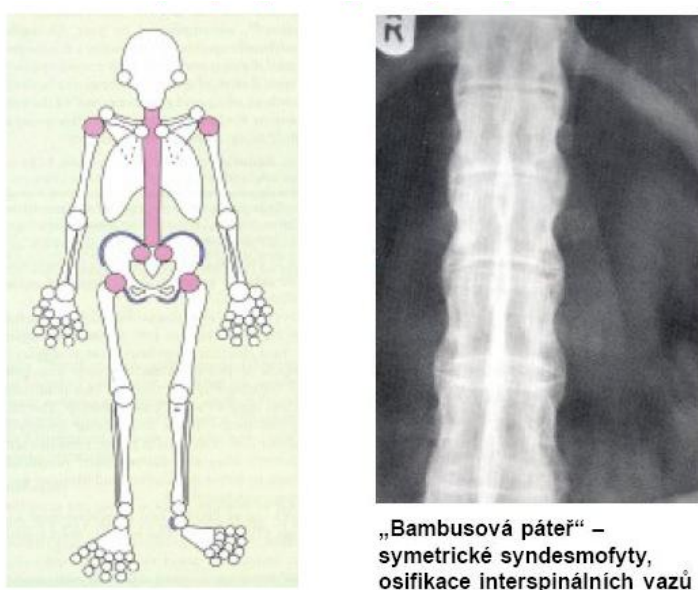
<sup>81</sup> PAVELKA, K. Časná diagnostika ankylozující spondylitidy. *Postgraduální medicína*, 2007, roč. 9, č. 2, s. 180 – 184.

### 1.2.4 Potvrzení diagnózy a léčba

Prvním krokem při stanovování diagnózy je **odběr anamnézy**, včetně anamnézy rodinné a revmatologické vyšetření. Podrobné revmatologické vyšetření se zaměří na hodnocení rozsahu pohybů, laboratorní vyšetření prokáže známky probíhajícího zánětu. Imunologicky lze stanovit přítomnost antigenu HLA-B 27.<sup>82</sup> Základem diagnostiky je **rentgenový snímek páteře**. Zobrazí zánětem změněné a srostlé obratle. Takové změny lze však zachytit až ve velmi pozdních stádiích choroby. K podrobnějšímu zobrazení změn na páteři je možné použít i počítačovou tomografii (CT) nebo magnetickou rezonanci.<sup>83</sup>

#### Obr. 1.2.4a

Typická lokalizace postižení skeletu u pacienta s ankylozující spondylitidou, podle<sup>84</sup>



„Bambusová páteř“ –  
symetrické syndesmofyty,  
osifikace interspinálních vazů

<sup>82</sup> FELDTKELLER, E. *Ankylosing Spondylitis (Ankylosing Spondylitis International Federation)*. [online]. © 2007. [cit. 2007-02-05]. URL: <<http://www.asif.rheumanet.org/asifhome.htm>>.

<sup>83</sup> PAVELKA, K. Časná diagnostika ankylozující spondylitidy. *Postgraduální medicína*, 2007, roč. 9, č. 2, s. 180 – 184.

<sup>84</sup> ŠČUDLA, V. *Osteoartrózy*. [online]. © 2009. [cit. 2009-07-07]. URL: <[http://public.fnol.cz/www/3ik/prednasky\\_soubory/scudla/spondylartritidy.pdf](http://public.fnol.cz/www/3ik/prednasky_soubory/scudla/spondylartritidy.pdf)>.



Léčebná opatření při AS se obvykle rozdělují do tří skupin: pohybová a fyziotrická léčba včetně prevence deformací, farmakoterapie a revmatochirurgické výkony.

**Pohybová léčba** je nejdůležitější a neodmyslitelnou součástí komplexní péče o nemocného. Je třeba pacienta soustavně stimulovat a motivovat, aby denně cvičil. Je to jediný způsob, jak udržet co největší rozsah pohybu, předejít vzniku a vývoji deformací, zejména v oblasti páteřního skeletu, kyčelních kloubů, a zachovat co nejpříjemnější způsob života.<sup>85</sup> Pohybová léčba se zaměřuje na posílení a tonizaci svalů, které brání rozvoji deformací páteře. Významnou složkou jsou dechová cvičení, která udržují pohyblivost hrudníku a zlepšují brániční dýchání, které se stává v průběhu choroby stále významnějším.

**Farmakoterapie** se významnou měrou podílí na potlačení aktivity zánětlivého procesu, zmenšuje bolest a ztuhlost a umožňuje intenzivní rehabilitační program. K **modernějším lékům** potlačujícím zánět a mírnícím bolest patří specifická nesteroidní antirevmatika, tzv. **koxiby**.<sup>86</sup> Při vývoji těchto léčiv se podařilo prokázat existenci více forem tzv. cyklooxygenázy (cox), což je základní enzym pro syntézu důležitých mediátorů zánětlivé reakce (prostaglandinů). Zjednodušeně řečeno, existují některé „hodné“ a některé „méně hodné“ formy, podobně jako je tomu např. u cholesterolu. „Hodná“ cyklooxygenáza (cox-1) je produkována v trávicím traktu, červených krvinkách, sliznici ledvin apod. „Méně hodná“ cox-2 způsobuje zánětlivý proces v kloubech. Selektivním blokováním účinku cox-2 se tedy výrazně zmenší zátěž na trávicí trakt a další jmenované orgány, ke kterým běžně dochází při používání léčiv starší generace.<sup>87</sup> Vývoj těchto preparátů má velkou budoucnost nejen pro léčbu AS, ale i ostatních revmatických i artrotických onemocnění. V pokročilejších stádiích onemocnění je možné využít tzv. **biologickou léčbu**. Podstata spočívá v aplikaci látek, které tlumí aktivaci imunitních buněk účastnících se zánětlivé reakce nebo zpomalují účinnost cytokinů (produktů zánětlivé

---

<sup>85</sup> ROGERS, F. *A positive response to Ankylosing Spondylitis (National Ankylosing Spondylitis Society)*. [online]. © 2007. [cit. 2007-02-05]. URL: <<http://www.nass.co.uk/nassbook.pdf>>.

<sup>86</sup> ALUŠÍK, Š. *Revmatologie, Postgraduální klinický projekt*. Praha: Triton, 2002. 111 s. ISBN 80-7254-279-6

<sup>87</sup> PAVELKA, K. Selektivní inhibitory cyklooxygenázy. *Medicína*, listopad 2001, s. 17-20.

reakce), z nichž nejvýznamnější je cytokin TNF alfa.<sup>88</sup> Efektem je snížení počtu bolestivých a oteklých kloubů i pokles dalších zánětlivých parametrů. Během této léčby musí být pacient ovšem velmi důsledně sledován revmatologem. Kromě pozitivních účinků se totiž bohužel setkáváme i s účinky nežádoucími, nejčastěji s nejrůznějšími alergickými reakcemi, které mohou vyústit až v anafylaktický šok. Přesto biologická léčba zůstává významným prostředkem, jak zlepšit kvalitu života nemocných s AS a jak zastavit či zpomalit průběh onemocnění.<sup>89</sup>

Nejčastějšími **revmatochirurgickými výkony** prováděnými u AS jsou operační korekce páteřních obratlů (např. klínovitá osteotomie) a implantace parciálních či totálních endoprotéz, nejčastěji kyčelních a kolenních kloubů.<sup>90</sup>

#### **Obr. 1.2.4.b**

Úprava postavení těla u pacienta s ankylozující spondylitidou po operační korekci (vpravo), podle<sup>91</sup>



<sup>88</sup> PAVELKA, K. Kohortová studie u ankylozující spondylitidy v regionu střední Evropy. *Česká revmatologie*, 2008, roč. 16, č. 2, s. 64–69

<sup>89</sup> PRAISOVÁ, M. Biologická léčba u ankylozující spondylitidy. *Bechtěrevik*, 2008, č. 102, s. 3–5

<sup>90</sup> DUNGL a kol. *Ortopedie*. Praha: Avicenum, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8

<sup>91</sup> ŠČUDLA, V. *Osteoartrózy*. [online]. © 2009. [cit. 2009-07-07]. URL:

<[http://public.fnol.cz/www/3ik/prednasky\\_soubory/scudla/spondylartritidy.pdf](http://public.fnol.cz/www/3ik/prednasky_soubory/scudla/spondylartritidy.pdf)>.

### ***1.2.5 Možnosti ergoterapie a kompenzační pomůcky***

Vzhledem k plíživému rozvoji Bechtěrevovy choroby je rozhodně nutné v počátcích terapeutické intervence pacienta dostatečně dobře **přípravit na pozdější progresi** této nemoci. Nejdůležitější je hlavně nácvik správného stoje, chůze, dýchání a používání kompenzačních pomůcek. Všeobecná informovanost populace o možnostech využití nejrůznějších pomůcek se stále velmi mizivá, proto jakákoliv informace je pro pacienta přínosem. V současné době lze velmi dobře využít internetové zdroje, existují nejrůznější kluby a sdružení pacientů s Bechtěrevovou chorobou.

Co se týče **dlouhodobého ergoterapeutického plánu**, je důležité informovat pacienta o vhodnosti pobytu spíše v teplém a suchém prostředí, nevhodnosti dlouhodobého statického zatížení páteře a kyčelních kloubů (při sezení), způsobu úpravy lůžka apod. V pozdějších stádiích nemoci jsou již nezbytné kompenzační pomůcky, ať již ve formě různých držáků, podavačů či pomůcek při osobní hygieně, tak nejrůznějších žebříčků či madel usnadňujících pohyb. Nemalý význam zde má i **sociální asistence**, např. právní pomoc, řešení různých sociálních problémů, pomoc při využití různých sociálních příspěvků (průkazy ZTP, příspěvek na zakoupení a provoz motorového vozidla, úprava bezbariérového bytu) apod.

### ***1.2.6 Prognóza a prevence***

Při včasné stanovení diagnózy a adekvátní komplexní léčbě je životní i pracovní **perspektiva** nemocných s AS **příznivá**, 70-75 % pacientů je plně aktivních s dobrou pracovní prognózou.<sup>92</sup> Prognóza onemocnění závisí samozřejmě i na průběhu onemocnění a rychlosti tuhnutí páteře. Dodržováním předepsané léčby a pravidelným cvičením lze minimalizovat obtíže. Na druhou stranu, nemoc s sebou přináší i některé nebezpečné komplikace. Mezi ty hlavní patří poškození velkých kloubů (například kyčelních) nebo

---

<sup>92</sup> HRBA, J. Ankylozující spondylitida (Bechtěrevova nemoc). In *Vnitřní lékařství – Revmatologie*. Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80-7262-145-9.

úrazy. Ztuhlá páteř je k nim mnohem náchylnější než přirozeně ohebná páteř zdravého člověka.<sup>93</sup> Zlomeniny páteře např. velmi často končí úmrtím.

Pokud se vyvine přiměřené úsilí v edukaci a pacient disciplinovaně dodržuje pokyny lékaře a postupy pohybové léčby v domácím prostředí, doplní je účelným a střídavým užíváním léčiv, je velká naděje, že se začlení do normálního života.

V případě Bechtěrevovy choroby, stejně jako u jiných onemocnění, u kterých neznáme přesnou příčinu, bohužel **neexistuje účinná prevence**. Její postup můžeme zpomalit a obtíže zmírnit pravidelným cvičením zaměřeným na posilování a protahování svalů v okolí páteře. Perspektivně se dá očekávat, že budou lépe poznány a upřesněny rizikové faktory AS, což umožní cíleně poučit geneticky predisponované jedince a získané poznatky případně uplatnit i při prenatálním poradenství.<sup>94</sup>

### ***1.2.7 Pohled fyzioterapeuta***

Pracuji jako fyzioterapeut již osm let, a z toho podstatnou část svého času právě s pacienty s Bechtěrevovou chorobou. Troufám si říci, jakkoliv je lázeňské prostředí oproti klasickým zdravotnickým zařízením specifické, a nemohu tak své zkušenosti zobecnit, že pacienty s touto chorobou znám velmi dobře.

**Dnešní populace je** co do kvality pohybového aparátu obecně, tj. svalové síly, balance, čistoty pohybových stereotypů apod., dle slov „duchovního otce“ české rehabilitace, prof. Lewita **doslova „prohnilá“**. Civilizace s sebou přinesla mnoho dobrého, ale pro tělesnou schránku ještě více špatného. Nemám sice ještě dostatečné zkušenosti (a věk) na konzervativní a zapšklý způsob hodnocení populace, ale situace je opravdu vážná až alarmující. Absence smysluplné tělesné výchovy na všech typech škol, převážně základních a středních, nedostatek volnočasové pohybové aktivity u dětí, chybění základních edukativních principů ve školách, osvěta v rodinách, systém primární prevence a záchytu a mnoho dalších faktorů tento stav zhoršují. Moderní člověk zpravidla nepra-

---

<sup>93</sup> BETH, M. *Ankylosing Spondylitis*. [online]. © 2006. [cit. 2007-01-17]. URL: <<http://www.spondylitis.org/about/as.aspx>>.

<sup>94</sup> ŽLNAY, D.; MATEIČKA, F.; ROVENSKÝ, J. Ankylozující spondylitida. In *Klinická revmatologie*. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2.

cuje nemanuálně, tráví většinu času v kancelářích se špatným osvětlením, špatným ergonomickým designem svého pracoviště (židle, stůl apod.), cestuje nejrozličnějšími dopravními prostředky, nevyvíjí soustavnou pohybovou aktivitu.

Běžný člověk, který nemá diagnostikovanou žádnou degenerativní chorobu a je tedy „zhruba“ zdravý, nemá vůbec žádnou potřebu ani důvod se o své zdraví nějak významně starat. Samozřejmě ne každý, stejně jako jsou „pilní“ studenti a někteří „méně pilní“ studenti, jsou i lidé, kteří více dbají na svou tělesnou schránku a lidé, kteří na ni dbají méně.

Pouštím se možná na tenký led, následující názory budou jednoznačně diskutabilní, ale myslím si, že v konečném důsledku **je na tom pacient s Bechtěrevovou chorobou v otázkách komplexní rehabilitace daleko lépe než běžný „zdravý“ člověk**. I přesto, že trpí závažnou degenerativní chorobou, je mu nabízena rehabilitační péče, ke které se normální člověk vůbec nedostane. Připomínám, že hovoříme o komplexní rehabilitační péči. Rehabilitace je totiž poměrně specifickou medicínskou oblastí. Na rozdíl od jiných oborů pracuje s pohybovým aparátem a snaží se zkvalitnit a zlepšit jeho funkce. Např. v kožním lékařství můžeme obecně říci, že je dána tzv. norma, např. nepřítomnost bradavice, a nějaký chorobný stav, např. přítomnost bradavice. Cílem je pak odstranění chorobného stavu nějakou terapeutickou intervencí. Na tomto příkladu vidíme také klasický postup současné medicíny. Všichni lidé zpravidla nemají bradavici, jinými slovy „normální je nemít bradavici“, proto je třeba ji nemocnému odstranit.

Samozřejmě to značně zjednodušuji, ale chci upozornit na to, jak rozdílná je rehabilitace a ostatní obory medicíny. Rehabilitace pracuje s pohybovým aparátem, u kterého **je těžké stanovit normu** (už proto, že populace neustále degeneruje), tento pohybový aparát je pořád aktivní a způsob jeho zatížení se neustále mění. Najít nějaký kompromis mezi přirozenou degenerací organismu vlivem stáří a mezi degenerací, kterou podporujeme svým chováním (v zaměstnání, trávením volného času apod.) je nesmírně těžké.

Dalo by se tedy říci, že rehabilitační péče nabízí pacientům s Bechtěrevovou chorobou **dostatek možností a informací**, jak o sebe pečovat. V případě, že je klient využije a nebude stížen žádnými dalšími závažnými chorobami, je schopen se dožít s většími

nebo menšími obtížemi standardního věku a může fungovat v životě prakticky normálním způsobem.

Jedním dechem je nutné dodat, že hovoříme pouze o „zdravotnické“ rehabilitaci. Otázky komplexní, tzv. ucelené rehabilitace jsou samozřejmě daleko složitější. Úkolem této rehabilitace je, aby člověk byl schopen svůj handicap přijmout a v co největší míře se integrovat do společnosti.<sup>95</sup>

Stejně jako u běžné populace je afinita ke cvičení, resp. nějaké systematické pohybové aktivitě u pacientů s Bechtěrevovou chorobou značně individuální. Troufám si ovšem říci, že valná většina jedinců nemá ke cvičení nebo nějakým soustavným pohybovým aktivitám příliš vstřícný postoj. Je to určitě škoda, protože pravidelné cvičení udržuje i ostatní tělesné struktury a jejich funkce v určité harmonii. U pacientů s Bechtěrevovou chorobou je pravidelné každodenní cvičení jednoznačnou nutností. Pokud pacient nebude tímto způsobem udržovat svou kloubní pohyblivost, poškozuje tak závažným způsobem svůj zdravotní stav.

Důležitý je ovšem **psychologický, resp. psychosociální rozměr** faktu **cvičení**. V rehabilitačních zařízeních, ústavech nebo lázních zpravidla probíhá skupinové každodenní cvičení s těmito pacienty a terapeutický personál „své“ pacienty velmi dobře zná. Může tak pozorovat, jakým způsobem choroba postupuje, resp. jaký je aktuální stav pohyblivosti, nebo lépe řečeno, jestli pacient doma opravdu v průběhu celého roku cvičí, nebo necvičí. Důležitější je ovšem přítomnosti ostatních cvičenců ve skupině. Pozorování ostatních pacientů, kteří mohou mít závažnější stupně postižení, pomáhá pozitivním způsobem motivovat aktivity, které vyvíjejí. Velmi pozitivně pomáhá i prezentace takto „postižených“ lidí v médiích, zvláště pokud zastávají nějakou významnou společenskou nebo politickou funkci. Pokud člověk vidí, že podobně „postižený“ jedinec díky své pílí, osobnímu přístupu a pravidelné pohybové aktivitě dosáhne a je schopen udržet takové postavení ve společnosti, má to jednoznačně motivační efekt.

---

<sup>95</sup> JANKOVSKÝ, J; PFEIFFER, J; ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.

V neposlední řadě také záleží na **osobnosti fyzioterapeuta**, resp. terapeuta, který vede skupinová cvičení. I ten může vhodným způsobem motivovat pacienty výběrem zajímavých cviků, s vysvětlením, k čemu slouží apod. Jako u všech ostatních „skupinových terapií“ samozřejmě záleží na kontextu konkrétní situace a konkrétního prostředí, ale z vlastní zkušenosti mohu prohlásit, že je zde velmi důležitý i celkový postoj terapeuta. Pacienti s Bechtěrevovou chorobou velmi oceňují určitou „angažovanost“ cvičitele, pozitivní přístup, a skoro až „polovojenský“ drilový způsob vedení cvičebních skupin. Pacienti samozřejmě vědí, že by měli cvičit pravidelně i doma po ukončení terapeutické intervence v rehabilitačním zařízení, nebo v lázních. Obávám se, že pokud jim to nebude terapeut stále opakovat a připomínat, nebude jejich aktivita dostatečná.

Jak už bylo několikrát zmíněno, tato choroba není pro své nositele opravdu jednoduchá. Existuje samozřejmě mnoho forem a stupňů závažnosti tohoto onemocnění, ale určitý společný rys zde lze vysledovat. Je to ono **zatuhnutí páteře**, resp. ohnutí páteře do mírného předklonu. A zde se pozastavím. Společnost je schopna registrovat a respektovat občany s určitými tělesnými „změnami“ jako např. vozíčkáře, občany po amputacích, s vývojovými vadami apod. Pacienti s Bechtěrevovou chorobou ovšem zařazení do této „skupiny“ občanů nepřijímají. Vadí jim to, že lidé na ně pohlížejí jako na „ohnuté mladé starce“, kteří mají problémy s pohybem a pohyblivostí. Je to smutné, ale je to tak. Fakt prosté přítomnosti ohnuté páteře určitým způsobem „nálepkuje“ takového pacienta, a i když by se často chtěl a mohl se zapojit do nějakých skupinových pohybových nebo pracovních aktivit, okolí ho už a priori nepřijme. To samozřejmě není jen případ pacientů s Bechtěrevovou chorobou, i u ostatních handicapovaných se s tímto setkáváme.

Myslím, že to má hlubší základ a možné příčiny. V průběhu staletí byli lidé s handicapem zpravidla separováni a institucionalizováni, pojmy jako integrace nebo inkluze jsou záležitostí až posledních desetiletí.<sup>96</sup> Je nesmírně složité změnit nebo alespoň ovlivnit myšlení lidí, ale kontakt a komunikace s handicapovanými je pro součas-

---

<sup>96</sup> NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 1997. 50 s. ISBN 80-7083-268-1.

nou společnost jednoznačně obohacující. Nemůžeme zavírat oči nad problémy ostatních, už jen proto, že nikdy nemůžeme vědět, jak v budoucnu mohou zasáhnout nás nebo naše blízké. Krom toho musíme přijmout smutný fakt, že takových lidí bude s postupující civilizací přibývat a pokud dnes prohlašujeme, že žijeme v multikulturním a globalizovaném světě, bylo by třeba dodat, že žijeme a budeme žít v **multihandicapovaném světě**, kde by se naše společenská a politická snaha měla ubírat směrem k naplnění ideálu příznivých životních podmínek pro všechny.



## *2 Cíl práce a hypotézy*

Cílem práce je **zjistit** kvalitu života u respondentů s Bechtěrevovou chorobou a **analyzovat** možnou **korelaci** indexu kvality života a některých demografických údajů.

Konkrétně, zjistit zda a jakým způsobem mohou u respondentů spolu **souviset** hodnoty indexu kvality života, získané prostřednictvím vyhodnocení kvality jejich života konceptem SEIQoL, a faktory jako pohlaví, věk, bydliště, rodinný stav, zaměstnání, stupeň postižení Bechtěrevovou chorobou, závislost na kouření a hodnota BMI.

Byly stanoveny tyto hypotézy.

**H1:** Index kvality života bude u respondentů statisticky významně souviset s pohlavím a věkem.

**H2:** Index kvality života bude u respondentů statisticky významně souviset s místem bydliště.

**H3:** Index kvality života bude u respondentů statisticky významně souviset s rodinným stavem.

**H4:** Index kvality života bude u respondentů statisticky významně souviset se zaměstnáním.

**H5:** Index kvality života bude u respondentů statisticky významně souviset se stupněm postižení Bechtěrevovou chorobou.

