

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků u mladých
pacientů do třiceti pěti let s onemocněním pohybového aparátu**

Diplomová práce

Jméno autora: Marta Moravcová

Vedoucí práce: Doc. MUDr.Petr Petr, Ph.D.

17.7.2010

Abstrakt

Diplomová práce „Vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků u mladých pacientů do třiceti pěti let s onemocněním pohybového aparátu“ je rozdělena na dvě části. Teoretická část pojednává o lázeňství na Třeboňsku a procedurách zde prováděných obecně, o kvalitě života, jejím hodnocení a o chronickém onemocnění pohybového systému a jeho vlivu na kvalitu života.

V části praktické je vytyčen cíl práce a je stanovena hypotéza, čímž je zahájen vlastní výzkum práce. Následuje kapitola „metodika“, kde je popsán postup výzkumu a použité prostředky k potvrzení nebo vyvrácení uvedeného cíle a stanovené hypotézy.

Navazující kapitola „výsledky“ obsahuje tabulky a grafy s výslednými hodnotami a jejich slovním popisem. Informace získané z výzkumu jsou konfrontovány v diskusi.

Cílem práce je prokázat u vzorku v počtu 31 pacientů do třiceti pěti let s onemocněním pohybového aparátu, zda lázeňská léčba pomáhá zkvalitnit jejich život po stránce fyzické a psychické a má pozitivní vliv na spotřebu léků. Jako tomu bylo v roce 2003, kdy skupina autorů Kalová Hana, Bican Jaroslav, Sukdolová Markéta, Faltusová Kamila a Petr Petr prokázali na souboru dvěstě šedesáti pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu, příznivý vliv lázeňské léčby v Bertiných lázních v Třeboni na kvalitu života podmíněnou zdravím. Data od vybraných pacientů byla sebrána metodou dotazování. Pro zjištění cíle práce byla použita technika standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdraví (Health Related Quality of Life), který se zabývá 8 doménami.

Z výzkumu vyplývá, že pacienti, kteří absolvovali lázeňskou léčbu jsou na tom výrazně lépe než byli před balneací a spotřeba léků zaznamenala také významný pokles. Lázeňská léčba výrazně přispívá ke zlepšení kvality života u mladých pacientů s onemocněním pohybového aparátu a má velký vliv na snížení spotřeby léků u této skupiny. Proto by bylo vhodné, aby byla lázeňská léčba více

preferovaná v případě léčby těchto pacientů obecně, protože může prokazatelně zlepšit kvalitu jejich života a ovlivnit spotřebu léků v pozitivním smyslu.

Abstract

Diploma thesis “Effect of spa treatment on the quality of life and the drug consumption of young patients up to thirty-five years of age suffering from a disease of the locomotor system” is divided into two parts. The theoretical part is focused on the balneology in Třeboň region and on the procedures performed there in general, on the quality of life, its evaluation and on chronic diseases of the locomotor system and their impacts on the quality of life.

In the practical part, the objective of the thesis is set and the hypothesis is raised, which initiates the research. The following chapter “Methodology” describes the research procedure and the means used to confirm or disconfirm the raised hypothesis and the stated objective.

The subsequent chapter “Results” contains tables and charts with the resultant values and their word description. The information obtained from the research is confronted in the discussion.

The objective of the thesis is to use a sample of 31 patients up to thirty-five years of age suffering from a disease of the locomotor system to prove whether spa treatment helps improve their life in physical and mental terms and whether it has a positive effect on drug consumption. It is similar as in 2003 when the team comprising Kalová Hana, Bican Jaroslav, Sukdlová Markéta, Faltusová Kamila and Petr Petr used a set of two hundred and sixty patients suffering from a chronic disease of the locomotor system to prove a positive effect of the spa treatment in Berta’s Spa in Třeboň on the health related quality of life. The data received from the selected patients were collected by means of the enquiring method. In order to achieve the objective of the thesis I used the technique of standardized questionnaire SF-36 of Health Related Quality of Life, focused on 8 domains.