**H6:** Index kvality života bude u respondentů statisticky významně souviset s kouřením.

**H7:** Index kvality života bude u respondentů statisticky významně souviset s hodnotou BMI.

### 3 Metodika

Výzkum byl realizován v **Bertiných lázních v Třeboni**, kde pracuji jako fyzioterapeut. Výzkumný soubor tvořili pacienti s Bechtěrevovou chorobou, kteří se účastnili komplexní lázeňské léčby v trvání čtyř týdnů. Sběr dat byl prováděn **od 1.1. do 31.12. 2008**. Pro potvrzení či vyvrácení hypotéz byla použita kvantitativní metoda dotazování, konkrétně technika **rozhovoru** pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL a **analýza dat** zdravotnických dokumentací respondentů.

Dotazování bylo prováděno v budově Bertiných lázní v prostorách tělocvičny a individuální cvičebny fyzioterapie, kde pracuji, v době kdy respondenti zrovna neabsolvovali procedury svého léčebného programu a zároveň mé polední přestávky.

Analýza dat zdravotnických dokumentací respondentů byla prováděna ve stejné budově, v prostorách ordinace časování procedur na počítači s přístupem do dokumentací pacientů. Do těchto dokumentací mám jako fyzioterapeut povolen přístup, o tomto výzkumu a důvodech pro častější využívání těchto dokumentací bylo informováno (a byl získán souhlas s tímto výzkumem) i vedení lázní.

Pro **záznam dat** byl použit můj **osobní přenosný počítač** s legálním softwarem kancelářských aplikací Microsoft Office 2007.

#### 3.1 Metodologie SEIQoL

SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - přehled hodnocení individuální kvality života) je metoda zjišťující individuální kvalitu života, založená na **rozhovoru**. Celkově vyžaduje přibližně 10 až 20 minut času a je vhodná pro výzkumné i klinické účely.<sup>97</sup> Podle pojetí autorů závisí kvalita života daného jedince na jeho vlastním systému hodnot, který je při zjišťování touto metodou plně respektován.

---

<sup>97</sup> O'BOYLE, C. A.; MC GEE, H. M.; JOYCE, C. R. B. A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL. *Quality of Life Research*, 2003, Vol. 12, Issue 3, s 275-280. ISSN 0962-9343.

Jedinec určuje, zvažuje a hodnotí aspekty života, které jsou pro ni v dané situaci a chvíli podstatné.<sup>98</sup>

Daná osoba je požádána, aby uvedla **pět životních cílů**, které ona sama považuje pro sebe v dané situaci za nejdůležitější. Životní cíl je jedním z klíčových pojmů metodiky SEIQoL. Rozumí se jím cíl snažení, tj. teleologický (cílově zaměřený) podnět k aktivitě. Sémanticky by bylo možno překládat tento termín větou typu „oč Vám v životě jde“. Hlubší význam je možno vhodněji vyjádřit jako „cílový podnět snažení“, „zaměření“, „směřování“ či „smysl života“.<sup>99</sup>

V ideálním případě se daným osobám neuvádějí **příklady** různých **životních cílů**, aby se zamezilo jejich sugestivnímu ovlivňování. Někteří autoři však připouštějí možnost uvedení některých konkrétních příkladů, v případě, že respondent ne zcela dobře chápe, o co v dotazu po vyjmenování pěti základních životních hodnot jde. Jsou to například témata jako rodina, zdraví, sport, duševní pohoda, kultura apod. Z vlastní zkušenosti však nejsem udáváním jakýchkoliv konkrétních příkladů příliš nakloněn, v případě mých výzkumů jsem udával záměrně nesmyslné, resp. neakceptovatelné příklady typu „vykouřit balíček cigaret denně“, „zajít si s Frantou a Jardou na pivo“ apod.<sup>100</sup> Respondenti obvykle dobře pochopili, co se po nich žádá a zároveň jim nebylo sugestivně podsováno, jaké životní cíle by měli uvést.

U každého z pěti uvedených životních cílů se uvádí i **míra uspokojení** dané osoby s tímto podnětem.<sup>101</sup> Provádí se to tak, že dotazovaná osoba uvede míru uspokojení s dosahováním daného životního cíle v procentech, kde dolní hranice je rovna 0% a horní hranice je rovna 100%.

---

<sup>98</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

<sup>99</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Měření kvality života objektivními ukazateli. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

<sup>100</sup> ZEMAN, M. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*, 2008, roč. 10, č. 1. ISSN 1212-4117.

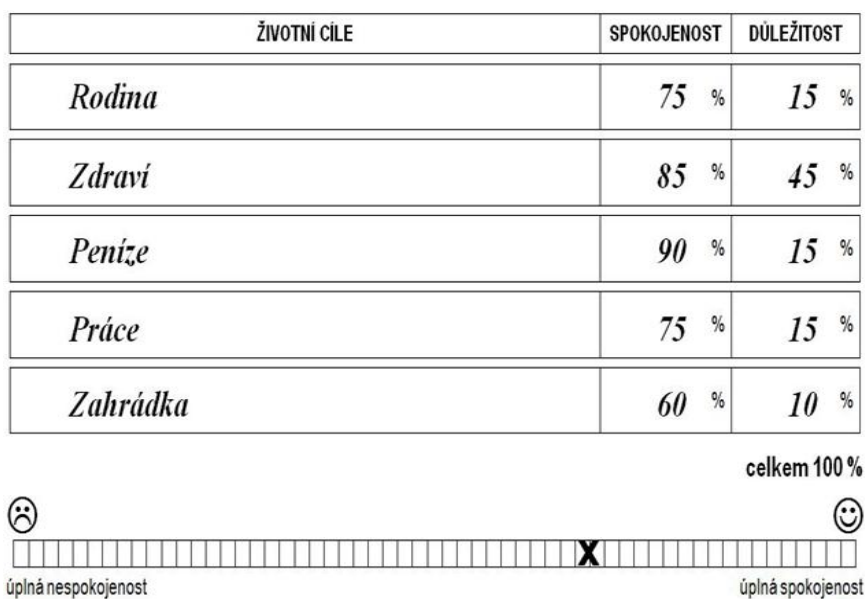
<sup>101</sup> RING, L.; HOFER, S.; MC GEE, H. Individual quality of life: can it be accounted for by psychological or subjective well-being? *Social Indicators Research*, 2007, Vol. 82, Issue 3, s 443-461.

Třetím krokem je vyjádření **důležitosti** daného životního cíle v rámci souboru všech uvedených životních cílů. Úkolem je tedy rozdělit 100 % mezi všech pět uvedených životních cílů.<sup>102</sup>

Závěrečné vyjádření celkové míry spokojenosti s životem může mít formu tzv. VAS (Visual Analogous Scale), tedy **viditelné analogové škály**, nebo tzv. „teploměru spokojenosti s životem“. Je to poměrně jednoduchá metoda, jak rychle zjistit, kde leží respondentova spokojenost s jeho životem.<sup>103</sup> Jedná se o úsečku, kde je dolní pól označen jako „úplná nespokojenost“ a horní pól jako „úplná spokojenost“ s životem, kde respondent udělá křížek v místě, které podle něj nejlépe vystihuje jeho momentální pocit spokojenosti.<sup>104</sup>

### Obr. 3.1a

Vizualizace výstupu rozhovoru respondenta, podle<sup>105</sup>



<sup>102</sup> O'BOYLE, C. A.; MC GEE, H. M.; JOYCE, C. R. B. A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL. *Quality of Life Research*, 2003, Vol. 12, Issue 3, s 275-280. ISSN 0962-9343.

<sup>103</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.

<sup>104</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.

<sup>105</sup> ZEMAN, M. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*, 2008, roč. 10, č. 1. ISSN 1212-4117.

### 3.2 Vyhodnocení konceptu SEIQoL

Při vyhodnocování dat se opíráme o **záznamy** ze strukturovaných rozhovorů nebo přímo z adaptovaných dotazníků. Ty mohou mít **různé formy**. Grafické zpracování kolonek pro uváděné životní cíle je různé, existují „horizontální“ verze, kde je pět řádek, přičemž v každé řádce je životní cíl, společně s procentem spokojenosti a důležitosti, nebo „vertikální“ verze, kde je pět sloupců, v každém je životní cíl, procento spokojenosti a důležitosti. Konkrétní volba je individuální, vyhodnocení je pořád stejné. Určitou nápaditostí, resp. názornějším pojetím při získávání dat od respondenta se vyznačuje verze tohoto konceptu označovaná jako **SEIQoL-DW** (direct weighting, tj. přímé vážení nebo přímé srovnání). Respondent uvede pět životních sílů, ohodnotí každý procentem spokojenosti od 0 do 100%, a pro vyjádření důležitosti toho kterého cíle použije kruhový terčík s pěti různobarevnými vzájemně se překrývajícími disky. Plocha každého disku vyjadřuje důležitost jednoho životního cíle a míra překryvu disků určuje rozdělení všech pěti životních cílů mezi 100%, analogicky koláčovému grafu z procentního zastoupení jednotlivých životních cílů.<sup>106</sup>

Vyhodnocení kvality života se provádí tak, že se u **každého** životního **cíle násobí** jeho **důležitost** (uvedená v procentech) **mírou spokojenosti** (uvedenou též v procentech).<sup>107</sup> Výsledná hodnota je pak rovna součtu takto zjištěných součinů pro všech pět řádek (největší takto zjištěná hodnota může mít hodnotu 10000). Tento výsledný součet se potom dělí 100, aby se výsledek pohyboval v rozmezí od 0 (nejnižší možné hodnoty) do 100 (nejvyšší možné hodnoty). Výsledná hodnota se pak označuje jako **index kvality života (QL)**.<sup>108</sup>

Vizuální analogová škála se obvykle pomyslně rozdělí na 100 dílků a křížek, který respondent na této škále udělá, je odečten z této pomyslné stupnice jako hodnota jeho

---

<sup>106</sup> SEYMOUR, D. G.; STARR, J. M.; FOX, H. C. Quality of life and its correlates in octogenarians. Use of the SEIQoL-DW in Wave 5 of the Aberdeen Birth Cohort 1921 Study. *Quality of Life Research*, 2008, Vol. 17, Issue 1, s 11-20.

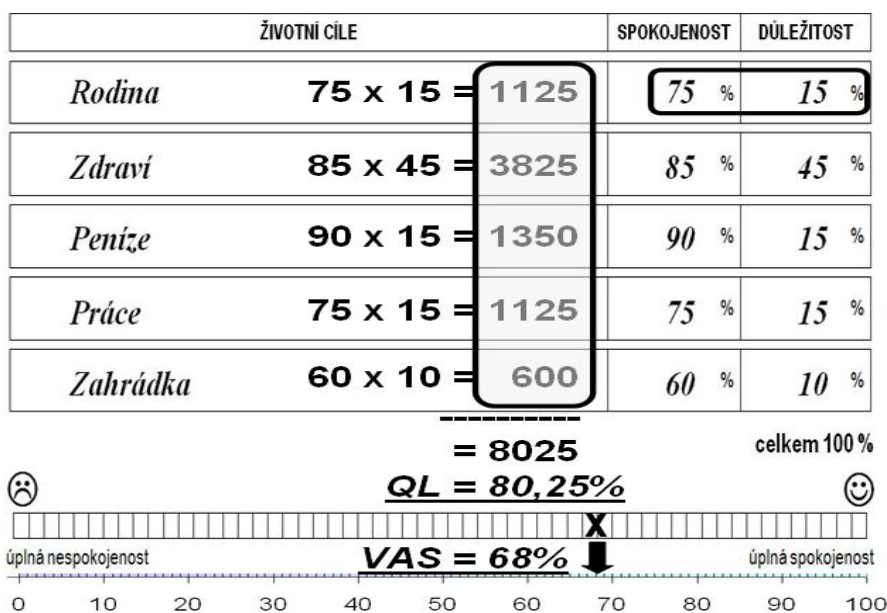
<sup>107</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

<sup>108</sup> O'BOYLE, C. A.; MC GEE, H. M.; JOYCE, C. R. B. A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL. *Quality of Life Research*, 2003, Vol. 12, Issue 3, s 275-280. ISSN 0962-9343.

celkové spokojenosti s životem (v rozmezí 0 – 100 %). V případě tohoto výzkumu **nebyla** vizuální analogová škála použita.

**Obr. 3.2a**

Vizualizace vyhodnocení dat z výstupu rozhovoru respondenta, podle <sup>109</sup>



Je nutné zdůraznit, že **na výslednou hodnotu indexu kvality života nemají uvedené konkrétní životní cíle vůbec žádný vliv!** Jinými slovy, nezajímá nás, jestli respondent uvedl jako životní cíle „zdraví, naději, lásku, rodinu a víru“ nebo „kanárka, motorku, ženy, fotbal a pivo“. Rozhodující je míra důležitosti a spokojenosti u těchto životních cílů. I když to možná bude působit nepatřičně, v případě „kanárka, motorky, ženy, fotbalu a piva“ může mít tento respondent daleko vyšší index kvality života.<sup>110</sup>

<sup>109</sup> ZEMAN, M. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*, 2008, roč. 10, č. 1. ISSN 1212-4117.

<sup>110</sup> ZEMAN, M. *Kvalita života jako nástroj k hodnocení výsledků balneoterapie u pacientů s Bechtěrevovou chorobou v Bertiných lázních v Třeboni*. České Budějovice, 2007. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity na katedře klinických oborů. Vedoucí práce Miloš Velemínský.

### 3.3 Způsob zpracování dat

Odpovědi respondentů z **rozhovoru** monitorujícího **kvalitu života** konceptem SEIQoL byly zaznamenány v **předem připravených tabulkách** v elektronické podobě (pro snazší následné zpracování). Základní tabulka pro záznam dat byla přehledně konstruována v programu Microsoft Word 2007 v barevném a pro respondenta srozumitelném provedení. Toto provedení se ukázalo jako velmi účelné, neboť mnoho respondentů ne zcela dobře chápalo, jakým způsobem mají odpovědět, a názorné vysvětlení „na monitoru počítače“ tento problém vyřešilo.

#### Obr. 3.3a

Záznamová tabulka pro výstupy z rozhovoru respondenta, zdroj: vlastní výzkum

#### Kvalita života – SEIQoL

ŽIVOTNÍ CÍLE	SPOKOJENOST	DŮLEŽITOST
1. prázdné	prázdné	prázdné
2. prázdné	prázdné	prázdné
3. prázdné	prázdné	prázdné
4. prázdné	prázdné	prázdné
5. prázdné	prázdné	prázdné

celkem 100 %

Získané údaje pak byly seříděny do datových řad v programu Microsoft Excel 2007 a pomocí tohoto programu byla **spočtena hodnota indexu kvality života**.

### Obr. 3.3b

Ukázka části datové řady z programu Microsoft Excel 2007, v rámečku sloupce Q je hodnota indexu kvality života vyjádřená vzorcem v řádku funkce  $f_x$  v horní části obrázku, zdroj: vlastní výzkum

Načíst externí data		$f_x = ((G2*L2)+(H2*M2)+(I2*N2)+(J2*O2)+(K2*P2))/100$										Osnova		Analýza			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	kód	1. ŽC	2. ŽC	3. ŽC	4. ŽC	5. ŽC	S 1.	S 2.	S 3.	S 4.	S 5.	D 1.	D 2.	D 3.	D 4.	D 5.	QL
2	1	zdraví	rodina	přátelé	práce	cvičení	100	90	90	50	10	30	25	25	10	10	81
3	2	zdraví	síla	rodina	politika	soběstačn	10	5	100	50	90	50	20	20	5	5	33
4	3	vzdělání	rodina	finance	kultura	sport	90	90	100	90	80	40	30	18	10	2	91,6
5	4	přátelé	kultura	sport	sex	zdraví	100	100	100	90	30	30	25	25	10	10	92
6	5	kultura	drogy	sex	sport	móda	50	80	100	96	50	30	30	20	10	10	73,6
7	6	rodina	finance	zdraví	přátelé	koničky	70	60	60	80	80	60	20	10	5	5	68
8	7	práce	finance	soběstačn	rodina	koničky	80	60	100	80	60	70	10	10	5	5	79
9	8	rodina	soběstačn	práce	koničky	děti	80	90	70	60	70	60	10	10	15	5	76,5
10	9	rodina	finance	bydlení	práce	sex	40	80	30	90	100	40	30	10	10	10	62
11	10	rodina	děti	rodiče	práce	diety	70	90	90	10	5	30	30	20	10	10	67,5

Při následném vyhodnocování dat lze také **analyzovat** jednotlivé **životní cíle**, které respondenti uvádějí, a řadit je např. podle průměrné výše důležitosti a spokojenosti. Při prezentaci takto získaných údajů však musíme být opatrní, neboť každý respondent samozřejmě může uvést pět naprosto odlišných životních cílů.

Například v ukázce datové řady na **obr. 3.3b** uvedli 3 respondenti mezi svými životními cíli „zdraví“. Pokud vypočteme průměrnou hodnotu důležitosti, kterou položce „zdraví“ přisuzují tito 3 respondenti, dojdeme k hodnotě 30,0%. **Nemůžeme** pak ovšem tento údaj **zobecnit** (v tomto případě na všech deset respondentů), a tvrdit, že respondenti považují „zdraví“ za důležité v průměru z 30,0%, neboť sedm respondentů ve svých životních cílech „zdraví“ vůbec nevedlo. K takovým zobecněním však bohužel ve značném množství obdobných výzkumů používajících koncept SEIQoL dochází. Informace o tom, jaké životní cíle respondenti uvádějí, jsou nepochybně zajímavé, lze se nad nimi zamýšlet, ale rozhodně je není možné zobecnit a prezentovat jako průměrné hodnoty v grafech či tabulkách. **Primárním cílem** pro používání konceptu SEIQoL by mělo být pouze **hodnocení kvality života**.

Jednotlivé uvedené **životní cíle** tedy v případě tohoto výzkumu **nebyly** dále **analyzovány**, práce se zaměřuje pouze na prosté zjištění indexu kvality života a jeho závis-



losti na některých demografických údajích.

**Pro analýzu dat zdravotnických dokumentací** respondentů bylo nutné získané údaje uspořádat a kategorizovat pro další zpracování. To bylo provedeno opět v programu Microsoft Excel 2007.

Byly sledovány jednotlivé demografické údaje z dokumentací, konkrétně **pohlaví**, **věk**, **bydliště**, **rodinný stav**, **zaměstnání**, **stupeň** ankylozující spondylitidy (**AS**), **kouření** a hodnota **BMI**. Jednotlivé proměnné byly **kategorizovány**. U údaje **bydliště** byly pro přehlednost a srozumitelnost stanoveny kategorie, které zdánlivě odporují obvyklým konstrukcím nepřekrývajícími se hodnot. Tedy kategorie 2 (do 10 tisíc obyvatel) zde samozřejmě nezahrnuje kategorii 1 (do 5 tisíc obyvatel), ve skutečnosti zahrnuje počet obyvatel nad hranicí předcházející kategorie, tedy mezi pěti a deseti tisíci obyvateli.

### Obr. 3.3c

Přehled kategorizací jednotlivých proměnných, výstup z programu Microsoft Excell, zdroj: vlastní výzkum

<i>fx</i>	pohlaví: 1-žena, 2-muž
<i>fx</i>	věk: 1:0-29,2:30-39,3:40-49,4:50-59,5:60+
<i>fx</i>	bydliště: 1-do 5tis.,2-do 10tis.,3-do 50tis.,4-do 100tis.,5-nad 100 tis.
<i>fx</i>	stav: 1-svobodný, 2-manželství, 3-rozvedený/á, 4-vdovec/a
<i>fx</i>	zaměstnání: 1-zaměstnanec, 2-OSVČ, 3-důchodce, 4-nezaměstnaný
<i>fx</i>	stupeň AS: 1-I, 2-II, 3-III, 4-IV, 5-V
<i>fx</i>	kouření: 1-ne, 2-ano
<i>fx</i>	BMI: 1:do 18,49,2:18,5-24,9,3:25-29,9,4:30+

### Obr. 3.3d

Ukázka části datové řady kategorizovaných demografických údajů z programu Microsoft Excel (ve sloupci B je index kvality života), zdroj: vlastní výzkum

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	kód	QL	pohlaví: 1-	věk: 1:0-2!	bydliště: 1	stav: 1-svc	zaměstnár	stupeň AS:	kouření: 1	BMI: 1: poc
2	1	81	2	5	1	2	3	5	2	4
3	2	33	1	4	1	3	1	2	1	4
4	3	91,6	2	5	3	2	3	4	1	4
5	4	92	2	4	3	2	1	2	1	2
6	5	73,6	2	2	3	1	2	3	1	3
7	6	68	2	4	5	2	2	4	1	3
8	7	79	2	5	3	2	3	5	1	2
9	8	76,5	2	5	3	2	3	3	2	3
10	9	62	2	4	3	2	1	3	1	3
11	10	67,5	2	5	3	2	3	5	1	3

Zpracování dat proběhlo pomocí statistického programu **SPSS**. Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) je analytickým nástrojem založeným na metodách matematické statistiky, matematiky a umělé inteligence, obsahuje nástroje pro převzetí datových souborů, spojování, agregaci a úpravu dat a také nástroje pro aplikační implementaci nejrůznějších matematických modelů.

Celý soubor dat byl zpracován **laskavou spoluprací** pana **prof. MUDr. Pravoslava Stránského, CSc.**, některé výstupy deskriptivní statistiky, histogramy a krabicové grafy byly doplňkově zpracovány konkrétní verzí programu SPSS 13.0.1 v prostorách studovny Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta disponuje licenci na omezený rozsah určitého počtu právě připojených počítačů k tomuto programu.

V prvním stupni byly provedeny **základní popisné statistiky** proměnných, tj. aritmetický průměr, modus, medián a 95% meze spolehlivosti (LCL dolní mez spolehlivosti, UCL horní). V dalším stupni pak **frekvenční a procentní distribuce** respondentů u jednotlivých proměnných. Dále byla zjišťována závislost jednotlivých proměnných **chi kvadrát testem** a spočteny **Spearmanovy koeficienty** pořadové korelace mezi proměnnými. V posledním stupni pak bylo provedeno nepárové srovnání mezi indexem kvality života při různých hodnotách ordinálních proměnných **Mann-Whitneyovým**

**testem** rozdílů mezi mediány indexu kvality života v příslušných skupinách těchto proměnných.

Výstupy byly zpracovány do grafů pomocí programu Microsoft Office Excel 2007 a interpretovány obvyklým způsobem na základě jejich statistické významnosti.