It follows from the research that the patients who underwent spa treatment feel much better than before the balneotherapy and that their drug consumption has dropped considerably. Spa treatment contributes significantly to improvement

of the quality of life of young patients suffering from a disease of the locomotor system and has a large impact on reduction of drug consumption of this group. Therefore it would be suitable to give larger priority to spa treatment within the scope of treatment of these patients in general since it can demonstrably improve the quality of their life and to influence the drug consumption in the positive sense

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze z 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním 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 17.7. 2010

Moravcová Marta

Děkuji Doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D. za odborné vedení práce a konzultace. Dále děkuji Katedře veřejného a sociálního zdravotnictví za poskytnutí materiálů k výzkumu. V neposlední řadě pak kolektivu z třeboňských lázní, panu řediteli MUDr. Jaroslavu Bicanovi, vrchní sestře Věře Vlachové, paní primářce z Aurory MUDr. Olze Vačkářové a za technické zpracování dat Mgr. Haně Kalové.

Obsah

Úvod	9
1. Současný stav zpracované problematiky	11
1.1. Lázně Třeboň- základní údaje	12
1.2. Lázně Aurora – základní údaje.....	13
1.2.1. Popis hlavních léčebných procedur v lázních Aurora	15
1.3. Bertiny lázně – základní údaje	18
1.3.1 Popis hlavních léčebných procedur v Bertiných lázních.....	18
1.4. Léčebné metody komplexní balneoterapie.....	21
1.5. BALNEOTERAPIE CHOROB POHYBOVÉHO ÚSTROJÍ.....	28
1.6. Historie pojmu kvalita života	29
1.6.1. Definice pojmu kvalita života	29
1.6.2. Rozsah pojetí pojmu kvalita života	31
1.6.3. Kvalita života podmíněná zdravím.....	32
1.6.4. Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech.....	33
1.6.5. Kvalita života u chronických onemocnění obecně.....	34
1.6.6. Hodnocení kvality života v praxi	37
1.7. Modely nemoci a zdraví v ošetrovatelství, rehabilitaci a léčbě	38
2. Cíle práce a hypotézy	42
2.1. Cíl práce	42
2.2. Hypotézy	42
3. Metodika.....	42
4. Výsledky.....	44
5. Diskuse	69
6. Závěr.....	73
7. Klíčová slova	75
8. Literatura	76
9. Přílohy	82

Úvod

V roce 2003 skupina autorů Kalová Hana, Bican Jaroslav, Sukdolová Markéta, Faltusová Kamila, Petr Petr prokázali na souboru 260 pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu příznivý vliv lázeňské léčby v Bertiných lázních Třeboň na kvalitu života podmíněnou zdravím. Kvalita života byla stanovována a hodnocena v konceptu HRQoL- Health Related Quality of Life, s použitím dotazníku SF-36. Ve všech 8 hodnocených doménách byla kvalita života za 3 měsíce po skončení balneace vyšší, nežli před lázeňským pobytem. Spotřeba léků ze skupiny analgetika, analgetika-antipyretika a nesteroidní antirevmatika vyjádřená jako Definovaná Denní Dávka – DDD/osobu a den poklesla ve sledované skupině o 51%.

Pět let poté jsem chtěla ověřit tato data na skupině mladých pacientů do třiceti pěti let s onemocněním pohybového aparátu, protože tato skupina nebyla ještě dosud zkoumána v souvislosti s lázeňskou léčbou, která je mnohdy symbolem pouze starších generací. Mladí lidé jsou často zaneprázdněni prací nebo mají pocit, že je to ztráta času, to je ovšem, jak ukazují data, omyl. Onemocnění pohybového aparátu má prokazatelně velký vliv nejen na fyzické funkce, které jsou tímto omezeny, ale i duševní vnímání sama sebe. Zde se proto výborně uplatňuje hodnocení kvality života podmíněné zdravím - Health Related Quality of Life (HRQoL). V tomto konceptu jednoznačně převažuje důraz na subjektivní vnímání jedince sebe sama, svých možností, schopností a toho jak pohlíží na svůj zdravotní stav. Je nutno si uvědomit, jaká je souvislost mezi kvalitou života a zdravotním stavem. Touto otázkou se zabývá mnoho studií, jejichž výstupy i logická úvaha nás dovedou k závěru, že tímto vztahem je přímá závislost kvality života na stavu a zdraví jedince.