### **3.4 Charakteristika zkoumaného souboru**

Do výzkumného souboru byli zařazeni **všichni** pacienti s Bechtěrevovou chorobou, kteří se účastnili komplexní lázeňské léčby v Bertiných lázních v Třeboni v **roce 2008**, tj. v období od 1.1. do 31.12. 2008. Celkový počet takovýchto pacientů byl 185, čtyři pacienti odmítli spolupráci. Byli otestováni konceptem SEIQoL a všichni **souhlasili s použitím** běžně pořizovaných demografických údajů (rok narození, bydliště, stav, zaměstnání, stupeň AS, kouření a BMI) z jejich **zdravotnických dokumentací** pro výzkumné účely této práce (samozřejmě s příslibem zachování anonymity). Výzkumný soubor tedy tvoří **181 respondentů**.

#### **3.4.1 Pohlaví**

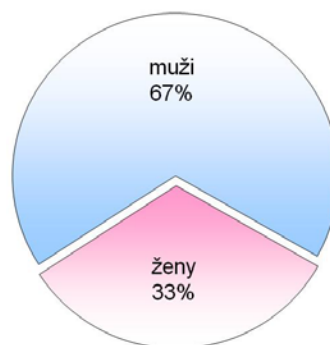
Z celkového počtu 181 respondentů bylo 59 žen a 122 mužů.

#### **Obr. 3.4.1a**

Distribuce respondentů dle pohlaví, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

##### **Frequency Distribution of „pohlaví“**

<b>pohlaví</b>	<b>Count</b>	<b>Percent</b>
ženy	59	32.60
muži	122	67.40
total	181	100.00



Co se týče distribuce pohlaví ve vzorku, je zajímavé, že **počet žen** rozhodně **neko-responduje** s oficiálními medicínskými údaji, které uvádějí poměr mužů a žen trpících Bechtěrevovou chorobou v rozmezí 7 až 10:1.<sup>111</sup> Podle přepočtu je poměr mužů a žen v mém vzorku přibližně **2,1:1**. Srovnáme-li ostatní podobné výzkumy, tak v nejrozsáhlejším dotazníkovém šetření, které bylo provedeno v roce 2005 mezi členy klubu Bechtěreviků (mimochodem s 59 % návratností dotazníků) vychází tento poměr u celkového počtu 1008 respondentů dokonce jako 1,6:1.<sup>112</sup> Z toho lze vyvodit premisu, že **žen s Bechtěrevovou chorobou je v populaci daleko více** než uvádějí statistiky nebo také (v případě mého výzkumu), že do Bertiných lázní jezdí možná více žen s Bechtěrevovou chorobou.

### 3.4.2 Věk

**Průměrný věk** všech respondentů je **51,4 let**, průměrný věk u žen je 51,1 let, u mužů 51,5 let.

#### Obr. 3.4.2a

Podrobné charakteristiky věku jako spojité proměnné, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

#### Descriptive Statistic of „věk“

Count	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
181	13	77	51.38121	11.95517

#### Means Section of „vek“

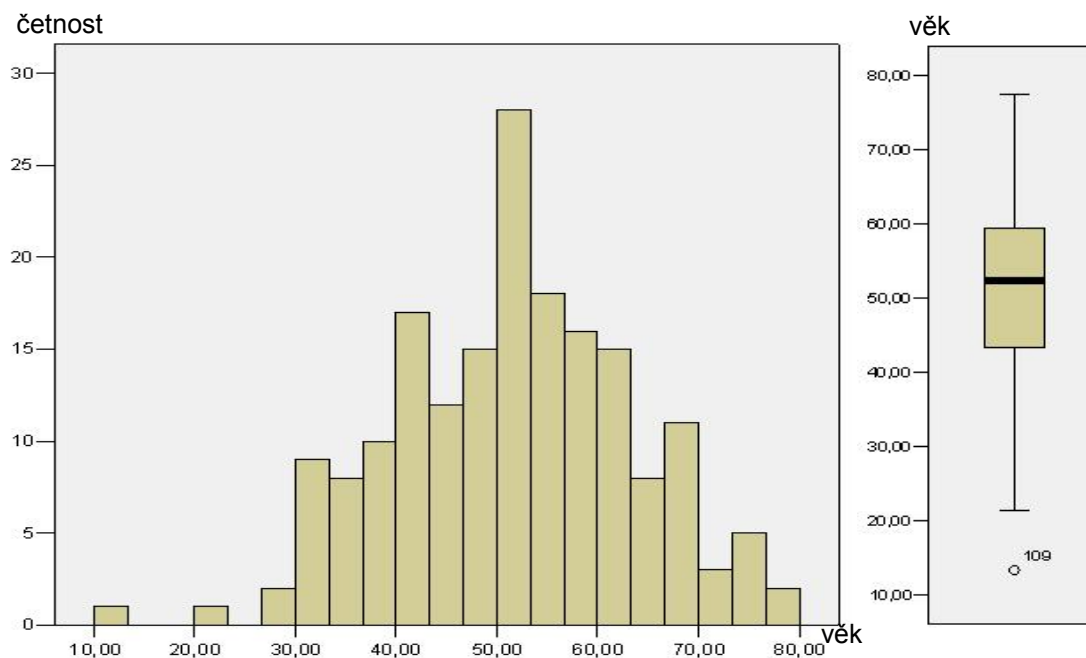
Parameter	Mean	Median	Geometric Mean	Harmonic Mean	Mode
Value	51.38121	52	49.83041	47.98094	51
95% LCL	49.62776	50	47.9665	45.78186	
95% UCL	53.13467	54	51.76674	50.40194	

<sup>111</sup> ŽLNAY, D.; MATEIČKA, F.; ROVENSKÝ, J. Ankylozující spondylitida. In *Klinická revmatologie*. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2.

<sup>112</sup> VEDRAL, K. *Kvalita života bechtěreviků očima pacienta*. [online]. © 2005. [cit. 2005-04-25]. URL: <<http://www.klub-bechtereviku.com/projekt/foto/Projekt.htm>>.

**Obr. 3.4.2b**

Histogram a krabicový graf věku jako spojité proměnné, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum



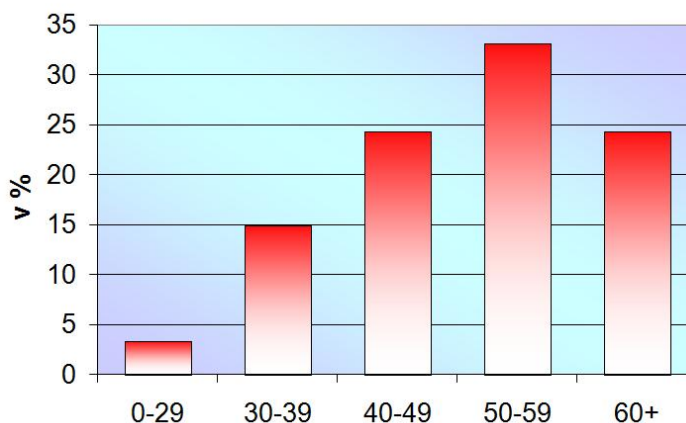
Pro účely dalšího zpracování byla provedena **kategorizace** všech respondentů **do pěti** uměle vytvořených **věkových skupin**.

**Obr. 3.4.2c**

Distribuce respondentů dle **věkových skupin**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

**Frequency Distribution of „věk“**

věk	Count	Percent
1 (0-29)	6	3.31
2 (30-39)	27	14.92
3 (40-49)	44	24.31
4 (50-59)	60	33.15
5 (60+)	44	24.31



Nejvíce respondentů je zastoupeno v kategorii 50-59 let věku, nejméně v kategorii 0-29 let.

### Obr. 3.4.2d

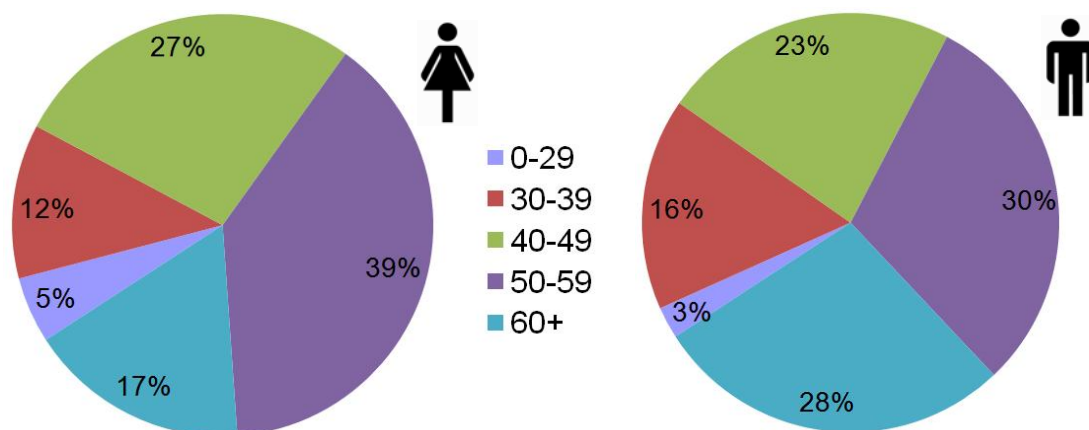
Distribuce respondentů dle **věkových skupin** u jednotlivých **pohlaví** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

Table Count Section of „věk“ and „pohlaví“

pohlaví	věk					Total
	1 0-29	2 30-39	3 40-49	4 50-59	5 60+	
ženy	3	7	16	23	10	59
muži	3	20	28	37	34	122
Total	6	27	44	60	44	181

### Cross Tabulation Report

Chi-Square	4.507466	
Degrees of Freedom	4	
Probability Level	0.341663	Accept H0



Z grafu je patrný vyšší počet respondentů mužů v kategorii 60+ oproti ženám. Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných věku a pohlaví je přijetí nulové hypotézy (Accept H0) o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** věku a pohlaví.

### 3.4.3 Bydliště

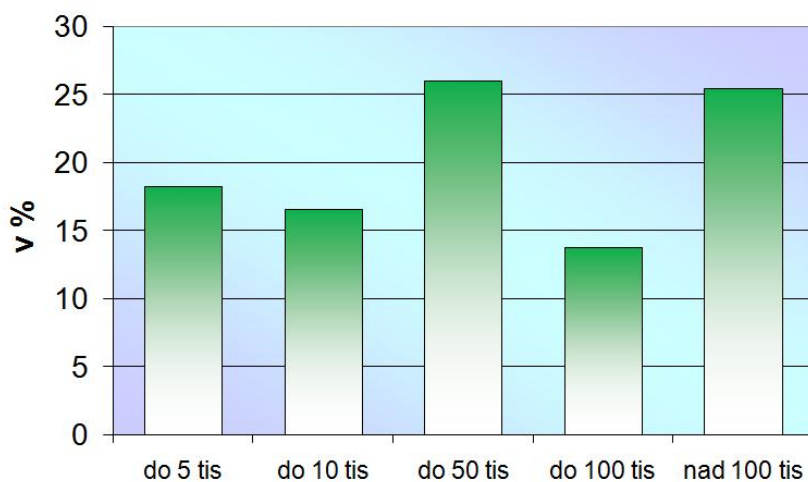
Pro přehlednost byla provedena kategorizace respondentů do **pěti skupin** místa bydliště dle počtu obyvatel.

#### Obr. 3.4.3a

Distribuce respondentů dle místa **bydliště**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

#### Frequency Distribution of „bydliště“

bydliště	Count	Percent
1 (do 5 tis)	33	18.23
2 (do 10 tis)	30	16.57
3 (do 50 tis)	47	25.97
4 (do 100 tis)	25	13.81
5 (nad 100 tis)	46	25.41



Nejvíce respondentů je zastoupeno v kategoriích obcí do 50 tisíc obyvatel a nad 100 tisíc obyvatel, nejméně v kategorii do 100 tisíc obyvatel.

### Obr. 3.4.3b

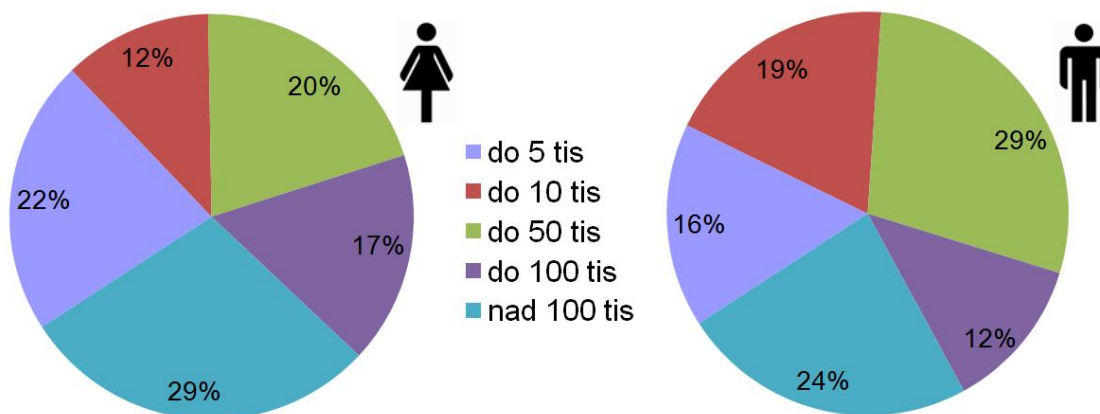
Distribuce respondentů dle místa **bydliště** u jednotlivých **pohlaví** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

Table Count Section of „bydliště“ and „pohlaví“

pohlaví	bydliště					Total
	1 do 5 tis	2 do 10 tis	3 do 50 tis	4 do 100 tis	5 nad 100 tis	
ženy	13	7	12	10	17	59
muži	20	23	35	15	29	122
Total	33	30	47	25	46	181

#### Cross Tabulation Report

Chi-Square	3.954895	
Degrees of Freedom	4	
Probability Level	0.412145	Accept H0



Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných místa bydliště a pohlaví je přijetí nulové hypotézy (Accept H0) o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** místa bydliště a pohlaví.

#### 3.4.4 Stav

Rodinný stav respondentů byl kategorizován na čtyři skupiny.

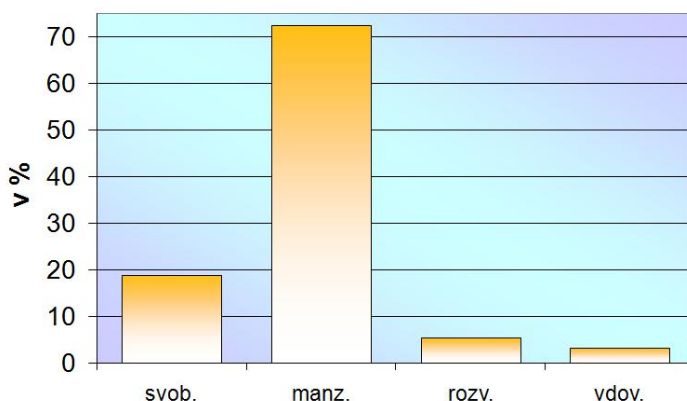


### Obr. 3.4.4a

Distribuce respondentů dle **stavu**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

#### Frequency Distribution of „stav“

stav	Count	Percent
1 (svobodný/á)	34	18.78
2 (manželství)	131	72.38
3 (rozvedený/á)	10	5.52
4 (vdovec/a)	6	3.31



### Obr. 3.4.4b

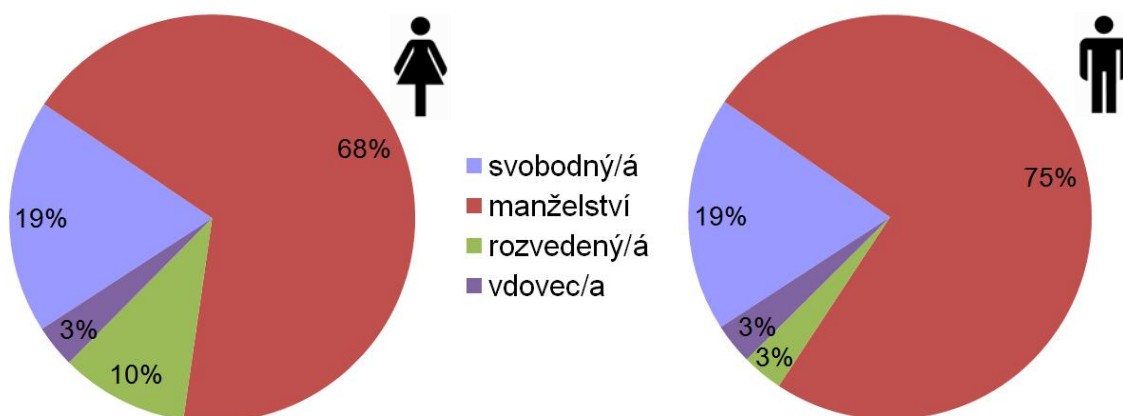
Distribuce respondentů dle **stavu** u jednotlivých **pohlaví** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

#### Table Count Section of „stav“ and „pohlaví“

pohlaví	stav				Total
	1 svobodný/á	2 manželství	3 rozvedený/á	4 vdovec/a	
ženy	11	40	6	2	59
muži	23	91	4	4	122
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>131</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>181</b>

#### Cross Tabulation Report

Chi-Square	6.101246	
Degrees of Freedom	4	
Probability Level	0.191714	Accept H0



Z grafu je patrný vyšší počet respondentů mužů v kategorii „manželství“ a také vyšší počet rozvedených žen. Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných stavu a pohlaví je přijetí nulové hypotézy (Accept H0) o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** stavu a pohlaví.

### 3.4.5 Zaměstnání

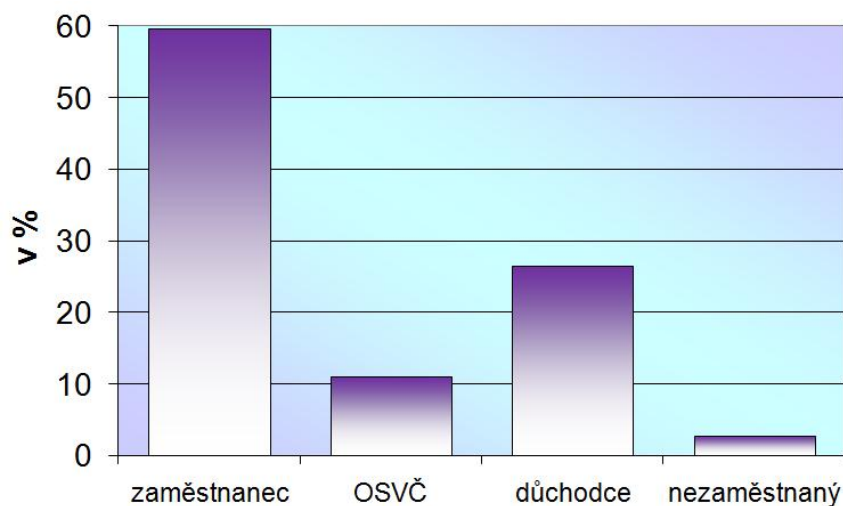
Zaměstnání respondentů bylo kategorizováno do čtyř skupin.

#### Obr. 3.4.5a

Distribuce respondentů dle **zaměstnání**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

#### Frequency Distribution of „zaměstnání“

zamestnani	Count	Percent
1 (zaměstnanec)	108	59.67
2 (OSVČ)	20	11.05
3 (důchodce)	48	26.52
4 (nezaměstnaný)	5	2.76



Nejvíce respondentů je zastoupeno v kategorii „zaměstnanec“, druhou nejrozsáhlejší kategorií je kategorie „důchodce“. Nejméně respondentů je v kategorii „nezaměstnaný“.

### Obr. 3.4.5b

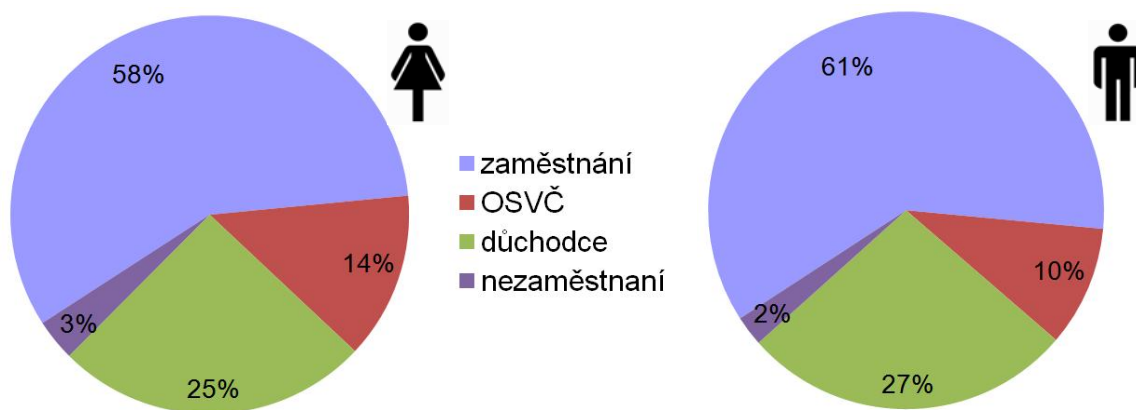
Distribuce respondentů dle **zaměstnání** u jednotlivých **pohlaví** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

Table Count Section of „zamestnani“ and „pohlavi“

pohlaví	zaměstnání				Total
	1 zaměst	2 OSVČ	3 důchodce	4 nezaměst	
ženy	34	8	15	2	59
muži	74	12	33	3	122
Total	108	20	48	5	181

#### Cross Tabulation Report

Chi-Square	0.724399	
Degrees of Freedom	3	
Probability Level	0.867451	Accept H0



Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných zaměstnání a pohlaví je přijetí nulové hypotézy (Accept H0) o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** zaměstnání a pohlaví.