Pohybují se v prostředí generace zastoupené v mém výzkumu a vidím sama, jak negativně může dále ovlivnit onemocnění pohybového aparátu kvalitu života těchto lidí, ať je to po úraze nebo z jiných příčin. Kvalita života jako určitý parametr či ukazatel získává v posledních letech vedle objektivních měřitelných parametrů značný význam v hodnocení účinnosti léčebné a zdravotně sociální

intervence jakékoli formy. V posledních letech dochází v biomedicínckých a zdravotně sociálních oborech ke změně paradigmat týkajících se pohledu na pacienta od čistě biologického k biopsychosociálnímu, neboli holistickému pohledu. Tomu odpovídá systém mezinárodní klasifikace nemocí a poúrazových stavů IC IDH (International Classification Impairment- Disability- Handicap). V tomto systému je důraz kladen na pohled ze strany pacienta.

Léčebný pobyt v lázních prokazatelně pomáhá starším pacientům, nejen zlepšit zdravotní stav, ale i účinně snižuje spotřebu analgetik. Jako obchodní zástupce farmaceutické firmy v jejímž portfoliu jsou též léky tohoto typu, vidím, jak jsou často mladými lidmi užívány naprosto zbytečně. Chtěla jsem, pod odborným dohledem zkušeného kolektivu vědců ze Zdravotně sociální fakulty třeboňských lázní dokázat, že i tato oblast může být díky balneaci příznivě ovlivněna.

1. Současný stav zpracované problematiky

Lázeňství v České republice má již mnoha staletou tradici. K zásadnímu rozvoji lázní dochází především v 18. století, kdy veškerá empirická pozorování pozitivního vlivu přírodních léčivých zdrojů na člověka dostávají, i vzhledem k vývoji vědy a medicíny, léčebný a odborný charakter a léčebné lázeňství se v České republice stává nedílnou součástí lékařství. Udržet léčebný charakter lázní je v době tržního hospodářství velmi obtížné, přesto všechno je to právě důraz na léčebný aspekt lázní tím, co vydobylo českým lázním věhlas v mnoha zemích celého světa.

Lázeňská léčba (balneoterapie) se snaží svými ryze přírodními (stimulačními) metodami dostat vychýlené řídicí systémy organismu do takového stavu, aby byly plně využity jejich funkční schopnosti samoregulační, samoléčící atd. K tomu lázeňská léčba využívá komplexního přístupu a to nejen aplikaci místně příslušných přírodních léčebných zdrojů a to jak formou zevní či vnitřní aplikace, tj. koupelí, zábalů, pitné terapie, výplachů, inhalací aj., či klimatických podmínek, ale i dalších medicínských postupů. K nim obzvláště patří léčebná rehabilitace ať už individuální či skupinová a to i ve vodním prostředí, fyzikální terapie využívající různé energie (např. světelnou, magnetickou, elektrickou, zvukovou aj.) a to v různých formách, dietoterapii, ergoterapii, reflexní terapii, fototerapii, klimatoterapii, psychologii, logopedii, edukační vedení pacienta, režimová opatření, farmakoterapii a další léčebné postupy vycházející z nejnovějších poznatků vědy.

Těmito postupy a účinky jak lokálními, tak celkovými, lázeňská léčba bezprostředně ovlivňuje poruchy logistických funkcí organismu. (Zvyšuje obranyschopnost, zvyšuje odolnost vůči stresům, stimuluje a reguluje funkce autonomní nervové soustavy, upravuje látkové a hormonální řízení organismu, zvyšuje rozsah všech funkčních schopností celého organismu apod.).

Lázeňská léčba je nezbytnou součástí potřebné zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění všemi Zdravotními pojišťovnami ČR. Cílem lázeňské léčby

je dokončit léčebný proces v návaznosti na péči v nemocnicích či odborných ambulancích (např. pooperační stavy pohybového aparátu či zažívacího ústrojí, onemocnění oběhového ústrojí a srdce), u chronických onemocnění je cílem stabilizovat stav pacienta a průběh jeho nemoci (např. dýchací ústrojí). K lázeňské léčbě patří také edukace pacientů (např. nově zjištění diabetici), kde cílem pobytu je seznámení se s nemocí a možnými riziky v dalším životě. Která onemocnění jsou předmětem lázeňské léčby upravuje indikační seznam vydávaný Ministerstvem zdravotnictví ČR. (17).

U chronických onemocnění, kterých v současnosti stále přibývá, se hodnocení kvality života stává jedním z rozhodujících faktorů při přijímání zásadních strategických rozhodnutí o léčbě a celkovém přístupu, jak ke konkrétnímu pacientovi, tak k celé nosologické jednotce. Jako nástroje ke zjištění a hodnocení kvality života podmíněné zdravím (Health Related Quality of Life- HRQoL) slouží dotazníky typu generik, které umožňují skórování 8 domén vyhodnocením odpovědí na standardizované otázky. Je to cesta k velmi efektivnímu ohodnocení kvality života ve vztahu ke zdravotnímu stavu.(37)

Použitím metody HRQoL lze sledovat účinek a dopady zdravotní péče obecně a balneoterapie zvláště na nositele chronických onemocnění (onemocnění pohybového aparátu).

Metoda HRQoL je jednou z nejvýznamnějších koncepcí pro hodnocení kvality života, je vhodná pro kontrolu efektivnosti vynaložených prostředků v balneologii a umožňuje kvantifikovat i jinak obtížně prokazatelný celkový vliv balneace na zdravotní stav klienta (36).

1.1. Lázně Třeboň- základní údaje

Lázně Třeboň jsou jedním z nejkrásnějších jihočeských měst, jehož vznik sahá do 12. stol. Historii města Třeboň psaly rody a osobnosti zvučných jmen: od 14. století Rožmberkové, v 15. století tu působil Jakub Krčín z Jelčan - zakladatel

rybníků Svět a Rožmberk. Posledního Rožmberka - Petra Voka - střídá rod Švambergů a od r. 1620 Schwarzenberkové.

Léčebných vlastností rašeliny využívali obyvatelé města Třeboň a okolí po staletí, skutečný počátek lázeňství se zde váže k roku 1883, kdy byl v blízkosti historického centra vybudován první lázeňský dům Bertiny lázně.(16) Tehdy místní učitel Václav Hucek zřídil na zahradě svého domu soukromé lázně. Učinil tak pro potřeby své dcery jež byla postižena revmatismem a aplikoval na ní slatinné koupele. Dcera se jmenovala Berta, proto se lázně jmenovaly Bertiny. Toto jméno nese část Třeboňských lázních dodnes. Od té doby se datují dějiny novodobé třeboňské lázeňské tradice. Bertiny lázně zůstaly soukromé až do roku 1939. Tehdy je koupila obec a v roce 1940 dala vzniknout Městským slatinným a uhličitým lázním. Po válce se v tradici léčby revmatismu rašelinou pokračovalo a lázně byly modernizovány a rozšiřovány. V r. 1960 získala Třeboň statut lázeňského města a v r. 1975 bylo otevřeno nové lázeňské sanatorium Aurora.(6)

1.2. Lázně Aurora – základní údaje

Lázně Aurora jsou moderním komplexem navzájem propojených budov, který se nachází na západním okraji města v klidném prostředí rozsáhlého parku na břehu rybníka Svět. Od 90. let zde proběhly, a obzvláště v posledních letech, dílčí rekonstrukce. Týkají se především pokojů, jídelen a balneoprovozů, čímž tyto lázně dosahují dobrého evropského standardu.(10)