#### 3.4.6 Stupeň ankylozující spondylitidy (AS)

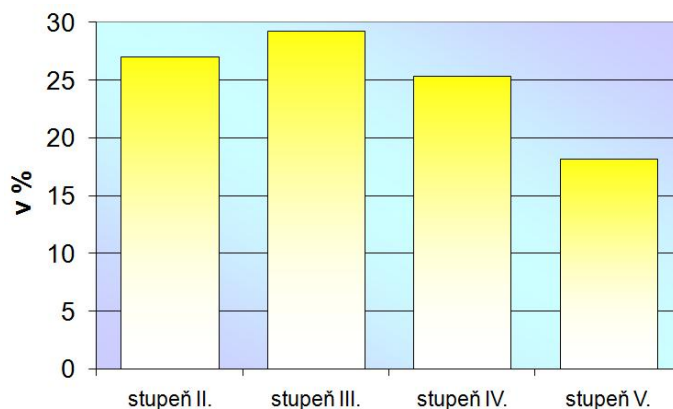
Respondenti byli kategorizováni do pěti skupin, dle závažnosti, resp. stupně svého onemocnění. V kategorii prvního stupně AS nebyl žádný respondent.

**Obr. 3.4.6a**

Distribuce respondentů dle **stupeň AS**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

**Frequency Distribution of „stupeň AS“**

stupeň AS	Count	Percent
2 (stupeň II.)	49	27.07
3 (stupeň III.)	53	29.28
4 (stupeň IV.)	46	25.41
5 (stupeň V.)	33	18.23



**Obr. 3.4.6b**

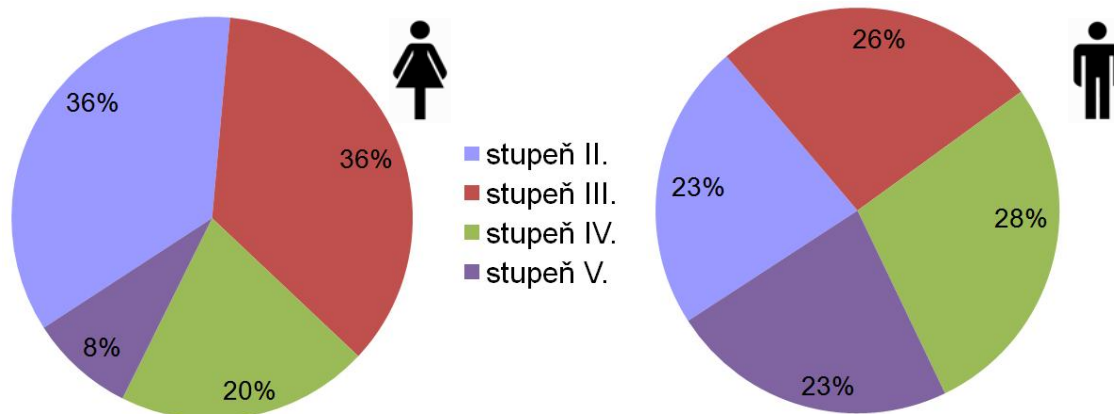
Distribuce respondentů dle **stupeň AS** u jednotlivých **pohlaví** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

**Table Count Section of „stupeň AS“ and „pohlaví“**

pohlaví	stupeň AS				Total
	2 II	3 III	4 IV	5 V	
ženy	21	21	12	5	59
muži	28	32	34	28	122
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>53</b>	<b>46</b>	<b>33</b>	<b>181</b>

**Cross Tabulation Report**

Chi-Square	8.996854	
Degrees of Freedom	3	
Probability Level	0.029333	<b>Reject H0</b>



Z grafu je patrná rovnoměrnější distribuce jednotlivých stupňů AS u mužů a zároveň

vyšší procento žen s nižšími stupni AS (II. a III.) oproti stupňům vyšším (IV. a V.). Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných zaměstnání a pohlaví je **zamítnutí** nulové hypotézy (Reject H0) o nezávislosti obou veličin. Lze tedy prohlásit, že **veličiny** stupeň AS a pohlaví **jsou** statisticky významně **závislé**.

### 3.4.7 Kouření

Mezi respondenty je 147 **nekuřáků (81,2%)** a 34 **kuřáků (18,8%)**.

**Obr. 3.4.7a**

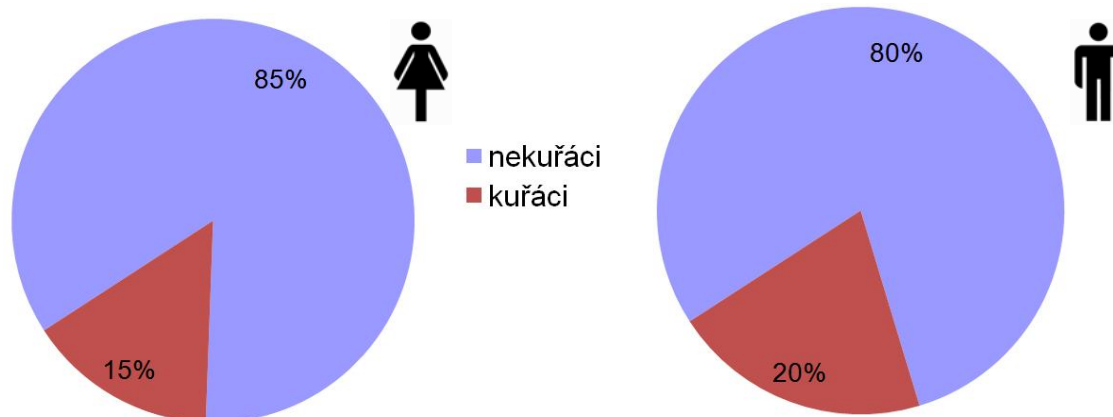
Distribuce respondentů dle **kouření** u jednotlivých **pohlaví** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

**Table Count Section of „kouření“ and „pohlaví“**

pohlaví	kouření		Total
	0 ne	1 ano	
ženy	50	9	59
muži	97	25	122
<b>Total</b>	147	34	181

**Cross Tabulation Report**

Chi-Square	0.715078	
Degrees of Freedom	1	
Probability Level	0.397763	Accept H0



Z grafu je patrný vyšší počet respondentů kuřáků mužů. Výstupem chí kvadrát testu

závislosti proměnných kouření a pohlaví je přijetí nulové hypotézy (Accept H0) o nezávislosti obou veličin. **Nebyla tedy zjištěna** statisticky významná **závislost** kouření a pohlaví.

### 3.4.8 Hodnota BMI

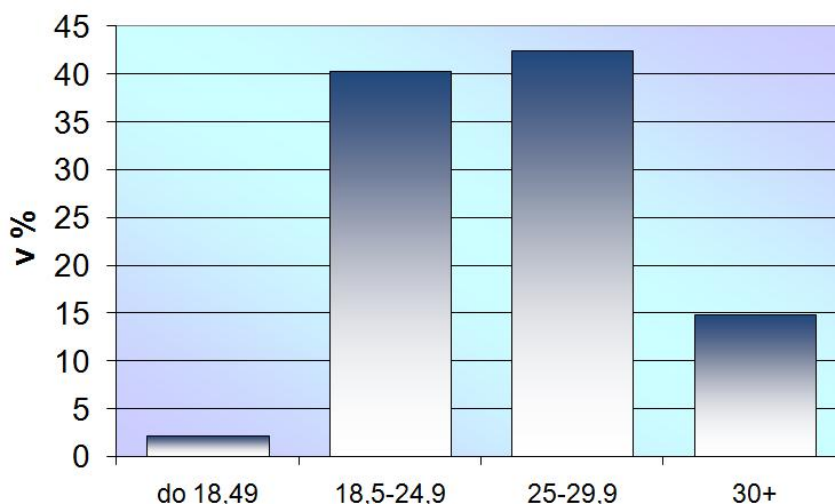
Respondenti byli kategorizováni do pěti skupin, dle hodnoty BMI. BMI (**B**ody **M**ass **I**ndex – index tělesné hmotnosti) je faktor určující stupeň obezity, jeho hodnota je vypočtená podle vzorce: váha v kg dělená výškou v metrech na druhou. Normální váhu přitom určují hodnoty BMI mezi 18,5 a 25. Hodnota BMI nad 25 ukazuje na nadváhu, nad 30 pak na obezitu.

#### Obr. 3.4.8a

Distribuce respondentů dle hodnoty **BMI**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

#### Frequency Distribution of „BMI“

BMI	Count	Percent
1 (do 18,49)	4	2.21
2 (18,5-24,9)	73	40.33
3 (25-29,9)	77	42.54
4 (30+)	27	14.92



Nejvíce respondentů je v kategorii BMI nad 25, což znamená nadváhu až obezitu těchto respondentů.

**Obr. 3.4.8b**

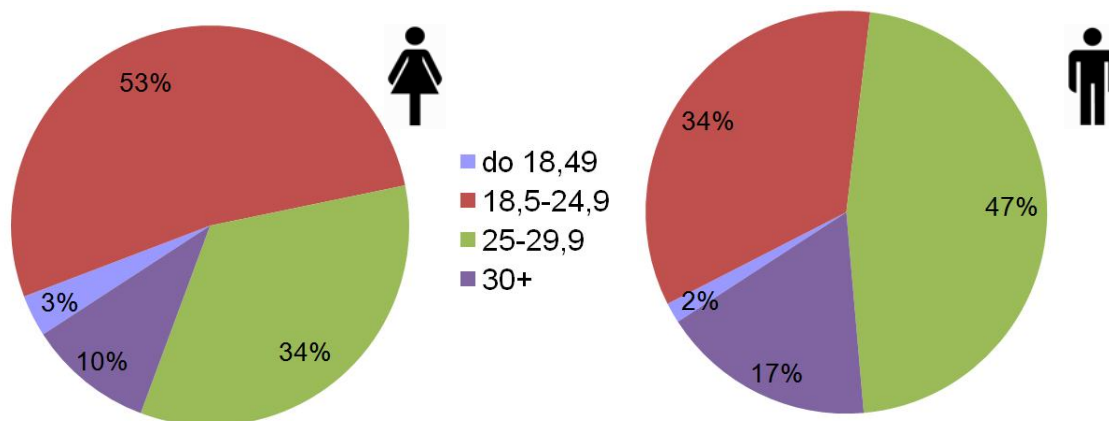
Distribuce respondentů dle hodnoty BMI u jednotlivých pohlaví a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

Table Count Section of „BMI“ and „pohlaví“

pohlaví	BMI				Total
	1 do 18,49	2 18,5-24,9	3 25-29,9	4 30+	
ženy	2	31	20	6	59
muži	2	42	57	21	122
Total	4	73	77	27	181

**Cross Tabulation Report**

Chi-Square	6.647224	
Degrees of Freedom	3	
Probability Level	0.084034	Accept H0



Z grafu je patrný vyšší počet respondentů mužů v kategorii BMI 25-29,9 (nadváha) a v kategorii BMI 30+ (obezita) oproti ženám. Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných BMI a pohlaví je přijetí nulové hypotézy (Accept H0) o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** BMI a pohlaví.

### 3.4.9 Závislost mezi jednotlivými proměnnými

**Obr. 3.4.9a**

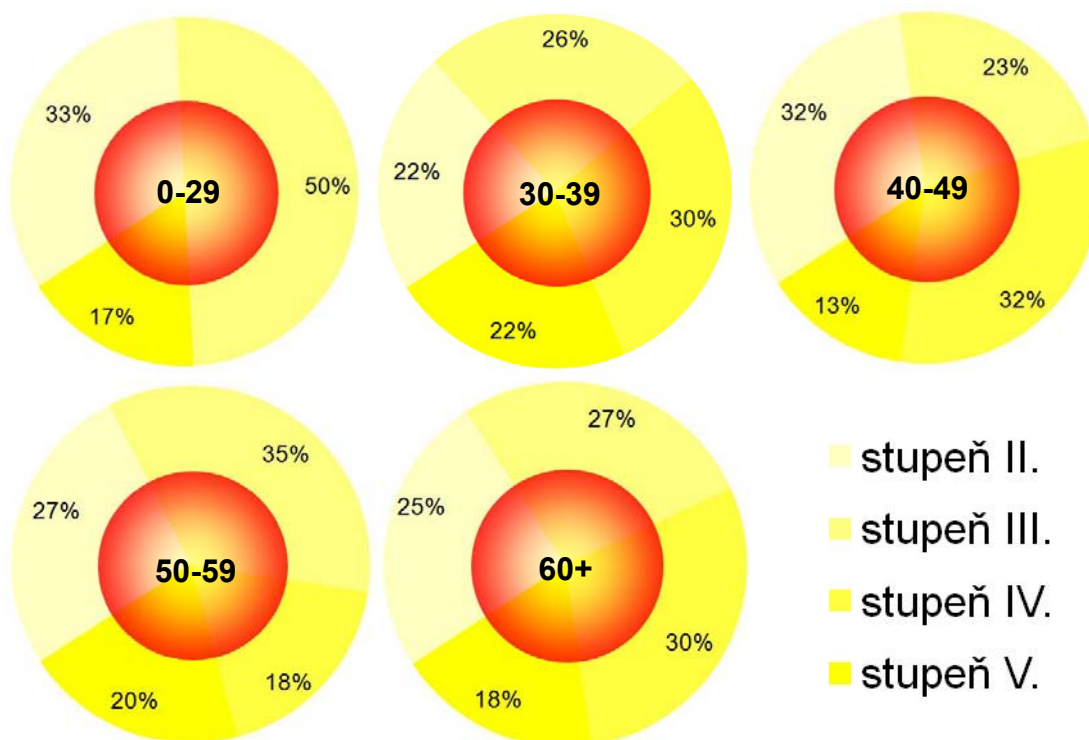
Distribuce respondentů dle **stupně AS** a **věkových skupin** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

**Table Count Section of „stupeň AS“ and „věk“**

věk	stupeň AS				Total
	II	III	IV	V	
1 0-29	2	3	0	1	6
2 30-39	6	7	8	6	27
3 40-49	14	10	14	6	44
4 50-59	16	21	11	12	60
5 60+	11	12	13	8	44
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>53</b>	<b>46</b>	<b>33</b>	<b>181</b>

**Cross Tabulation Report**

Chi-Square 7.879928  
 Degrees of Freedom 12  
 Probability Level 0.794442 Accept H0



Z grafu nejsou patrné významnější rozdíly v distribuci respondentů dle stupně AS u



jednotlivých věkových skupin. Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných stupeň AS a věk je přijetí nulové hypotézy (Accept H0) o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** stupně AS a věku.

### Obr. 3.4.9b

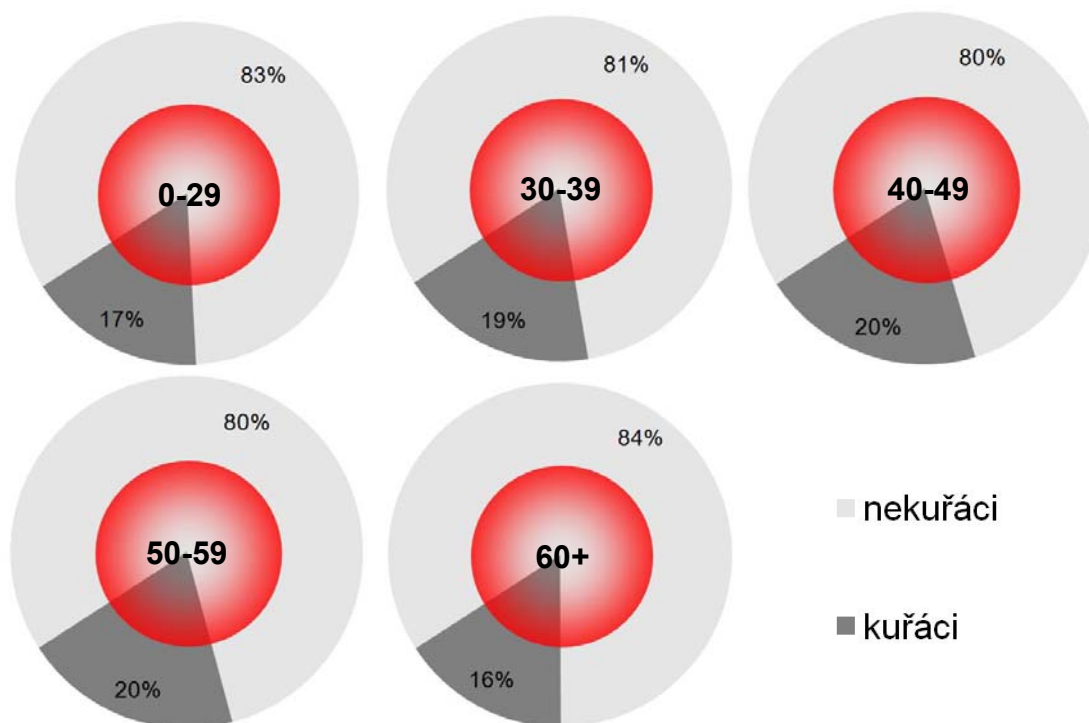
Distribuce respondentů dle **kouření** a **věkových skupin** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

Table Count Section of „kouření“ and „věk“

věk	kouření		Total
	0 ne	1 ano	
1 0-29	5	1	6
2 30-39	22	5	27
3 40-49	35	9	44
4 50-59	48	12	60
5 60+	37	7	44
Total	147	34	181

### Cross Tabulation Report

Chi-Square	0.395896	
Degrees of Freedom	4	
Probability Level	0.982812	Accept H0



Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných kouření a věk je přijetí nulové hypotézy (Accept H0) o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** kouření a věku.

### Obr. 3.4.9c

Distribuce respondentů dle **BMI** a **věkových skupin** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

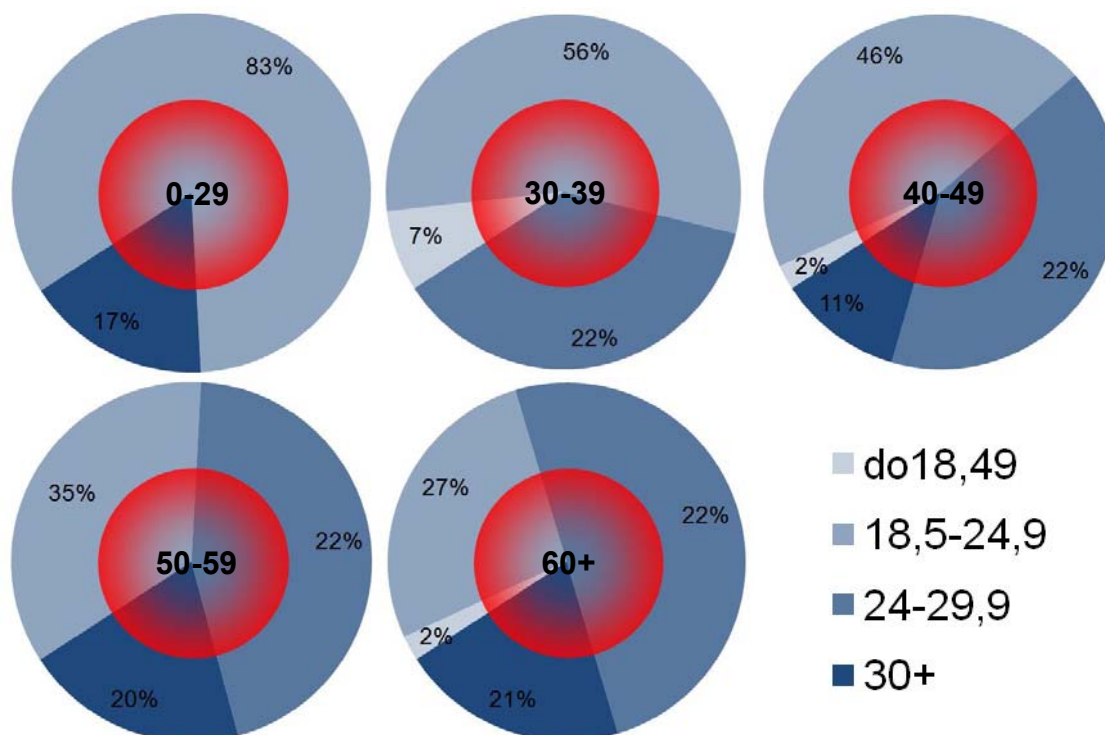
Table Count Section of „BMI“ and „věk“

věk	BMI				Total
	1	2	3	4	
1 0-29	0	5	0	1	6
2 30-39	2	15	10	0	27
3 40-49	1	20	18	5	44
4 50-59	0	21	27	12	60
5 60+	1	12	22	9	44
Total	4	73	77	27	181

### Cross Tabulation Report

Chi-Square 21.421661  
 Degrees of Freedom 12  
 Probability Level 0.044536

**Reject H0**



Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných zaměstnání a pohlaví je **zamítnutí** nulové hypotézy (Reject H0) o nezávislosti obou veličin. Lze tedy prohlásit, že **veličiny BMI a věk jsou statisticky významně závislé**.

#### Obr. 3.4.9d

Distribuce respondentů dle **kouření** a **stupně AS** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

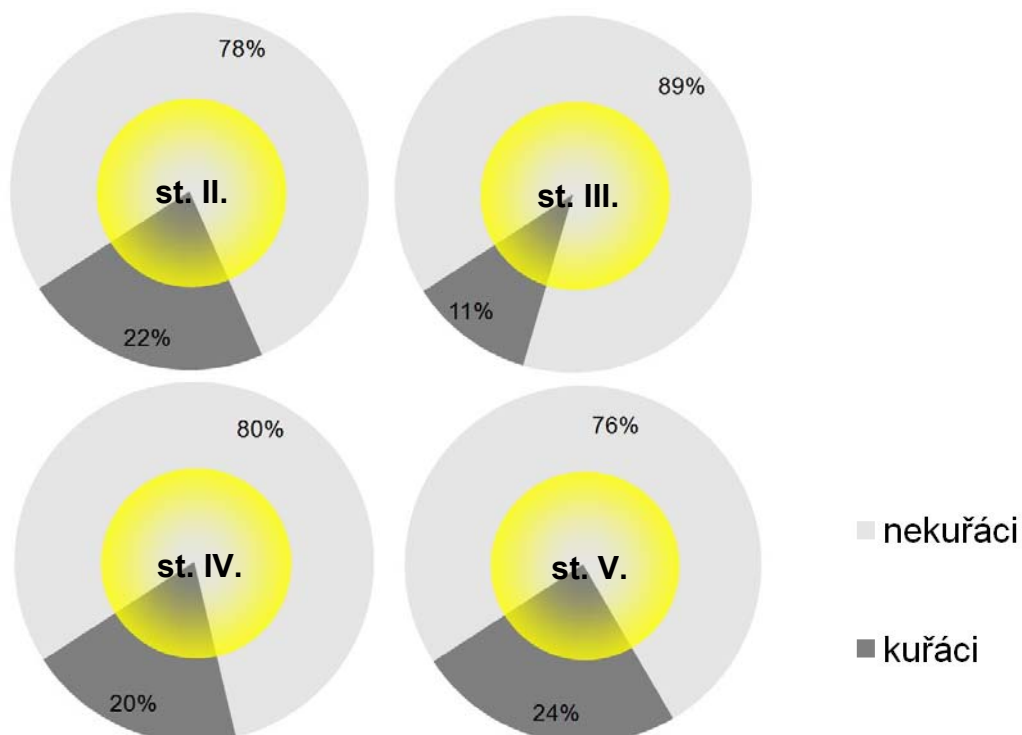
Table Count Section of „kouření“ and „stupeň AS“

Stupeň AS	kouření		Total
	0 ne	1 ano	
2 II	38	11	49
3 III	47	6	53
4 IV	37	9	46
5 V	25	8	33
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>34</b>	<b>181</b>

#### Cross Tabulation Report

Chi-Square 3.029352  
 Degrees of Freedom 3  
 Probability Level 0.387122

Accept H0



Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných kouření a stupeň AS je přijetí nulové hypotézy (Accept H0) o nezávislosti obou veličin. **Nebyla tedy zjištěna** statisticky významná **závislost** kouření a stupně AS.