Hlavním posláním Lázní Aurora je léčba nemocí pohybového aparátu a to především těchto onemocnění a potíží:

- revmatické choroby
- degenerativní onemocnění kloubů
- stavy po úrazech a operacích pohybového aparátu (včetně operací s náhradou kloubní)
- osteoporóza

Neméně důležité a oblíbené jsou pobyty zaměřené na rekondiční a relaxační terapie. Pobyty sloužící k regeneraci těla, navození psychické pohody a odpočinku.

Cílem léčby je nejen vlastní léčení, absolvované v lázeňském zařízení, ale i dosažení změny životního režimu, nácvik autoterapeutických prvků, které je nutno provádět doma po návratu v rámci další prevence, osvojení si nových zásad zdravého životního stylu včetně zásad správné výživy s dostatkem pestré stravy, vedoucí k dosažení optimální tělesné hmotnosti. (7)

Surovinou pro hlavní léčebnou metodu je speciálně upravená slatina - rozmělnuje se, ředí a zahřívá na teplotu okolo 38°C. Používá se ve formě koupelí, nebo zábalů, kde je využíváno vyšší hustoty a tím vysoké akumulární schopnosti tepla k postupnému a rovnoměrnému prohřátí těla, nebo jeho částí.

Výsledkem je uvolnění svalového napětí, snížení bolesti, lepší prokrvení tkání a lepší regenerace. Pro dosažení efektu je vhodné absolvovat sérii 6 - 9 procedur během 21 dnů léčebného pobytu.(5)

Vodoléčebné procedury v lázních Aurora:

<i>Koupele</i>	jodové, solfatanové, bylinné, uhličitě, perličkové, vířivé lázně, skotské stříky
<i>Masáže</i>	klasické ruční, podvodní, mechanické – hydrojet, reflexní
<i>Fyzikální terapie</i>	krátkovlnná diatermie, diadynamické, interferenční proudy, infračervené světlo, magnetoterapie, galvanizace, ultrazvuk, laser, parafín, kryoterapie

Rehabilitační metody:

Fyzioterapie využívá moderních manuálních a rehabilitačních technik k odstranění funkčních poruch, špatných stereotypů, následků zánětlivých a

degenerativních onemocnění, úrazů atd. Formy cvičení jsou: individuální a skupinové a to jak v tělocvičně, bazénu tak na přístrojích.

Ostatní metody:

Inhalace, plynové injekce, solárium, sauna, akupunktura, reflexní masáž
(8)

1.2.1. Popis hlavních léčebných procedur v lázních Aurora

Slatinná koupel

Přírodní slatina těžená z rašelinišť v okolí města Třeboně se mísí s vodou a ohřívá se na teplotu 38°C. Doba koupele trvá 15 minut, následuje celkový 15-ti až 20-ti minutový zábal. Po koupeli přichází pocit příjemného celkového uvolnění a hloubkového prohřátí organismu, vhodné u chronických, zánětlivých a degenerativních onemocnění kloubů a páteře.

Slatinný zábal

Jde o lokální aplikaci slatiny předehřáté na 42°C. Po nanesení slatiny následuje kompletní zábal prostěradlem a dekou, kdy je dosaženo efektu příjemného prohřátí a uvolnění svalů. Aplikace trvá 15 minut. Vhodné pro chronická onemocnění páteře, kloubů, k tlumení bolestí, poruchám prokrvení.

Perličková koupel

Vanová koupel o teplotě 37°C, ze dna vany jemně probublává stlačený vzduch, doba koupele trvá 15 minut, po koupeli následuje zábal a pocit příjemného uvolnění a celkové relaxace, vhodné u chronického zánětlivého a degenerativního onemocnění páteře, kloubů, poruchy prokrvení a relaxace.

Podvodní masáž

Vanová koupel spojená s masáží proudem vody z masážní trysky aplikovaná masérem, teplota vody je 37°C, doba procedury trvá 15 minut, po masáži se dostaví pocit uvolnění svalů, příjemné mírné únavy. Vhodné u chronického zánětlivého a degenerativního onemocnění páteře a kloubů, poruchy prokrvení a psychické relaxace.

Uhličitá koupel

Vanová koupel o teplotě 34°C, voda je sycena plynným kyslíčným uhličitým, doba aplikace trvá 15 minut, po koupeli následuje zábal, pocit příjemného celkového prokrvení bez přehřátí organismu, vhodné u onemocnění kardiovaskulárního systému, poruchy prokrvení, degenerativního a zánětlivého onemocnění páteře, kloubů.

Bylinná koupel

Vanová přísadová koupel se směsí bylinek o teplotě vody 37°C, doba procedury trvá 15 minut. Účinek relaxační, stimulační nebo regenerační. Po koupeli následuje zábal, vhodné u onemocnění pohybového aparátu, bolestí kloubů, páteře a pro psychickou relaxaci.

Jódová koupel

Vanová přísadová koupel o teplotě 37°C s přísadou jodidu draselného. Trvá 15 minut. Po koupeli následuje 15-ti až 20-ti minutový zábal. Koupel je vhodná pro zlepšení látkové výměny u chronických, zánětlivých a degenerativních onemocnění kloubů a páteře, též u poruch prokrvení.

Solfatanová koupel

Vanová přísadová koupel o teplotě 37°C s přísadou Solfatanu. Trvá 15 minut. Po koupeli následuje 15-ti až 20-ti minutový zábal. Koupel je vhodná pro revmatiky s kožními infekcemi.

Hydrojet – mechanická masáž

Masáž je prováděna proudem vody přes vyhřívané gumové lůžko – suchá procedura. Trvá 15 minut. Po masáži pocit uvolnění svalů. Vhodné u chronických, zánětlivých a degenerativních onemocnění kloubů, páteře a k psychické relaxaci.

Ruční masáž

Klasická ruční masáž částečně aplikovaná dle předpisu lékaře. Doba trvání 20 minut. Po masáži následuje pocit příjemného uvolnění a mírné únavy, vhodné u stavů provázených zvýšením svalovým napětím a k celkové relaxaci.

Plynové injekce

Místní podkožní aplikace plynu – medicánálního oxidu uhličitého v množství 10 – 100 ml za použití injekční jehly a přístroje napojeného na tlakovou láhev. Při aplikaci přechodně pocit mírné lokální bolesti, následuje pocit uvolnění svalů, ústup bolesti, vhodné u chronického onemocnění kloubů, páteře a při poruchách prokrvení.

Oxygenoterapie

Vdechování zvlhčeného kyslíku pomocí nosní sondy, aplikace je prováděna po dobu 1 hodiny v křesle relaxační místnosti, terapie je doplněna užitím multivitaminů. Terapie navozuje pocity celkového zklidnění, zlepšení dechu a ústupu únavy. Vhodné u onemocnění srdce, dýchacího ústrojí, ke zlepšení prokrvení a proti únavě (9).

1.3. Bertiny lázně – základní údaje

Hlavním posláním Lázní Berta je léčba nemocí pohybového aparátu a to především těchto onemocnění a potíží:

- Bolestivé stavy páteře a kloubů
- Poúrazové a pooperační stavy
- Stavy po kloubních náhradách
- Artrózy
- Revmatická onemocnění
- Bechtěrevova nemoc
- Dna a hyperurikemický syndrom
- Bolestivé stavy měkkých tkání (11)

1.3.1. Popis hlavních léčebných procedur v Bertiných lázních

Slatinné procedury

Bertiny lázně využívají k léčbě původní přírodní léčivý zdroj - slatinu, jejíž blahodárné účinky na lidské zdraví zajistily věhlas těchto lázní. Slatina patří mezi tzv. peloidy, což jsou přírodní látky vzniklé geologickými pochody. V Třeboni se těží speciální prostá zemitá slatina s obsahem desinfekčních minerálů pyritu a markazitu. Účinky peloidních procedur jsou především tepelné. Má je „na svědomí“ konzistence (hutnost) slatiny. Díky své hustotě totiž vede teplo až sedmkrát pomaleji než voda, proto se v ní organismus prohřívá šetrněji a především intenzivněji.(14)