### Obr. 3.4.9e

Distribuce respondentů dle **BMI** a **stupeň AS** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

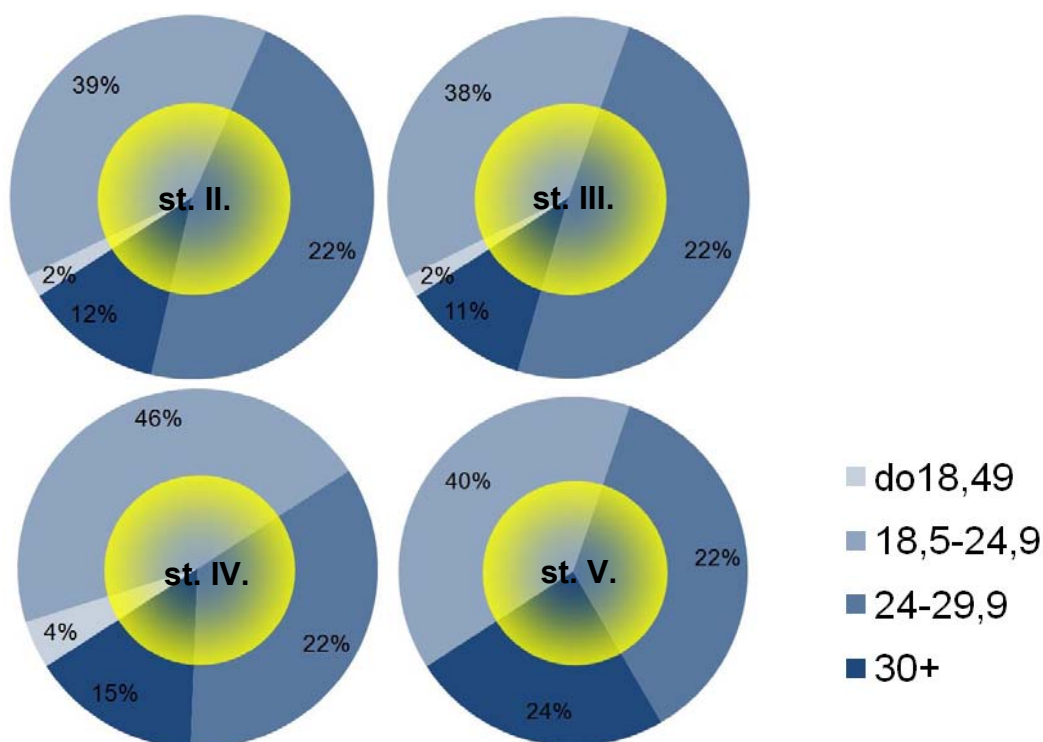
Table Count Section of „BMI“ and „stupeň AS“

AS	BMI				Total
	1	2	3	4	
2 II	1	19	23	6	49
3 III	1	20	26	6	53
4 IV	2	21	16	7	46
5 V	0	13	12	8	33
<b>Total</b>	4	73	77	27	181

#### Cross Tabulation Report

Chi-Square 6.479246  
 Degrees of Freedom 9  
 Probability Level 0.691159

Accept H0



Z grafu nejsou patrné významnější rozdíly v distribuci respondentů dle kouření u jednotlivých kategorií stupně AS, přesto je nejvíce obézních respondentů (BMI nad 30) v kategorii stupně V. Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných BMI a stupně AS je přijetí nulové hypotézy (Accept H0) o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** BMI a stupně AS.

#### Obr. 3.4.9f

Distribuce respondentů dle **BMI** a **kouření** a chí kvadrát test závislosti těchto proměnných, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

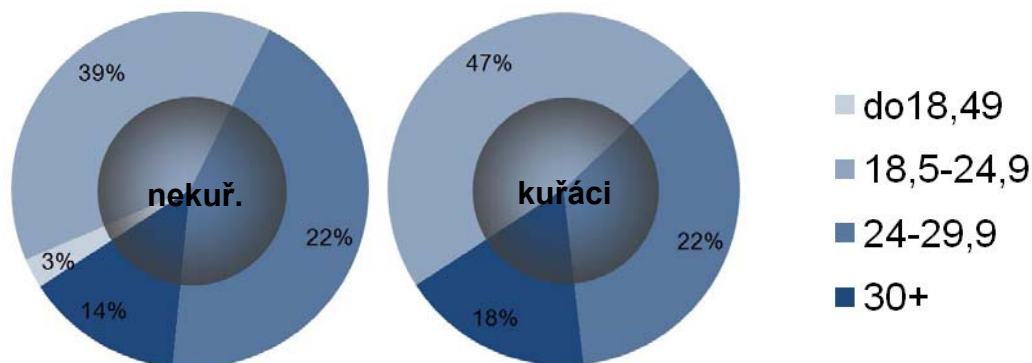
Table Count Section of „BMI“ and „kouření“

	BMI				Total
kouření	1	2	3	4	
0 ne	4	57	65	21	147
1 ano	0	16	12	6	34
Total	4	73	77	27	181

#### Cross Tabulation Report

Chi-Square	2.120958
Degrees of Freedom	3
Probability Level	0.547684

Accept H0



Z grafu nejsou patrné významnější rozdíly v distribuci respondentů dle kouření u jednotlivých kategorií stupně AS, přesto je nejvíce obézních respondentů (BMI nad 30) mezi kuřáky. Výstupem chí kvadrát testu závislosti proměnných kouření a BMI je přijetí nulové hypotézy (Accept H0) o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** BMI a kouření.

## 4 Výsledky

Průměrná hodnota indexu kvality života zjištěná u respondentů byla **61,0**.

### Obr. 4a

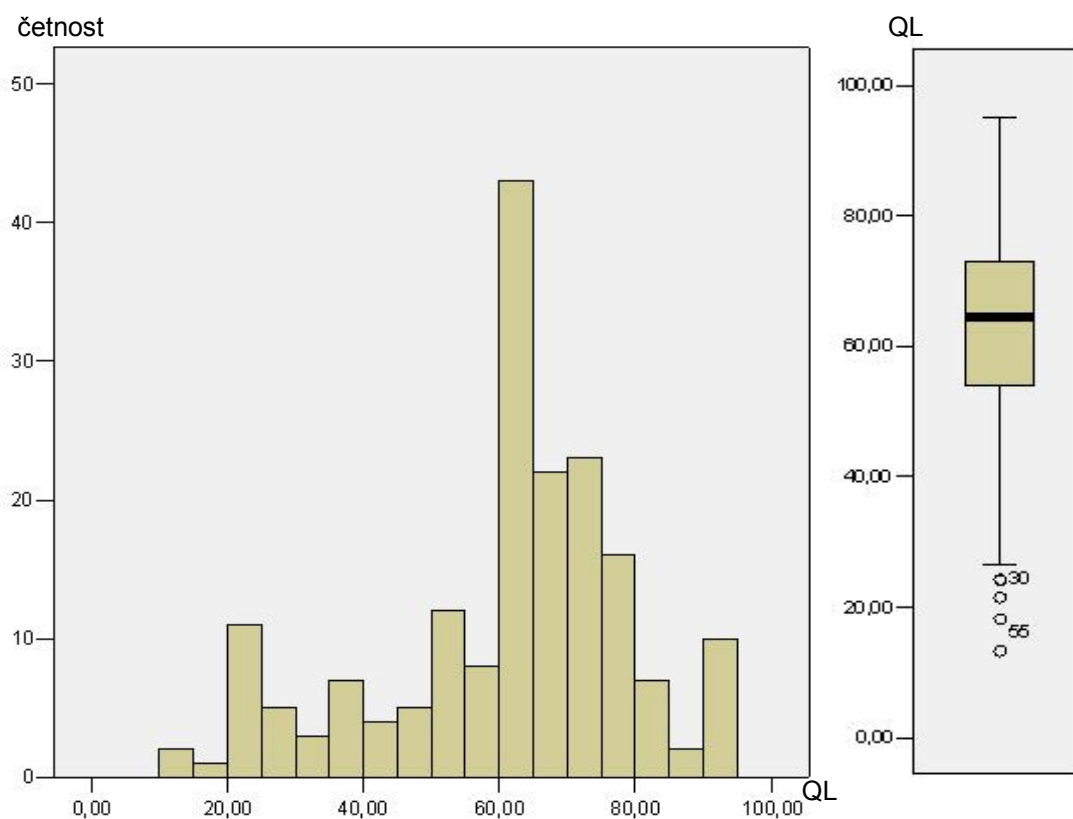
Podrobné charakteristiky zjištěného **indexu kvality života (QL)** jako spojité proměnné, výstup z programu SPSS, histogram a krabicový graf, zdroj: vlastní výzkum

#### Descriptive Statistic of „QL“

Count	Minimum	Maximum	Mean	St. Deviation
181	13.3	95	61.04282	18.37233

#### Means Section of „QL“

Parameter	Mean	Median	Geometric Mean	Harmonic Mean	Mode
Value	61.04282	64.5	57.33084	52.20424	60
95% LCL	58.34816	62	54.13034	48.32111	
95% UCL	63.73747	65.5	60.72057	56.76602	



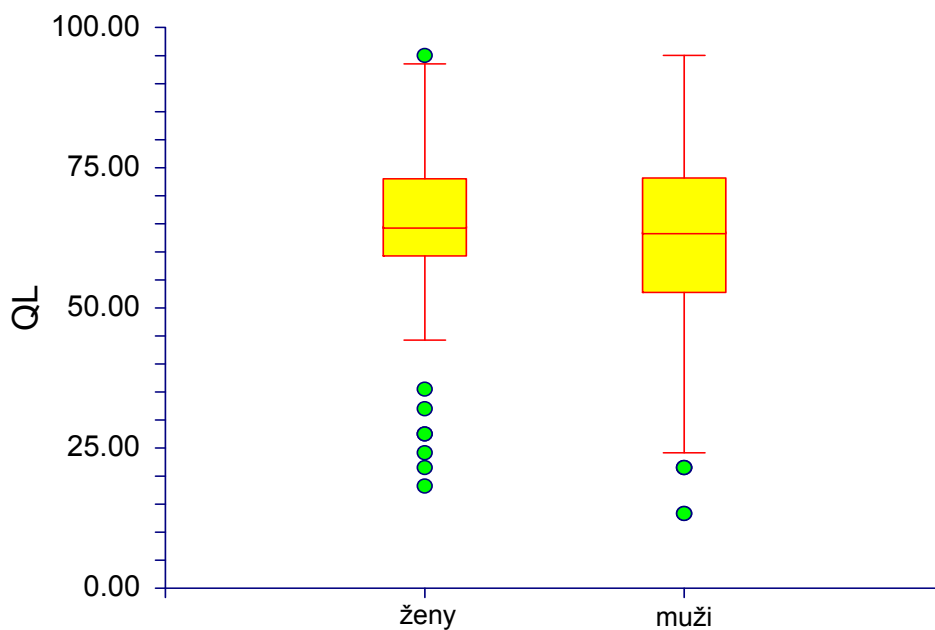
#### 4.1 Kvalita života v závislosti na pohlaví

Index kvality života u žen byl zjištěn v průměrné výši **62,4**, u mužů **60,4**.

**Obr. 4.1a**

Podrobné charakteristiky zjištěného indexu kvality života u **žen** a u **mužů**, výstup z programu SPSS a krabicové grafy, zdroj: vlastní výzkum

	QL_zeny	QL_muži
Mean	62,4169	60,3783
95% Confidence Interval for Mean		
Lower Bound	58,0952	56,9355
Upper Bound	66,7387	63,8211
5% Trimmed Mean	63,0589	60,7813
Median	64,5000	63,5000
Variance	275,017	368,937
Std. Deviation	16,58364	19,20773
Minimum	18,20	13,30
Maximum	95,00	95,00
Range	76,80	81,70
Interquartile Range	13,75	20,40
Skewness	-,955	-,573
Kurtosis	,985	-,090



**Obr. 4.1b**

Spearmanův koeficient pořadové korelace kvality života a **pohlaví** a výstup Mann-Whitneyova testu korelace kvality života mezi jednotlivými pohlavími, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

**Spearman Correlations Section (Row-Wise Deletion)**

	QL	pohlaví
QL	1.000000	<b>-0.052372</b>
	0.000000	0.483810
	181.000000	181.000000

**Mann-Whitney U or Wilcoxon Rank-Sum Test for Difference in Medians**

<b>pohlaví 1, 2</b> Alternative Hypothesis Diff<>0	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
	Z-Value	Prob Level	Reject H0 at .050	Z-Value	Prob Level	Reject H0 at .050
	0.7026	0.482280	No	0.7011	0.483225	<b>No</b>

Zjištěná hodnota Spearmanova koeficientu korelace proměnných kvality života a pohlaví (označena žlutě) byla **velmi malá** (v případě kladné korelace nabývá tento koeficient hodnot blízkých 1,0, v případě záporné korelace -1,0) nelze tedy zamítnout nulovou hypotézu o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** kvality života a pohlaví.

Mann-Whitneyův test srovnání kvality života obou skupin pohlaví neumožnil zamítnutí nulové hypotézy o shodě mediánů obou souborů (Reject H0 at 0,05 - No). **Rozdíly** mezi mediány **kvality života** u mužů a žen tedy **nejsou** statisticky **významné**.

**4.2 Kvalita života v závislosti na věku**

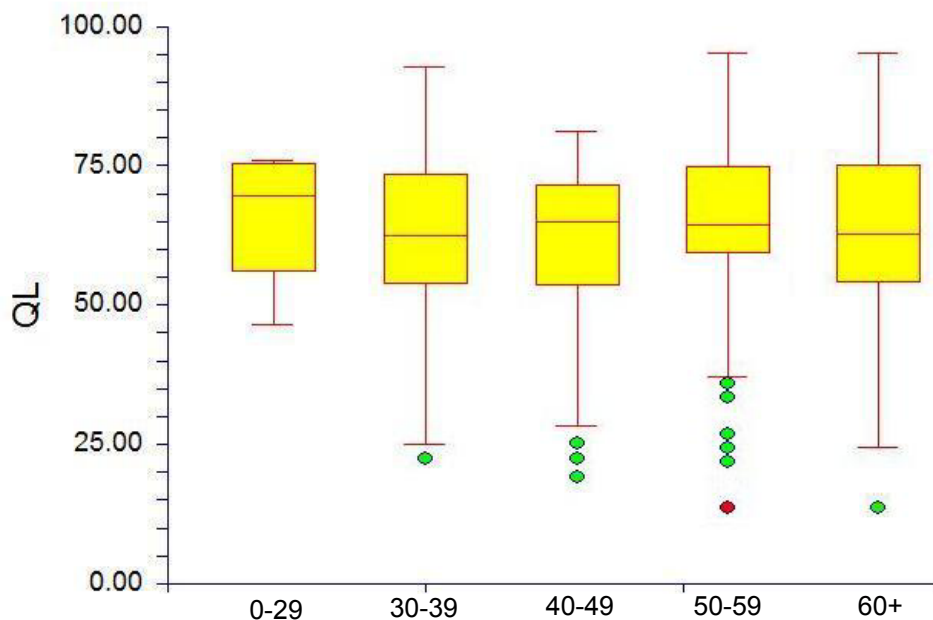
Index kvality života byl zjištěn u věkové skupiny 1 (0-29 let) v průměrné výši **66,1**, u věkové skupiny 2 (30-39 let) v průměrné výši **60,0**, u věkové skupiny 3 (40-49 let) v průměrné výši **58,3**, u věkové skupiny 4 (50-59 let) v průměrné výši **63,1** a u věkové skupiny 5 (60+) v průměrné výši **60,1**.



**Obr. 4.2a**

Podrobné charakteristiky zjištěného indexu kvality života u jednotlivých **věkových skupin**, výstup z programu SPSS a krabicové grafy, zdroj: vlastní výzkum

	QL_vek_1	QL_vek_2	QL_vek_3	QL_vek_4	QL_vek_5
Mean	66,0833	60,0444	58,3136	63,0967	60,8966
95% Confidence Interval for Mean					
LB	54,0598	52,8904	53,1930	58,1899	54,7891
UB	78,1069	67,1985	63,4343	68,0034	67,0041
5% Trimmed Mean	66,6204	60,5596	59,2311	63,7870	61,3629
Median	69,8750	62,0000	64,5000	64,5000	62,7500
Variance	131,267	327,051	283,676	360,781	403,551
Std. Deviation	11,45717	18,08456	16,84269	18,99423	20,08859
Minimum	46,50	21,50	18,20	13,30	13,30
Maximum	76,00	92,00	80,25	95,00	95,00
Range	29,50	70,50	62,05	81,70	81,70
Interquartile Range	19,19	19,40	17,94	15,25	20,88
Skewness	-1,160	-,826	-1,027	-,642	-,550
Kurtosis	,556	,083	,056	,394	-,056



### Obr. 4.2b

Spearmanův koeficient pořadové korelace kvality života a věku a výstupy Mann-Whitneyova testu korelace kvality života mezi jednotlivými věkovými skupinami, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

#### Spearman Correlations Section (Row-Wise Deletion)

	QL	věk
QL	1.000000	0.013548
	0.000000	0.856351
	181.000000	181.000000

#### Mann-Whitney U or Wilcoxon Rank-Sum Test for Difference in Medians

<b>věk 1, 2</b>	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
Alternative Hypothesis	Z-Value	Prob Level	Reject H0 at .050	Z-Value	Prob Level	Reject H0 at .050
Diff<>0	0.7943	0.427027	No	0.7709	0.440750	No

<b>věk 1, 3</b>	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
Alternative Hypothesis	Z-Value	Prob Level	Reject H0 at .050	Z-Value	Prob Level	Reject H0 at .050
Diff<>0	1.1212	0.262215	No	1.1062	0.268630	No

<b>věk 1, 4</b>	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
Alternative Hypothesis	Z-Value	Prob Level	Reject H0 at .050	Z-Value	Prob Level	Reject H0 at .050
Diff<>0	0.4464	0.655300	No	0.4353	0.663380	No

<b>věk 1, 5</b>	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
Alternative Hypothesis	Prob	Reject H0		Prob	Reject H0	
Diff<>0	Z-Value	Level	at .050	Z-Value	Level	at .050
	0.5380	0.590581	No	0.5230	0.600940	No

<b>věk 2, 3</b>	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
Alternative Hypothesis	Prob	Reject H0		Prob	Reject H0	
Diff<>0	Z-Value	Level	at .050	Z-Value	Level	at .050
	0.5217	0.601885	No	0.5158	0.606020	No

<b>věk 2, 4</b>	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
Alternative Hypothesis	Prob	Reject H0		Prob	Reject H0	
Diff<>0	Z-Value	Level	at .050	Z-Value	Level	at .050
	-0.6060	0.544537	No	-0.6014	0.547590	No

<b>věk 2, 5</b>	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
Alternative Hypothesis	Prob	Reject H0		Prob	Reject H0	
Diff<>0	Z-Value	Level	at .050	Z-Value	Level	at .050
	-0.0356	0.971629	No	-0.0296	0.976356	No

<b>věk 3, 4</b>	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
Alternative Hypothesis	Prob	Reject H0		Prob	Reject H0	
	Z-Value	Level	at .050	Z-Value	Level	at .050

Diff<>0	-1.1294	0.258733	No	-1.1261	0.260124	No
---------	---------	----------	----	---------	----------	----

<b>věk 3, 5</b>	<b>Approximation Without Correction</b>			<b>Approximation With Correction</b>		
<b>Alternative Hypothesis</b>	<b>Prob</b>	<b>Reject H0</b>	<b>at .050</b>	<b>Z-Value</b>	<b>Prob</b>	<b>Reject H0</b>
Diff<>0	-0.4303	0.666993	No	-0.4261	0.670034	No

<b>věk 4, 5</b>	<b>Approximation Without Correction</b>			<b>Approximation With Correction</b>		
<b>Alternative Hypothesis</b>	<b>Prob</b>	<b>Reject H0</b>	<b>at .050</b>	<b>Z-Value</b>	<b>Prob</b>	<b>Reject H0</b>
Diff<>0	-0.6749	0.499717	No	-0.6716	0.501811	No

Zjištěná hodnota Spearmanova koeficientu korelace proměnných kvality života a věku (označena žlutě) byla **velmi malá** (v případě kladné korelace nabývá tento koeficient hodnot blízkých 1,0, v případě záporné korelace -1,0) nelze tedy zamítnout nulovou hypotézu o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** kvality života a věku.

Mann-Whitneyův test srovnání kvality života všech věkových kategorií respondentů neumožnil ani v jednom případě zamítnutí nulové hypotézy o shodě mediánů jednotlivých souborů (Reject H0 at 0,05 - No). **Rozdíly** mezi mediány **jednotlivých věkových skupin** tedy **nejsou** statisticky významné.

#### Obr. 4.2c

Kvalita života dle **pohlaví** u jednotlivých **věkových skupin**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

QL Table Percentages Section of „věk“ and „pohlaví“

QL	věk				
	1	2	3	4	5
pohlaví	0-29	30-39	40-49	50-59	60+
ženy	71,9167	66,5857	59,8719	62,1	61,45
muži	60,25	57,755	57,4232	63,7162	60,7338



Z grafu je patrná výraznější hodnota indexu kvality života u žen ve skupině 0-29 let. Současně v prvních dvou věkových skupinách (0-29 a 30-39 let) jsou větší rozdíly mezi kvalitou života žen a mužů.

#### 4.3 Kvalita života v závislosti na místě bydliště

Index kvality života byl zjištěn u respondentů ve skupině bydliště 1 (do 5 tisíc obyvatel) v průměrné výši **65,5**, ve skupině bydliště 2 (do 10 tisíc obyvatel) v průměrné výši **60,8**, ve skupině bydliště 3 (do 50 tisíc obyvatel) v průměrné výši **61,0**, ve skupině

bydliště 4 (do 100 tisíc obyvatel) v průměrné výši **56,2**, ve skupině bydliště 5 (nad 100 tisíc obyvatel) v průměrné výši **60,7**.

#### Obr. 4.3a

Podrobné charakteristiky zjištěného indexu kvality života u jednotlivých kategorií místa **bydliště**, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

#### Descriptive Statistics Section of „bydliště“

Variable	Count	Mean	Standard Deviation	95.0% LCL of Mean	95.0% UCL of Mean
1 do 5 tis	33	65.48485	18.22793	59.0215	71.9482
2 do 10 tis	30	60.77167	14.18654	55.47432	66.06901
3 do 50 tis	47	60.9883	20.22936	55.04874	66.92786
4 do 100 tis	25	56.186	23.32133	46.55943	65.81257
5 nad 100 tis	46	60.72826	15.75048	56.05095	65.40558

#### Obr. 4.3b

Spearmanův koeficient pořadové korelace kvality života a **bydliště** a souhrnný výstup Mann-Whitneyova testu korelace kvality života mezi jednotlivými kategoriemi bydliště, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

#### Spearman Correlations Section (Row-Wise Deletion)

	QL	bydliště
QL	1.000000	<b>-0.088952</b>
	0.000000	0.233734
	181.000000	181.000000

#### Mann-Whitney U or Wilcoxon Rank-Sum Test for Difference in Medians

bydliště 1, 2, 3, 4, 5 Alternative Hypothesis	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
	Prob Z-Value	Reject H0 Level	at .050	Z-Value	Prob Level	Reject H0 at .050
Diff<>0	?	?	?	?	?	<b>No</b>

Zjištěná hodnota Spearmanova koeficientu korelace proměnných kvality života a bydliště (označena žlutě) byla **velmi malá** (v případě kladné korelace nabývá tento koeficient hodnot blízkých 1,0, v případě záporné korelace -1,0), nelze tedy zamítnout nulovou hypotézu o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** kvality života a bydliště.

Mann-Whitneyův test srovnání kvality života všech kategorií bydliště respondentů neumožnil ani v jednom případě zamítnutí nulové hypotézy o shodě mediánů jednotli-

vých souborů (Reject H0 at 0,05 - No). **Rozdíly** mezi mediány **jednotlivých kategorií bydlíště** tedy **nejsou** statisticky významné.

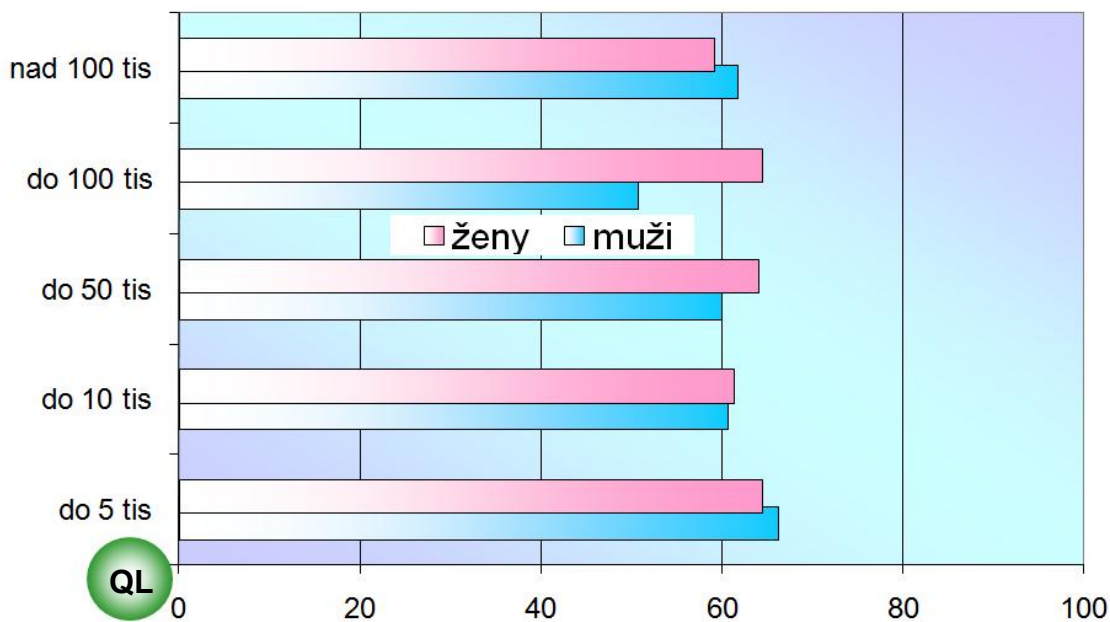
Pro přehlednost nejsou uváděny všechny výstupy Mann-Whitneyova testu pro korelace všech kategorií.

**Obr. 4.3c**

Kvalita života dle **pohlaví** u jednotlivých kategorií **bydlíště**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

QL Table Percentages Section of „bydliště“ and „pohlaví“

QL pohlaví	bydliště				
	1 do 5 tis	2 do 10 tis	3 do 50 tis	4 do 100 tis	5 nad 100 tis
ženy	64,3846	61,2143	64,05	64,355	59,1147
muži	66,2	60,6370	59,9386	50,74	61,6741



Rozdíly mezi kvalitou života žen a mužů dle místa bydliště jsou minimální, jedinou výjimkou je kategorie místa bydliště do 100 tisíc obyvatel. Zde dosahují muži v průměru nejnižší kvality života mezi všemi kategoriemi, ovšem současně s nejuvýraznějším rozdílem od kvality života žen.

#### 4.4 Kvalita života v závislosti na stavu

Index kvality života byl zjištěn u respondentů v kategorii 1 (svobodný/á) v průměrné výši **60,4**, v kategorii 2 (manželství) v průměrné výši **60,2**, v kategorii 3 (rozvedený/á) v průměrné výši **65,0** a v kategorii 4 (vdovec/a) v průměrné výši **78,9**.

##### Obr. 4.4a

Podrobné charakteristiky zjištěného indexu kvality života u jednotlivých kategorií **stavu** respondentů, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

##### Descriptive Statistics Section of „stav“

Variable	Count	Mean	Standard Deviation	95.0% LCL of Mean	95.0% UCL of Mean
1 svobodný	34	60.41471	16.83672	54.5401	66.28931
2 manželství	131	60.23779	19.09857	56.93656	63.53901
3 rozvedený	10	64.975	11.95606	56.42215	73.52785
4 vdovec/a	5	78.9	14.55764	60.8243	96.9757

##### Obr. 4.4b

Spearmanův koeficient pořadové korelace kvality života a **stavu** a souhrnný výstup Mann-Whitneyova testu korelace kvality života mezi jednotlivými kategoriemi stavu, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

##### Spearman Correlations Section (Row-Wise Deletion)

QL	QL	stav
	1.000000	<b>0.060085</b>
	0.000000	0.421694
	181.000000	181.000000

##### Mann-Whitney U or Wilcoxon Rank-Sum Test for Difference in Medians

stav 1, 2, 3, 4 Alternative Hypothesis	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
	Prob	Reject H0		Prob	Reject H0	
Diff<>0	Z-Value	Level	at .050	Z-Value	Level	at .050
	?	?	?	?	?	<b>No</b>

Zjištěná hodnota Spearmanova koeficientu korelace proměnných kvality života a stavu (označena žlutě) byla **velmi malá** (v případě kladné korelace nabývá tento koeficient hodnot blízkých 1,0, v případě záporné korelace -1,0), nelze tedy zamítnout nulovou hypotézu o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná

**závislost** kvality života a stavu.

Mann-Whitneyův test srovnání kvality života všech kategorií stavu respondentů neumožnil ani v jednom případě zamítnutí nulové hypotézy o shodě mediánů jednotlivých souborů (Reject H0 at 0,05 - No). **Rozdíly** mezi mediány **jednotlivých kategorií stavu** tedy **nejsou** statisticky **významné**.

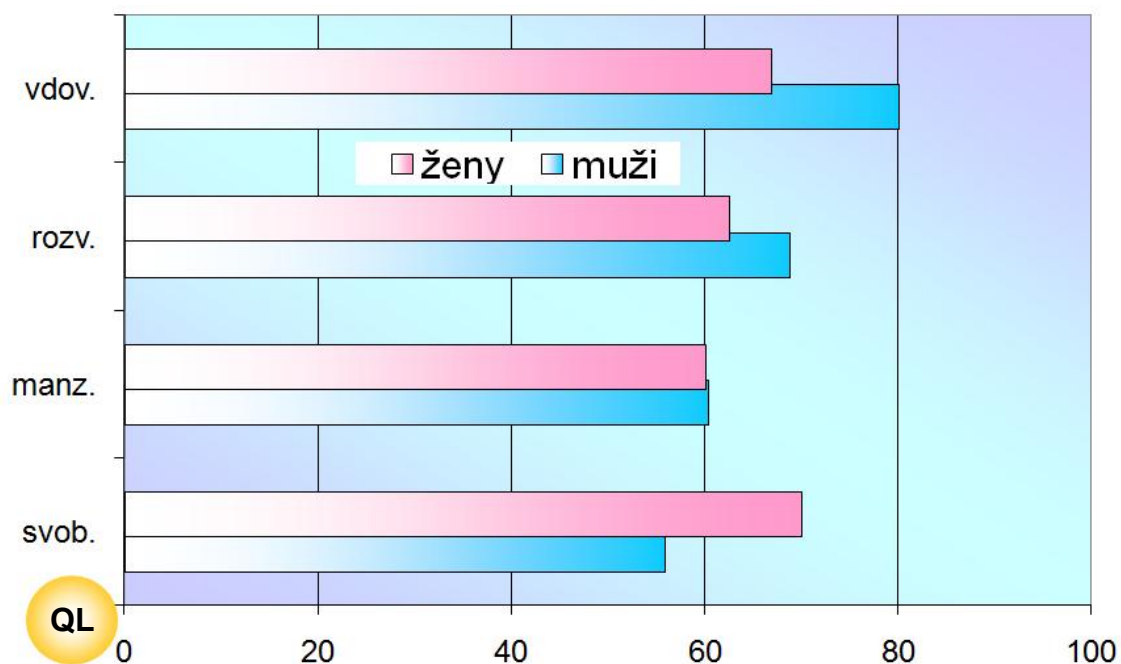
Pro přehlednost nejsou uváděny všechny výstupy Mann-Whitneyova testu pro korelace všech kategorií.

**Obr. 4.4c**

Kvalita života dle **pohlaví** u jednotlivých kategorií **stavu**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

QL Table Percentages Section of „stav“ and „pohlaví“

QL pohlaví	stav			
	1 svobodný/á	2 manželství	3 rozvedený/á	4 vdovec/a
ženy	69,9545	60,1150	62,4583	66,8750
muži	55,8522	60,2918	68,7500	80,0000





Svobodné ženy dosahují výrazně vyšší průměrnou kvalitu života než svobodní muži a naopak vdovci dosahují výrazně vyšší průměrnou kvalitu života než vdovy.

#### 4.5 Kvalita života v závislosti na zaměstnání

Index kvality života byl zjištěn u respondentů v kategorii 1 (zaměstnanec) v průměrné výši **61,3**, v kategorii 2 (OSVČ) v průměrné výši **58,3**, v kategorii 3 (důchodce) v průměrné výši **60,3** a v kategorii 4 (nezaměstnaný) v průměrné výši **73,5**.

##### Obr. 4.5a

Podrobné charakteristiky zjištěného indexu kvality života u jednotlivých kategorií **zaměstnání** respondentů, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

##### Descriptive Statistics Section of „zaměstnání“

Variable	Count	Mean	Standard Deviation	95.0% LCL of Mean	95.0% UCL of Mean
1 zaměstnanec	108	61.2870	17.21873	58.0025	64.5716
2 OSVČ	20	58.3375	19.70491	49.1153	67.5597
3 důchodce	48	60.3281	20.62188	54.3402	66.3161
4 nezaměstnaný	5	73.4500	13.43549	56.7676	90.1324

##### Obr. 4.5b

Spearmanův koeficient pořadové korelace kvality života a **zaměstnání** a souhrnný výstup Mann-Whitneyova testu korelace kvality života mezi jednotlivými kategoriemi zaměstnání, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

##### Spearman Correlations Section (Row-Wise Deletion)

QL	zaměstnání
1.000000	<b>0.032049</b>
0.000000	0.668432
181.000000	181.000000

##### Mann-Whitney U or Wilcoxon Rank-Sum Test for Difference in Medians

zaměstnání 1, 2, 3, 4	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
Alternative Hypothesis	Prob	Reject H0		Prob	Reject H0	
Diff<>0	Z-Value	Level	at .050	Z-Value	Level	at .050
	?	?	?	?	?	<b>No</b>

Zjištěná hodnota Spearmanova koeficientu korelace proměnných kvality života a

zaměstnání (označena žlutě) byla **velmi malá** (v případě kladné korelace nabývá tento koeficient hodnot blízkých 1,0, v případě záporné korelace -1,0), nelze tedy zamítnout nulovou hypotézu o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** kvality života a zaměstnání.

Mann-Whitneyův test srovnání kvality života všech kategorií zaměstnání respondentů neumožnil ani v jednom případě zamítnutí nulové hypotézy o shodě mediánů jednotlivých souborů (Reject H0 at 0,05 - No). **Rozdíly** mezi mediány **jednotlivých kategorií zaměstnání** tedy **nejsou** statisticky významné.

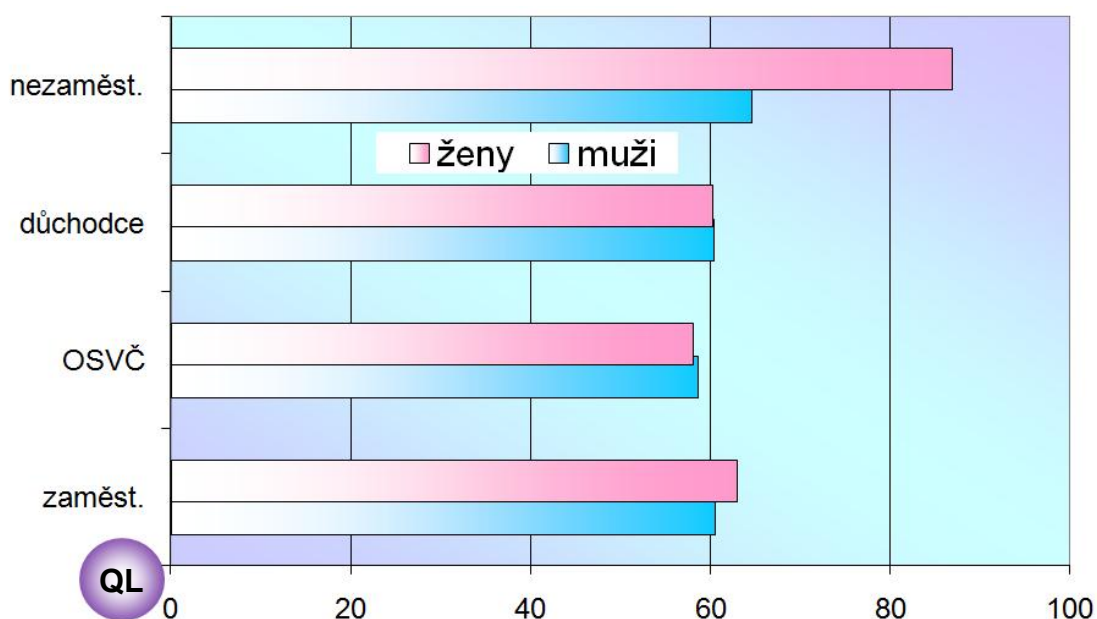
Pro přehlednost nejsou uváděny všechny výstupy Mann-Whitneyova testu pro korelace všech kategorií.

#### Obr. 4.5c

Kvalita života dle **pohlaví** u jednotlivých kategorií **zaměstnání**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

QL Table Percentages Section of „zaměstnání“ and „pohlaví“

QL pohlaví	zamestnani			
	1 zaměst.	2 OSVČ	3 důchodce	4 nezaměst.
ženy	62,9750	58,0250	60,2333	86,8750
muži	60,5115	58,5458	60,3712	64,5000



Z grafu je patrný výrazný rozdíl mezi kvalitou života nezaměstnaných žen oproti nezaměstnaným mužům. V ostatních kategoriích zaměstnání nejsou výraznější rozdíly.

#### 4.6 Kvalita života v závislosti na stupni AS

Index kvality života byl zjištěn u respondentů v kategorii 1 (stupeň II.) v průměrné výši **58,5**, v kategorii 2 (stupeň III.) v průměrné výši **59,8**, v kategorii 3 (stupeň IV.) v průměrné výši **63,3** a v kategorii 4 (stupeň V.) v průměrné výši **63,6**.

##### Obr. 4.6a

Podrobné charakteristiky zjištěného indexu kvality života u jednotlivých kategorií **stupně AS** respondentů, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

##### Descriptive Statistics Section of „stupeň AS“

Variable	Count	Mean	Standard Deviation	95.0% LCL of Mean	95.0% UCL of Mean
1 stupeň II.	49	58.53775	16.44851	53.81319	63.26232
2 stupeň III.	53	59.84528	18.71849	54.68583	65.00474
3 stupeň IV.	46	63.25	19.12207	57.57145	68.92855
4 stupeň V.	33	63.60909	19.58306	56.66524	70.55294

##### Obr. 4.6b

Spearmanův koeficient pořadové korelace kvality života a **stupně AS** a souhrnný výstup Mann-Whitneyova testu korelace kvality života mezi jednotlivými kategoriemi **stupně AS**, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

##### Spearman Correlations Section (Row-Wise Deletion)

	QL	stupeň AS
QL	1.000000	<b>0.156937</b>
	0.000000	0.668432
	181.000000	181.000000

##### Mann-Whitney U or Wilcoxon Rank-Sum Test for Difference in Medians

Alternative Hypothesis	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
	Prob Z-Value	Reject H0 Level	at .050	Prob Z-Value	Reject H0 Level	at .050
Diff<>0	?	?	?	?	?	<b>No</b>

Zjištěná hodnota Spearmanova koeficientu korelace proměnných kvality života a stupně AS (označena zeleně) byla **větší než 0,1** (v případě silné kladné korelace nabývá tento koeficient hodnot blízkých 1,0, v případě silné záporné korelace -1,0), v tomto případě lze tedy **zamítnout nulovou hypotézu** o nezávislosti obou veličin. **Byla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** kvality života a stupně AS, ovšem ve velmi slabé síle.

Mann-Whitneyův test srovnání kvality života všech kategorií zaměstnání respondentů neumožnil ani v jednom případě zamítnutí nulové hypotézy o shodě mediánů jednotlivých souborů (Reject H0 at 0,05 - No). **Rozdíly** mezi mediány **jednotlivých kategorií zaměstnání** tedy **nejsou** statisticky významné.

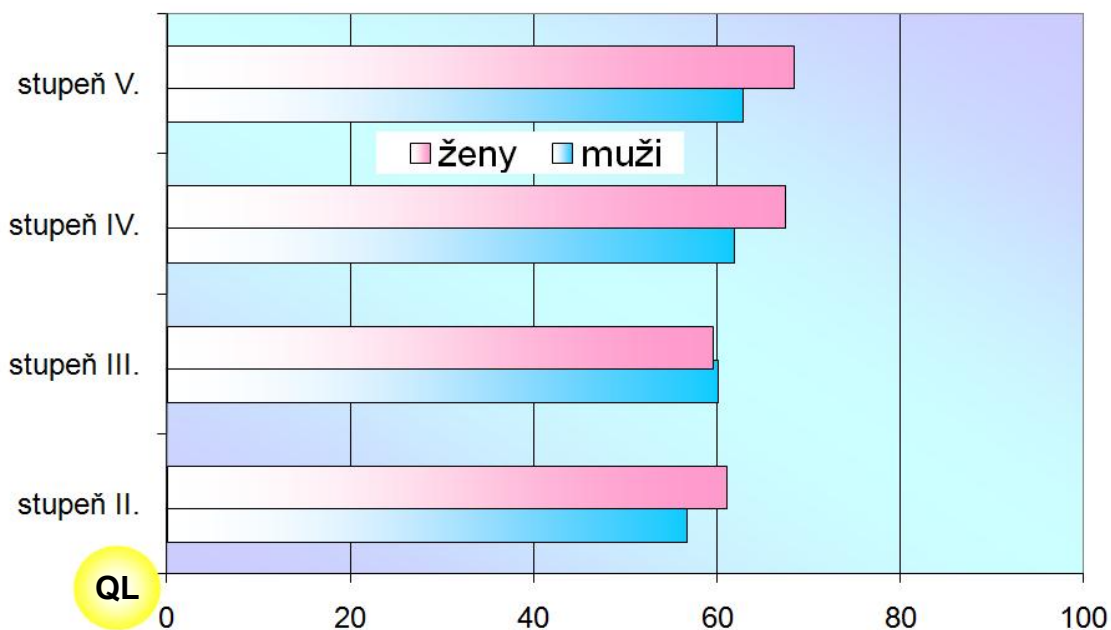
Pro přehlednost nebyly uváděny všechny výstupy Mann-Whitneyova testu pro korelace všech kategorií.

**Obr. 4.6c**

Kvalita života dle **pohlaví** u jednotlivých kategorií **stupeň AS**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

**QL Table Percentages Section of „stupeň AS“ and „pohlaví“**

QL	stupeň AS			
	2	3	4	5
pohlaví	II	III	IV	V
ženy	61,0333	59,5667	67,3417	68,3800
muži	56,6661	60,0281	61,8059	62,7571



Z grafu je patrný výraznější rozdíl mezi kvalitou života žen a mužů v kategorii vyššího stupně AS oproti mužům.