Vodoléčba

Vodoléčebné procedury využívají tří přirozených účinků vody – mechanického, tepelného a chemického. Mechanický je dán působením tlaku vody (v závislosti na hloubce) a tlaku, kterým voda působí na ponořené tělo

pacienta (známý Archimédův zákon). Tepelný účinek je jednoznačně uvolňující a relaxační. Chemický účinek je dán obsahem minerálů a stopových prvků, které mají příznivý vliv na metabolismus kožních a podkožních vrstev. (15)

Elektroléčba

Při elektroléčbě se uplatňují jako fyzikální podněty elektrické proudy. Dle frekvence užitého proudu rozlišujeme: elektroléčbu stejnosměrným proudem – čtyřkomorová lázeň, střídavým proudem nízkofrekvenčním - diadynamik, střídavým proudem středněfrekvenčním - interferenční proudy a střídavým proudem vysokofrekvenčním – diatermie, magnetické pole, indukční pole, ultrazvuk.(12)

Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je komplex přístupů a postupů směřujících k obnovení hybných a funkčních schopností organismu. Provádí ji specialisté v oboru fyzioterapie buď na individuálních cvičebnách nebo při skupinovém cvičení dle předpisu lékaře.(13)

1.4. Balneoterapie

Balneoterapie je souhrnem různorodých léčebných postupů používaných v lázeňském místě pod lékařským vedením obvykle po dobu několika týdnů. Tento způsob lázeňské léčby se vyvinul historicky z klasické balneoterapie, často monofaktorové, která využívala výhradně místní přírodní léčivé zdroje. Dnešní lázeňská léčba kromě přírodních léčivých zdrojů využívá celou široké spektrum fyziatrických metod, dietoterapii, psychoterapii i medikamentózní léčbu.

Lázeňská léčba jako systém medicínských postupů s profylaktickými léčebnými a rehabilitačními účinky má znaky nespecifické, ale také do jisté míry znaky specifické léčby. Podle Jordana se skládá ze série podráždění, podnětů a

zátěží v prostředí pro pacienta novém. Umožňuje soustředěný trénink oslabených funkcí a neklade si za cíl restituovat poškození anatomické. Moderní lázeňský léčebný komplex obsahuje:

1. Základní léčbu přírodními léčivými zdroji.
2. Kombinovanou léčbu fyzikálními metodami, dietou, medikamenty, psychoterapií, vlivem režimu a lázeňského prostředí.
3. Významnou složkou edukační.

Součástmi bohužel opomíjené edukační, zdravotně výchovné složky lázeňské léčby jsou aktivizační a naučné programy, kulturní a společenské činnosti. Lázeňská léčba má pacienta aktivizovat a stimulovat ke zvýšení celkové výkonnosti. Tento v posledních desetiletích převládající názor vedl k tomu, že klasické lázeňské metody jako koupele, masáže, zábaly, byly označeny jako „pasivní“ a přednost dostávají „aktivní“ procedury, které vyžadují od pacienta vlastní činnosti. Jsou to zejména pohybová léčba, gymnastika, plavání a další.(26)

Lázeňské léčení se od léčby ambulantní nebo nemocniční liší také tím, že je v něm zvýrazněna složka sociální a psychologická.

Lázeňské léčení je vhodné u mnoha chronických onemocněních, při rehabilitaci pooperačních a poúrazových stavů, v rekonvalescenci některých závažných onemocnění. Nermalou úlohu může sehrát v prvotní i druhotné prevenci.(45)

Výsledky lázeňského léčení lze hodnotit i z jiných aspektů než čistě medicínských.(25)

Z hlediska sociologického může lázeňský pobyt pozitivně ovlivnit osobnost pacienta a jeho společenského jednání. Pobyt v lázních u řady nemocných zlepšuje schopnost komunikovat, odstraňuje deprivace v oblasti sociální komunikace, zvláště u starších osob.