#### **4.7 Kvalita života v závislosti na kouření**

Index kvality života byl zjištěn u respondentů nekuřáků v průměrné výši **60,4**, u respondentů kuřáků v průměrné výši **64,0**.

#### Obr. 4.7a

Podrobné charakteristiky zjištěného indexu kvality života u **nekuřáků** a **kuřáků**, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

#### Descriptive Statistics Section of „kouření“

Variable	Count	Mean	Standard Deviation	95.0% LCL of Mean	95.0% UCL of Mean
0 ne	147	60.36361	18.89252	57.28401	63.4432
1 ano	34	63.97941	15.84514	58.45078	69.50804

#### Obr. 4.7b

Spearmanův koeficient pořadové korelace kvality života a **kouření** a výstup Mann-Whitneyova testu korelace kvality života mezi nekuřáky a kuřáky, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

#### Spearman Correlations Section (Row-Wise Deletion)

	QL	kouření
QL	1.000000	0.036437
	0.000000	0.626279
	181.000000	181.000000

#### Mann-Whitney U or Wilcoxon Rank-Sum Test for Difference in Medians

kouření 1, 2 Alternative Hypothesis	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
	Prob	Reject H0		Prob	Reject H0	
Diff<>0	Z-Value	Level	at .050	Z-Value	Level	at .050
	0.4888	0.624949	No	0.4870	0.626236	No

Zjištěná hodnota Spearmanova koeficientu korelace proměnných kvality života a kouření (označena žlutě) byla **velmi malá** (v případě kladné korelace nabývá tento koeficient hodnot blízkých 1,0, v případě záporné korelace -1,0), nelze tedy zamítnout nulovou hypotézu o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** kvality života a kouření.

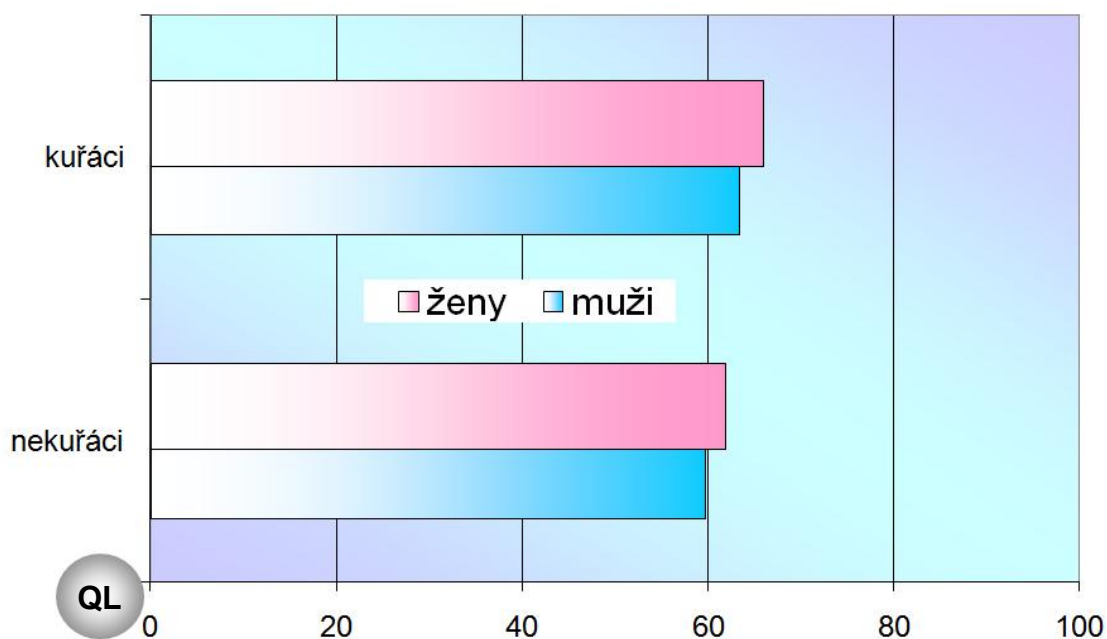
Mann-Whitneyův test srovnání kvality života nekuřáků a kuřáků neumožnil zamítnutí nulové hypotézy o shodě mediánů obou souborů (Reject H0 at 0,05 - No). **Rozdíl** mezi mediány **kvality života** u nekuřáků a kuřáků tedy **nejsou** statisticky **významné**.

#### Obr. 4.7c

Kvalita života dle **pohlaví** u nekuřáků a kuřáků, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

#### QL Table Percentages Section of „kouření“ and „pohlaví“

QL	kouření	
	0	1
pohlaví	ne	ano
ženy	61,7820	65,9444
muži	59,6325	63,2720



Z grafu je patrné že ženy nekuřačky i ženy kuřačky mají v průměru vyšší kvalitu života než muži a celkově kuřáci mají průměrně vyšší kvalitu života než nekuřáci.

#### 4.8 Kvalita života v závislosti na BMI

Index kvality života byl zjištěn u respondentů v kategorii 1 (do 18,49) v průměrné výši **51,9**, v kategorii 2 (18,5-24,9) v průměrné výši **59,1**, v kategorii 3 (25-29,9) v průměrné výši **63,3** a v kategorii 4 (30+) v průměrné výši **61,3**.

#### Obr. 4.8a

Podrobné charakteristiky zjištěného indexu kvality života u jednotlivých kategorií stupně BMI, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

#### Descriptive Statistics Section of „BMI“

Variable	Count	Mean	Standard Deviation	95.0% LCL of Mean	95.0% UCL of Mean
1 (do 18,49)	4	51.8750	23.58451	13.3468	89.4032
2 (18,5-24,9)	73	59.0596	18.44978	54.7554	63.3638
3 (25-29,9)	77	63.3266	16.84682	59.5029	67.1504
4 (30+)	27	61.2500	21.47386	52.7552	69.7448

#### Obr. 4.8b

Spearmanův koeficient pořadové korelace kvality života a BMI a souhrnný výstup Mann-Whitneyova testu korelace kvality života mezi jednotlivými kategoriemi BMI, výstup z programu SPSS, zdroj: vlastní výzkum

#### Spearman Correlations Section (Row-Wise Deletion)

	QL	BMI
QL	1.000000	0.079044
	0.000000	0.290184
	181.000000	181.000000

#### Mann-Whitney U or Wilcoxon Rank-Sum Test for Difference in Medians

BMI 1, 2, 3, 4 Alternative Hypothesis	Approximation Without Correction			Approximation With Correction		
	Prob	Reject H0		Prob	Reject H0	
Diff<>0	Z-Value	Level	at .050	Z-Value	Level	at .050
	?	?	?	?	?	No

Zjištěná hodnota Spearmanova koeficientu korelace proměnných kvality života a BMI (označena žlutě) byla **velmi malá** (v případě kladné korelace nabývá tento koeficient hodnot blízkých 1,0, v případě záporné korelace -1,0), nelze tedy zamítnout nulovou hypotézu o nezávislosti obou veličin. **Nebyla** tedy **zjištěna** statisticky významná **závislost** kvality života a BMI.

Mann-Whitneyův test srovnání kvality života všech kategorií zaměstnání respondentů neumožnil ani v jednom případě zamítnutí nulové hypotézy o shodě mediánů jednotlivých souborů (Reject H0 at 0,05 - No). **Rozdíly** mezi mediány **jednotlivých kategorií BMI** tedy **nejsou** statisticky významné.



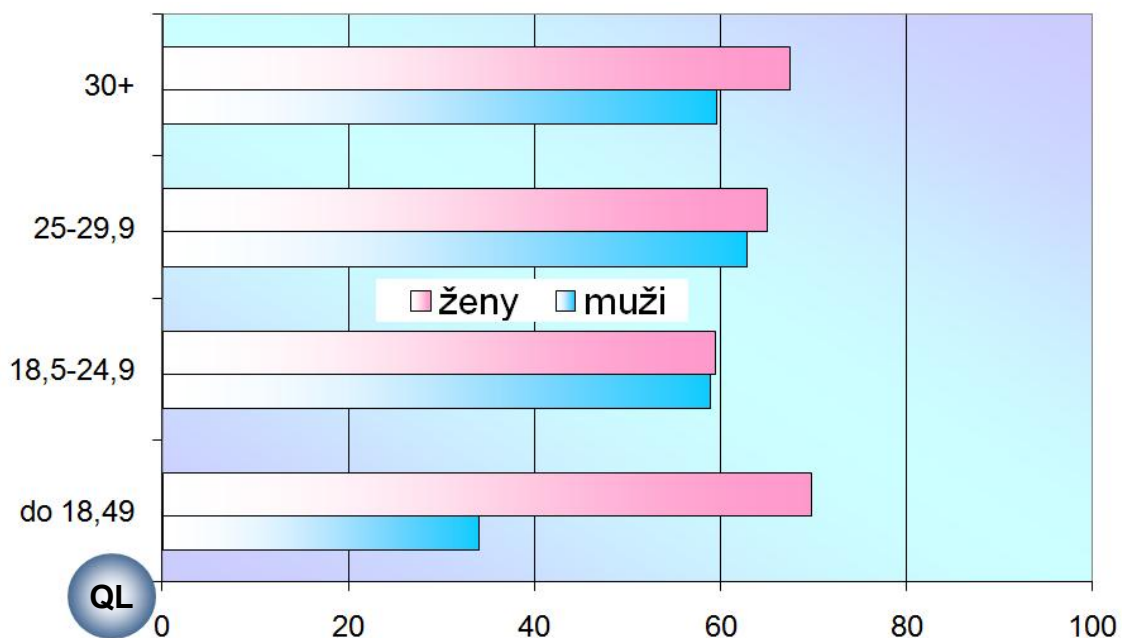
Pro přehlednost nebyly uváděny všechny výstupy Mann-Whitneyova testu pro korelace všech kategorií.

**Obr. 4.8c**

Kvalita života dle **pohlaví** u jednotlivých kategorií **BMI**, výstup z programu SPSS a graf, zdroj: vlastní výzkum

QL Table Percentages Section of „BMI“ and „pohlaví“

QL	BMI_ord			
	1	2	3	4
pohlaví	do 18,49	18,5-24,9	25-29,9	30+
ženy	69,7500	59,3613	64,9075	67,4583
muži	34,0000	58,8369	62,7719	59,4762



Z grafu je patrný výrazný rozdíl kvality života u žen a mužů v kategorii BMI do 18,49, kde ženy dosahují v průměru nejvyšší hodnoty indexu kvality života a muži nejnížší hodnoty indexu kvality života mezi všemi kategoriemi.

## 5 Interpretace výsledků a diskuse

### 5.1 Hodnocení kvality života

Jak již bylo několikrát zmíněno, kvalitu života nelze jednoduše vysvětlit a popsat, je to, abych tak řekl, niterná součást každého jedince, a s trochou nadsázky se pokusy o zjišťování kvality života podobají například pokusům o zjišťování „kvality“ lásky nebo „kvality“ náboženského přesvědčení. Je to velmi osobní záležitost a tedy velmi subjektivní. Proto se domnívám, že **jakákoliv snaha o objektivizaci** nejrůznějších hodnocení kvality života **je nemožná**, neřkuli nežádoucí.

Medicína se snaží dát lidem, kteří trpí nějakou chorobou to nejlepší, co zatím má, ale tak trochu zapomíná, že člověk není jen stroj, který se dá spravit, když se porouchá. Lidský organismus je sice dokonalým strojem, který je ovšem řízen mnohými procesy, které nejmodernější výzkumné přístupy teprve velmi zvolna odhalují a pokoušejí se vysvětlovat. Medicína jako exaktní věda zatím ovšem nemá nástroje k pochopení a vylepšení lidského života jako celku, není vědou filozofickou ani etickou. Je to věda, která se snaží pomoci člověku od bolesti nebo chcete-li, pomoci mu být zdravějším. Ale nemusela by být „jen“ takovou vědou. Smyslem lékařství by mohla být **snaha napomoci** lidskému organismu, aby si pomohl sám a našel tak cestu k uzdravení, celistvosti a dokonalosti.<sup>113</sup> O to se, byť stále velmi nesměle, snaží některé obory psychosomatické medicíny, které se postupně vracejí k velmi dlouho opomíjeným a skoro již ztraceným (nebo možná zatraceným) filozofickým základům léčby. A i ono lidové „věř a víra tvá tě uzdraví“ má v tomto ohledu v psychosomatické medicíně nezastupitelné místo.

Pojem kvality života má možná v konečném důsledku **daleko blíže k pojmu „smysl života“** než ke zdraví, respektive k hodnocení zdravotního stavu. Problematika smysluplnosti života je totiž podle některých autorů v pozadí naší motivace, v pozadí toho, oč nám v životě jde, nebo toho, nač si troufneme. Smysluplnost života má své místo i v pojetí celoživotního vývoje osobnosti, zvláště pak růstu a zrání osobnosti, stárnutí a adap-

---

<sup>113</sup> ŽÁK, S. Religiózní rozměr terapeutického vztahu. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

tace na změny či zvládání životních obtíží, tj. na tom, co se vlivem různých událostí, těžkostí a změn prostředí v průběhu života v naší osobnosti mění.<sup>114</sup>

Všechny výzkumy, které se týkají kvality života, by tedy měly být ve svých závěrech, interpretacích výsledků a zobecněních **velmi opatrné** a neměly by nepřisuzovat zbytečně některým aspektům větší důležitost a význam, než opravdu mají.

## **5.2 Kvalita života u jednotlivých proměnných**

Průměrná hodnota indexu kvality života zjištěná u respondentů byla 61,0. Největší četnosti byly zjištěny v oblasti hodnot přibližně 60 až 80.

**Rozdíl** v hodnotách indexu kvality života u žen a u mužů je nepatrný, dá se říci, že kvalita života žen i mužů je přibližně stejná. U žen 62,4 a u mužů 60,4. Statistickou analýzou **nebyla zjištěna závislost** indexu kvality života na pohlaví ani závislost jednotlivých pohlaví mezi sebou.

Srovnáme-li zjištěné výsledky s ostatními podobnými výzkumy, tak v nejrozsáhlejším dotazníkovém šetření, které bylo provedeno v roce 2005 mezi členy klubu Bechtěreviků (u 1008 respondentů), byla průměrná hodnota kvality života (dle metodiky HAQ a BASDAI skóre, které posuzují spíše zdravotní aspekty kvality života) u žen 79% a u mužů 83%. V opakovaném výzkumu téže instituce v roce 2007 (u 509 respondentů) byla dokonce prezentována statisticky významná souvislost mezi pohlavím a kvalitou života, a to na základě zjištěných hodnot 80% u žen a 84% u mužů (opět dle metodiky HAQ, BASDAI ale i v použitých dalších metodikách EUROQoL a SF-36).

Podle mého názoru nemůže mít v subjektivně vnímané kvalitě života (dle konceptu SEIQoL) pohlaví žádný vliv. Už proto, že např. způsoby nahlížení na pojmy jako „důležitost“ a „spokojenost“ u stanovovaných životních cílů v použitém konceptu SEIQoL mohou být u každého jedince (nezávisle na pohlaví) velmi odlišné.

Krom toho **se domnívám**, že současná společnost je pořád v jakémisi pozitivně diskriminačním postoji k ženám v nejrůznějších sociologických a psychologických výzkumech. Nejrůznější genderové instituce a společnosti stále prezentují ve výsledcích

---

<sup>114</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.

svých výzkumů významné rozdíly mezi muži a ženami nejen v otázkách finančního ohodnocení. Ženy tak mohou mít pocit, že jsou v určité nevýhodě, že jsou „pošlapávané“ ve svých právech, mají celkově těžší život a možná i nižší kvalitu života. To vše může mít vliv na jejich hodnocení, kdy se snaží svými odpověďmi „popírat“ tento fakt, hledat na životě více pozitivních věcí, a možná se také více zamýšlet nad odpověďmi. To by mohlo v případě výzkumů více zohledňujících psychologické pojetí kvality života hrát roli a způsobit i v případě mého výzkumu nepatrně vyšší průměrnou hodnotu indexu kvality života u žen.

Průměrně nižší hodnota kvality života žen zjištěná u zmiňovaných výzkumů mezi členy klubu Bechtěreviků může být podle mého názoru způsobena **celkovou koncepcí** těchto výzkumných metodik. Metodiky jako HRQoL nebo HAQ zaměřují testování kvality života v úzkém vztahu ke zdraví respondentů. Otázky těchto metodik se týkají aktuálního zdravotního stavu respondentů, míry užívání léčiv apod. Nižší průměrná hodnota kvality života žen by pak mohla v tomto případě souviset s celkově horším vnímáním vlastního zdraví. Ženy jsou totiž všeobecně daleko kritičtější k vlastní osobě, např. už jen svůj fyzický vzhled vnímají mnohdy velmi „přísně“, stejně tak své zdraví.

Stejně jako u pohlaví, nebyla ani u **věku** jako proměnné zjištěna statisticky významná korelace. Nejvyšší průměrný index kvality života byl zjištěn u nejmladší věkové skupiny respondentů (obr. 4.2a). V této skupině je také vůbec nejvyšší dosažená průměrná hodnota indexu kvality života mezi všemi věkovými skupinami, a sice u žen (4.2c). Také je patrný nejmarkantnější rozdíl průměrné hodnoty indexu kvality života žen a mužů, konkrétně 11,6 bodů. Příčinou tak velkého rozdílu by mohla být opět snaha žen hodnotit svůj život celkově spíše pozitivně, zvláště pokud se jedná o ženy mladé (tedy plné optimismu). Svůj vliv na tento výsledek by mohl mít i fakt, že v populaci u onemocnění Bechtěrevovou chorobou výrazně převažují muži, o těchto pacientech se v klinické praxi mluví jako o „Bechtěrevicích“ a i média tuto chorobu často definují jako „nemoc mladých mužů“. Žena, pokud je jí tato choroba diagnostikována má pocit, že je spíše výjimkou a že projevy tohoto onemocnění v jejím případě nemusí být manifestovány v takové míře jako u mužů, a proto celkově hodnotí svůj život spíše pozitiv-

něji a kvalitněji než muž. Zajímavé je, že v druhé věkové kategorii (30-39 let) je mezi kvalitou života žen a mužů také výraznější rozdíl (konkrétně 8,8 bodů), který se v dalších kategoriích ovšem zmenšuje, a v poslední kategorii (nad 60 let) jsou tyto průměrné hodnoty indexu kvality života prakticky shodné.

Nejzajímavější kategorií, u které se zkoumala korelace s indexem kvality života, byl **stupeň postižení Bechtěrevovou chorobou**. Index kvality života byl zjištěn u respondentů v kategorii 1 (stupeň II.) v průměrné výši **58,5**, v kategorii 2 (stupeň III.) v průměrné výši **59,8**, v kategorii 3 (stupeň IV.) v průměrné výši **63,3** a v kategorii 4 (stupeň V.) v průměrné výši **63,6**.

Mezi všemi demografickými údaji **byla zjištěna** pouze zde statisticky významná **závislost indexu kvality života na stupni postižení Bechtěrevovou chorobou**. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu však byla velmi malá (0,157), navíc naprosto neočekávaně v opačné závislosti, tj. s vyšším stupněm postižení Bechtěrevovou chorobou index kvality života u tohoto souboru respondentů neklesá, ale vzrůstá. Tato velmi slabá statistická korelace tedy naprosto **nemůže být přijata za korelaci vědeckou**.

Výstup tohoto srovnání zde však nabízí velmi troufalou úvahu. Pokud dle subjektivního pohledu respondentů **nemá ani míra zdraví** (stupeň postižení Bechtěrevovou chorobou) **na kvalitu života žádný vliv**, je veškerá koncepce zjišťování kvality života metodikami externích posuzovatelů, především koncept HRQoL naprosto mylná ve svých základech. HRQoL (Health Related Quality of Life – zdravím podmíněná kvalita života) totiž tvrdí, že rozhodujícím vztahem mezi kvalitou života a zdravotním stavem je právě přímá závislost kvality života na zdraví jedince.<sup>115</sup>

**Položme si teď ale jednu otázku**. Má snad obyvatel některého z příměstských slumů v Bolívii vyšší kvalitu života než srovnatelný obyvatel Spojených států? Nemá? Ale proč ne, sice nemá dům, auto ani práci, ale oproti Američanovi (který možná trpí obezitou a má diabetes) je rozhodně zdravější. Samozřejmě, že nelze pojem zdraví a kvality života takovýmto způsobem zjednodušovat, ovšem i laik v tomto případě musí

---

<sup>115</sup> PETR, P. a kol. Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím (HRQOL)“. *Kontakt*, 2001, roč. 3, č. 3.

uznat, že zdraví nelze posuzovat jako jediný a rozhodující činitel, který určuje celkovou kvalitu života. Pro zachování určité korektnosti je nutné uvést, že např. zmiňovaný koncept HRQoL tuto možnost také zčásti připouští. Doslova říká, že „může nastat situace, kdy jedinec, přestože v dobrém zdravotním stavu, nehodnotí kvalitu svého života jako dobrou, vstoupí-li do tohoto vztahu další proměnné, jako například nedobrá sociální situace“.<sup>116</sup> Každopádně stále hodnotí zdraví jako nejvýznamnější faktor, který má na kvalitu života bezprostřední vliv. Není-li podle tohoto konceptu jedinec zdravý, vždy se to negativně projeví na jeho kvalitě života.

S tímto postojem se ovšem já osobně odmítám smířit. Já sám např. trpím poměrně dlouhou dobu vleklou funkční blokádou hlavových kloubů a horní krční páteře. Jsem pravidelně sužován urputnými migrenózními bolestmi hlavy, přesto plně v protikladu konceptu HRQoL tvrdím, že nemám nižší kvalitu života. Jsem šťastně ženatý, realizuji se úspěšně v práci fyzioterapeuta i odborného asistenta na vysoké škole a vnímám svůj život celkově jako velmi užitečný a velmi kvalitní.

### ***5.3 Reforma zdravotnictví***

V předchozích kapitolách byly diskutovány výsledky výzkumu oblasti kvality života konceptem SEIQoL. Několikrát již bylo zmíněno, že rozhodně nelze pojímat kvalitu života jako jednoduše měřitelný faktor a také, že přímá závislost zdraví na kvalitě života není stoprocentně průkazná. Pojem kvality života je spíše pojmem multidimenzionálním a je určité přínosné, že se snahy výzkumníků o objasnění jeho obsahu, souvislostí a následků ubírají stále novými a především nekonvenčními cestami. V pozadí (nebo spíše v popředí) těchto výzkumů však **zůstává jako významný prvek celý systém zdravotnictví**, který v posledních letech pozvolna prochází určitou transformací nebo, chcete-li, reformou.

Nejrůznější odborníci na otázky zdravotnictví, managementu a zdravotnické politiky se víceméně shodují v tom, že zatím neexistuje ideální zdravotnický systém, který by

---

<sup>116</sup> PETR, P. a kol. Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím (HRQOL)“. *Kontakt*, 2001, roč. 3, č. 3.

vyhovoval všem kritériím optimálnosti.<sup>117</sup> Podle výzkumu spokojenosti obyvatel České republiky se stavem tuzemského zdravotnictví, který prováděl Sociologický ústav AV ČR v roce 2006, vyjadřují přibližně dvě třetiny respondentů **nespokojenost** se stavem českého zdravotnictví, zejména v otázkách financování zdravotnictví.<sup>118</sup> Za možný **prostředek** pro dosažení vyrovnanějšího hospodaření považuje více než polovina dotázaných možnost zvýšení plateb ze státního rozpočtu i za cenu zvýšení jiných daní. Silná podpora návrhu na zřízení pouze jedné zdravotní pojišťovny, jakož i upřednostnění zvýšení plateb ze státního rozpočtu na financování zdravotnictví, ukazují na preferenci řešení financování veřejného zdravotnictví spočívající v centralizaci. Poptávka po silné roli státu ve zdravotnictví se potvrzuje i v souhlasu s výrokem, že „v současné době je možné zefektivnit poskytování zdravotních služeb pouze zvýšením státní kontroly (nemocnic, léčiv, pojišťoven)“.<sup>119</sup> Toto přenesení odpovědnosti za vlastní zdravotní stav na stát potvrzuje i **neochota** české veřejnosti podílet se finanční spoluúčastí při péči o své zdraví.

Výsledky tohoto výzkumu velmi pěkně ilustrují postoj české veřejnosti k této problematice. Zkrátka, nechat vše při starém, ať se stará stát, my mu na to klidně více přidáme, hlavně když po nás nikdo nebude chtít, abychom se starali sami. Není však úplně spravedlivé tyto postoje kritizovat. Čtyřicet let minulého totalitního režimu rozhodně zanechalo v mentalitě většiny lidí hluboké stopy. Řada sociologů také upozorňuje na rozpor této „socialistické mentality“ a svobodným duchem liberální demokracie a tržní ekonomiky. Více „svobody“ totiž způsobilo méně rovnosti ve výsledcích, více osobního rizika a odpovědnosti za vlastní osud.<sup>120</sup> Bude trvat nejméně další dvě generace, než možná dojde k nějaké pozitivní změně v myšlení a postojích běžného občana k otázkám zdraví. Zdraví a hodnoty jedince jsou však **neoddělitelné**. Vždy je nutno zvažovat, či hodnoty a hlediska bereme při rozhodování o zdraví jako takovém v úvahu, jestli hod-

---

<sup>117</sup> GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

<sup>118</sup> BAYER, I. *Reforma zdravotnictví: názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování*. [online]. © 2006. [cit. 2006-04-06]. URL: <<http://www.soc.cas.cz/departments/cz/4/52/studia-socialni-struktury.html>>.

<sup>119</sup> BAYER, I. *Reforma zdravotnictví: názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování*. [online]. © 2006. [cit. 2006-04-06]. URL: <<http://www.soc.cas.cz/departments/cz/4/52/studia-socialni-struktury.html>>.

<sup>120</sup> KUNŠTÁT, D. *Vzpomínky na minulost aneb sociologie paměti*. [online]. © 2007. [cit. 2007-04-01]. URL: <[http://www.socioweb.cz/139socioweb\\_4-07.pdf](http://www.socioweb.cz/139socioweb_4-07.pdf)>.

noty pacienta, zdravotníka nebo celé společnosti.<sup>121</sup> Proto není vždy možné změnit něčí jednání jen logickými důvody.

Zdravotnictví je součástí širšího procesu, ve kterém se jednotlivé společenské celky rozhodují, kterým hodnotám dát přednost a které institucionalizovat. Kromě toho vykazuje systém zdravotní péče určité **specifické rysy**. Mezi nejdůležitější řadí mnozí autoři fakt, že požadovaným základním výstupem celého systému je zdraví obyvatelstva, současné i budoucí populace. Nejedná se tedy jen o potřeby současných generací obyvatelstva, nýbrž i ve vytváření příznivých podmínek pro zdravý vývoj generací příštích.<sup>122</sup> Neméně důležitý je také fakt, že zdroje a prostředky vynakládané do zdravotnictví nejsou v přímé úměře ve vztahu k výsledkům, mnohdy jsou výsledky nejednoznačné, žádné nebo i negativní.<sup>123</sup>

V posledních letech se ministerstvo zdravotnictví a ostatní instituce intenzivně snaží o jakousi reformu zdravotního systému, resp. poskytování zdravotnické péče. Jak již bylo popsáno, rozhodně to není jednoduchý úkol. České zdravotnictví se stalo součástí vyspělého zdravotnictví rozvinutých západních společností. Stalo se i součástí **problému**, pro který hledá zatím bez úspěchu uspokojujivé řešení zdravotnictví všech vyspělých zemí. Totiž, **jak smířit diagnostické a terapeutické možnosti s možnostmi ekonomickými** a jak stanovit pravidla rozumné intervence.<sup>124</sup> Bohužel zde vstupuje do hry i politika. Neustálé změny na postech ministrů zdravotnictví neumožňují dokončit některé smysluplné projekty předcházejících ministrů. Kromě toho současná „stabilita“ naší politické scény nedává přílišný prostor uvedení nových postupů a přístupů v řízení a managementu zdravotnictví do praxe. Jakékoliv zásadnější změny budou tedy potřebovat spoustu času, politické „vládnosti“ a snad i trochu štěstí. Obávám se však, že pokud bude i nadále zastávání významných funkcí souvisejících s řízením a správou zdravotních institucí hlavně věcí politickou a ne odbornou, bude to čas velmi dlouhý.

---

<sup>121</sup> MOŽNÝ, I. *Česká společnost, nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002. 208 s. ISBN 80-7178-624-1.

<sup>122</sup> ZLÁMAL, J. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

<sup>123</sup> SAMUELSON, P. A. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1995. 1011 s. ISBN 80-205-0494-X.

<sup>124</sup> MOŽNÝ, I. *Česká společnost, nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002. 208 s. ISBN 80-7178-624-1.



## 6 Závěr

**Cílem** práce bylo zjistit kvalitu života u respondentů s Bechtěrevovou chorobou konceptem SEIQoL a analyzovat možnou korelaci získaného indexu kvality života a některých demografických údajů.

Byly vysloveny hypotézy, které předpokládaly statisticky významnou souvislost zjištěného indexu kvality života s pohlavím, věkem, bydlištěm, rodinným stavem, zaměstnáním, stupněm postižení Bechtěrevovou chorobou, kouřením a hodnotou BMI.

Na základě vyhodnocení dat byly **všechny hypotézy vyvráceny** s výjimkou hypotézy **H5**, která byla **potvrzena**. Byla tedy zjištěna statisticky významná závislost indexu kvality života na stupni postižení Bechtěrevovou chorobou. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu byla však velmi malá (0,157), navíc naprosto neočekávaně v opačné závislosti, tj. s vyšším stupněm postižení Bechtěrevovou chorobou index kvality života u tohoto souboru respondentů neklesá, ale vzrůstá. Tato velmi slabá statistická korelace tedy naprosto **nemůže být přijata za korelaci vědeckou**.

Velmi kontroverzní a odvážnou **myšlenkou** a výstupem této **práce** by pak mohlo být, že kvalita života je absolutně neuchopitelným pojmem a pokud z výsledků tohoto výzkumu vyplynulo, že dle subjektivního pohledu respondentů **nemá ani míra zdraví** (stupeň postižení Bechtěrevovou chorobou) **na kvalitu života žádný vliv**, je veškerá koncepce zjišťování kvality života metodikami externích posuzovatelů, především koncept HRQoL naprosto mylná ve svých základech. HRQoL (Health Related Quality of Life – zdravím podmíněná kvalita života) totiž tvrdí, že rozhodujícím vztahem mezi kvalitou života a zdravotním stavem je právě přímá závislost kvality života na zdraví jedince.<sup>125</sup>

**Pojem kvality života má** podle mého názoru v konečném důsledku **daleko blíže k pojmu „smysl života“ než ke zdraví**, respektive k hodnocení zdravotního stavu. Problematika smysluplnosti života je totiž podle některých autorů v pozadí naší motivace, v pozadí toho, oč nám v životě jde nebo toho, nač si troufneme. Má své místo i v po-

---

<sup>125</sup> PETR, P. a kol. Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím (HRQOL)“. *Kontakt*, 2001, roč. 3, č. 3.

jetí celoživotního vývoje osobnosti, zvláště pak růstu a zrání osobnosti, stárnutí a **adap-tace na změny či zvládání životních obtíží**, tj. na tom, co se vlivem různých událostí, těžkostí a změn prostředí v průběhu života v naší osobnosti mění.

I přesto, že je kvalita života obtížně definovatelný a „uchopitelný“ pojem, biomedicínské obory se pořád snaží stanovit, co obsahuje, čím je určen a ovlivněn a hlavně jak se dá kvantifikovaně měřit. Tato snaha má své opodstatnění. **Záměrem** každé zdravotnické instituce, resp. celku **zdravotnictví** jako takového, je **posoudit účinnost** jednotlivých **léčebných intervencí** u konkrétních pacientů. Kvalita života se zde nabízí jako zdánlivě velmi jednoduché kritérium. Velký počet nejrůznějších konceptů výzkumů kvality života a především jejich názorová roztržštěnost však potvrzují, že **nejde o záležitost až tak snadnou**, a celý pojem kvality života bude rozhodně nutné ještě dále teoreticky prohlubovat a lépe definovat.

Pouze biologické pojetí nemoci je svým způsobem redukování člověka na pouhý organismus, jehož jednotlivé orgány, resp. jejich funkce je nutno zkoumat. V holistickém pohledu na pacienta by měl být zachován tzv. **bio-psycho-sociální přístup**, tj. respektování všech ostatních faktorů, např. psychických, sociálních, kulturně antropologických či religiózních, které s medicínou sice zdánlivě nesouvisí, ale na jeho celkový stav, a kvalitu jeho života mají často významný vliv.

Tento bio-psycho-sociální přístup by se mohl projevit i v určitém pokusu o **kompilaci dosavadních metod zkoumajících kvalitu života**. Pokud budou ovšem výzkumné koncepty jako HRQoL neustále dogmaticky prohlašovat, že není-li jedinec zdravý, vždy se to projeví na kvalitě jeho života, de facto tak nesledují kvalitu jeho života, ale kvalitu jeho zdraví. Teprve komplexnější pohled na jedince, především pak analýza jeho způsobu chápání a hodnocení svého života pak může posunout výzkum na poli kvality života v biomedicíně žádoucím a možná smysluplnějším směrem.

Velmi zajímavým námětem na další vědecké práce by proto např. mohlo být použití konceptu SEIQoL a HRQoL u **rozsáhlejšího** souboru zdravých respondentů a respondentů s určitým zdravotním handicapem (např. Bechtěrevovou chorobou). Tak bychom mohli zjistit, jakým způsobem (a zdali vůbec) koreluje kvalita života (dle konceptu SEIQoL) a kvalita zdraví (dle konceptu HRQoL).

## 7 Seznam použitých zdrojů

- ALUŠÍK, Š. *Revmatologie, Postgraduální klinický projekt*. Praha: Triton, 2002. 111 s. ISBN 80-7254-279-6
- BAYER, I. *Reforma zdravotnictví: názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování*. [online]. © 2006. [cit. 2006-04-06]. URL: <<http://www.soc.cas.cz/departments/cz/4/52/studia-socialni-struktury.html>>.
- BEGSMA, J. Quality of life: does measurement help? *Health Policy*, 1988, Vol. 10, Issue 3, s. 267-279. ISSN 0168-8510.
- BETH, M. *Ankylosing Spondylitis*. [online]. © 2006. [cit. 2007-01-17]. URL: <<http://www.spondylitis.org/about/as.aspx>>.
- BLATNÝ, M. Osobnostní předpoklady sebehodnocení a životní spokojenosti: shody a rozdíly. In *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: MSD, 2005. 109 s. ISBN 80-86633-35-7.
- BUCHTOVÁ, B. Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.
- CUMMINS, R., A. Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 2000, Vol. 52, Issue 1, s. 55-72. ISSN 0303-8300.
- DANZER, G. *Psychosomatika*. Praha: Portál, 2001. 248 s. ISBN 80-7178-456-7
- DÍTĚ, P. a kol. *Vnitřní lékařství III*. Brno: MU Lékařská fakulta, 2005. 689 s. ISBN 80-210-3673-7
- DUNGL a kol. *Ortopedie*. Praha: Avicenum, 2005. 1280 s. ISBN 80-247-0550-8
- DŽUKA, J. Kvalita života a subjektivna pohoda – teórie a modely, podobnosť a rozdiely. In *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. ISBN 80-8068-282-8.
- FELDTKELLER, E. *Ankylosing Spondylitis (Ankylosing Spondylitis International Federation)*. [online]. © 2007. [cit. 2007-02-05]. URL: <<http://www.asif.rheumanet.org/asifhome.htm>>.

- GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- GOPPOLDOVÁ, E., DRAGOMIRECKÁ, E., MOTLOVÁ, L., HÁJEK, T. Hodnocení subjektivní kvality života psychiatrických pacientů v závislosti na pohlaví. *Psychiatrie*, 2005, roč. 9, č. 4. ISSN 1211-7579.
- HALEČKA, T. Kvalita života a jej ekonomicko–environmentální rozmer. In *Kvalita života a ľudská práva v kontextech sociálnem práce a vzdelávania dospelých*. Prešov: Filosofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002. ISBN 80-8068-088-4.
- HAMPLOVÁ, D. Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory. *Sociologické studie*, 2004, č. 6. Praha: Sociologický ústav. ISBN 80-7330-060-5.
- HNILICA, K. Konflikt hodnot a kvalita života. *Československá psychologie*, 2000, roč. XLIV, č. 5. ISSN 0009-062X.
- HNILICA, K. Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 2004, roč. 48, č. 3, s. 193-202. ISSN 0009-062X.
- HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum, 2002. 304 s. ISBN 80-7184-580-90.
- HONZÁK, R. *Základy psychologie*. Praha: Galén, 2006. 132 s. ISBN 80-7262-377-X.
- HRBA, J. Ankylozující spondylitida (Bechtěrevova nemoc). In *Vnitřní lékařství – Revmatologie*. Praha: Galén, 2002. 149 s. ISBN 80-7262-145-9.
- CHP QoL Concepts. The quality of life model. [online] © 2008. [cit. 2008-03-03]. URL: <<http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>>.
- JANKOVSKÝ, J; PFEIFFER, J; ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
- KANT, I. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990. 129 s. ISBN 80-205-0152-5.

- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: MSD, 2005. 109 s. ISBN 80-86633-35-7.
- KNAUS, W, DRAPER, E, WAGNER, D. APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical Care Med*, 1985, vol. 13, s. 818–829. ISSN 0090-3493.
- KOVÁČ, D. K pojmo-logike kvality života. *Československá psychologie*, 2004, roč. 48, č. 5, s. 460–. 464. ISSN 0009-062X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Měření kvality života objektivními ukazateli. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky kvality života. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- KUČERA, Z. Podpora zdraví a kvalita života. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.
- KUNŠTÁT, D. Vzpomínky na minulost aneb sociologie paměti. [online]. © 2007. [cit. 2007-04-01]. URL: <[http://www.socioweb.cz/139socioweb\\_4-07.pdf](http://www.socioweb.cz/139socioweb_4-07.pdf)>.
- LAND, K. Models and indicators. *Social forces*, 2001, vol. 80, Issue 2, s. 381-410. ISSN 0037-7732.

- LAŠEK, J. Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů. *Československá psychologie*, 2004, roč. 48, č. 3, s. 215-224. ISSN 0009-062X.
- MACHOVEC, M. *Smysl lidské existence*. Praha: Akropolis, 2005. 128 s. ISBN 80-7304-046-8.
- MAINDA, E. *Egypt, Ramses II. a Bechtěrev*. [online]. © 2003. [cit. 2007-02-05]. URL: <<http://www2.webpark.cz/bechtereve/ramses2.html>>.
- MOŽNÝ, I. *Česká společnost, nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002. 208 s. ISBN 80-7178-624-1.
- NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 1997. 50 s. ISBN 80-7083-268-1.
- O'BOYLE, C. A.; MC GEE, H. M.; JOYCE, C. R. B. A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL. *Quality of Life Research*, 2003, Vol. 12, Issue 3, s 275-280. ISSN 0962-9343.
- O'BOYLE, C., CIARAN, A. Measuring the Quality of Later Life. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 1997, vol. 352, s. 1871-1879. ISSN 0962-8436.
- OLEJÁROVÁ, M. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-115-4
- PAVELKA, K. Časná diagnostika ankylozující spondylitidy. *Postgraduální medicína*, 2007, roč. 9, č. 2, s. 180 – 184.
- PAVELKA, K. Kohortová studie u ankylozující spondylitidy v regionu střední Evropy. *Česká revmatologie*, 2008, roč. 16, č. 2, s. 64–69
- PAVELKA, K. Selektivní inhibitory cyklooxygenázy. *Medicína*, listopad 2001, s. 17-20.
- PETR, P. a kol. Kvalita života u nespecifických střevních zánětů – zjišťování, hodnocení, možnosti ovlivnění. *Kontakt*, 2000, roč. 2, č. 1. ISSN 1212-4117.
- PETR, P. a kol. Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím (HRQOL)“. *Kontakt*, 2001, roč. 3, č. 3.
- POTŮČEK, M. *Putování českou budoucností*. Praha: Gutenberg, 2003. 366 s. ISBN 80-86349-09-8.

- PRAISOVÁ, M. Biologická léčba u ankylozující spondylitidy. *Bechtěrevik*, 2008, č. 102, s. 3–5
- PRIEBE, S., HUXLEY, P., KNIGHT, S. Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 1999, Vol. 45, s 7-12. ISSN 0020-7640
- RAPLEY, M. Quality of Life Research: A Critical Introduction. *Quality of Life Research*, 2004, Vol. 13, Issue 5, s. 1021-1024. ISSN 0962-9343.
- RING, L.; HOFER, S.; MC GEE, H. Individual quality of life: can it be accounted for by psychological or subjective well-being? *Social Indicators Research*, 2007, Vol. 82, Issue 3, s 443-461.
- ROGERS, F. *A positive response to Ankylosing Spondylitis (National Ankylosing Spondylitis Society)*. [online]. © 2007. [cit. 2007-02-05]. URL: <<http://www.nass.co.uk/nassbook.pdf>>.
- RYFF, C, SINGER, B. *Emotional, social relationship, and health*. New York: Oxford University Press 2001. 304 s. ISBN 0195145410
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. Kvalita života a vývoj osobnosti. In *Psychológia pre život alebo ako je potrebná metanoia*. Dunajská Streda: Pelikán, 2005. ISBN 80-967311-7-3.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. Kvalita života v rozměru normality a patologie. In *Sociální procesy a osobnost*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 2005. 155 s. ISBN 80-86620-04-2
- SAMUELSON, P. A. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1995. 1011 s. ISBN 80-205-0494-X.
- SEYMOUR, D. G.; STARR, J. M.; FOX, H. C. Quality of life and its correlates in octogenarians. Use of the SEIQoL-DW in Wave 5 of the Aberdeen Birth Cohort 1921 Study. *Quality of Life Research*, 2008, Vol. 17, Issue 1, s 11-20.
- SIČÁK, A. *Teoreticko-metodologické skúmania a východiska spôsobu života v retrospektive súčasného transformačného procesu*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. ISBN 80-8068-088-4 34.

- SPITZER, W, DOBSON, A, HALL, J. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*, 1981, vol. 34, s. 585-597. ISSN 1541-2563.
- ŠČUDLA, V. *Osteoartrózy*. [online]. © 2009. [cit. 2009-07-07]. URL: <[http://public.fnol.cz/www/3ik/prednasky\\_soubory/scudla/spondylartritidy.pdf](http://public.fnol.cz/www/3ik/prednasky_soubory/scudla/spondylartritidy.pdf)>
- ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.
- TUGENDHAT, E. *Přednášky o etice*. Praha: Oikoymenh, 2004. 311 s. ISBN 80-7298-086-6.
- VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 145 s. ISBN 80-210-3754-7.
- VEDRAL, K. *Kvalita života bechtěreviků očima pacienta*. [online]. © 2005. [cit. 2005-04-25]. URL: <<http://www.klub-bechterevidu.com/projekt/foto/Projekt.htm>>.
- VELEMÍNSKÝ, M. *Klinická propedeutika pro studující ZSF JU*. České Budějovice: ZSF JU, 2005. 145 s. ISBN 80-7040-837-5.
- VURM, V.; PETR, P.; KALOVÁ, H. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Kontakt*, 2002, roč. 4, č. 2-3. ISSN 1212-4117.
- WHO QoL Group. *Measuring quality of life*. [online]. © 2007. [cit. 2007-03-04]. URL: <[http://www.who.int/entity/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/68.pdf)>.
- ZEMAN, M. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*, 2008, roč. 10, č. 1. ISSN 1212-4117.
- ZEMAN, M. *Kvalita života jako nástroj k hodnocení výsledků balneoterapie u pacientů s Bechtěrevovou chorobou v Bertiných lázních v Třeboni*. České Budějovice, 2007. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity na katedře klinických oborů. Vedoucí práce Miloš Velemínský.
- ZLÁMAL, J. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.



- ŽÁK, S. Religiózní rozměr terapeutického vztahu. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- ŽLNAY, D.; MATEIČKA, F.; ROVENSKÝ, J. Ankylozující spondylitida. In *Klinická revmatologie*. Praha: Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2.

## **8 Klíčová slova**

- kvalita života
- SEIQoL
- pacient
- Bechtěrevova choroba
- subjektivní
- spokojenost
- korelace