Z hlediska psychologického lze kladně hodnotit vliv lázeňského léčení na změnu psychického ladění pacienta, ústup neurotických prvků, navození pocitu spokojenosti (47)

1.4.1. Léčebné metody komplexní balneoterapie

Komplexní balneoterapií nerozumíme pouze léčebné metody, ale ucelenou péči o klienta včetně například správného stravování a speciální výživy. Tato výživa by měla nemocného uspokojovat po stránce chuťového, estetické, měla by být nutričně hodnotná, pestrá, bez stereotypů, využívající ročních období, regionálních zvláštností. Energetickou hodnotou, složením živin a výběrem potravin by měla mít antisklerotický charakter (47).

Přírodní léčivé zdroje

Jedním ze základních znaků přírodních léčivých zdrojů je jejich společné prostředí – voda. V tomto prostředí nacházíme anorganické i organické látky částečně rozpustné, částečně více nebo méně rozptýlené.

Přírodní léčivé zdroje dělíme na:

1. Léčivé vody
2. Kašoviny (peloidy)

Léčivé vody

Léčivá voda je přírodní voda, která má na základě chemického složení a fyzikálních vlastností léčivý účinek.

Minerální voda je přírodní voda, která obsahuje aspoň 1 g tuhých součástí rozpuštěných v 1 l vody. Minerální vody představují v podstatě velmi zředěné roztoky solí. Jsou to roztoky, které jsou stále v pohyblivé rovnováze s látkami tuhými, plynnými i se živou hmotou jak v geologickém prostředí, tak na další

cestě ke spotřebiteli. Pití minerálních vod ovlivní složení moči navozením vodní diurézy a změnami v koncentracích a množstvích vylučovaných minerálních látek močí. (44)

V minerálních vodách se nejčastěji setkáváme s těmito kationty:

Li^+ , Na^+ , K^+ , Rb^+ , Cs^+ , NH_4^+ , Mg^{2+} , Ca^{2+} , Sr^{2+} , Ba^{2+} , Zn^{2+} , Fe^{2+} , Mn^{2+} , Co^{2+} , Ni^{2+} , Pb^{2+} , Hg^{2+} a Al^{3+} .

Z aniontů jsou to zpravidla:

F^- , Cl^- , Br^- , I^- , NO_3^- , SO_4^{2-} , HSO_4^- , $\text{S}_2\text{O}_3^{2-}$, H_2PO_4^- , HPO_4^- , HCO_3^- , CO_3^{2-} , BO_2^- , HSiO_3^- , HS^- , OH^- , rovněž i ionty některých mastných kyselin.

V minerálních vodách jsou rozpuštěné nejčastěji tyto plyny:

Oxid uhličitý, sirovodík, karbonylsulfid, dusík, kyslík, některé vzácné plyny, například argon, helium, některé uhlovodíky, např. metan a radon.

Minerální vody dělíme dle:

- Obsahu rozpuštěných plynů
- Celkové mineralizace
- Hlavních iontových složek
- Biologicky a farmakologicky významných součástí
- Momentální reakce
- Radioaktivity
- Přirozené teploty

- Osmotického tlaku (31)

Peloidy

Peloidy (kašoviny) jsou látky, které vznikly v přírodě geologickými pochody. Rozdrcené – ve směsi s vodou – se v medicíně používají ve formě koupelí, obkladů nebo zábalů (44).

Peloidy dělíme na:

- humolity
 - rašelina
 - slatina
 - slatinová zemina
- bahna
 - jednoduché bahno
 - zřídlové (terminální) bahno
 - sirmé bahno (31)

Termoterapie

Termoterapie využívá kinetické energie molekul. Působí přídatným proudem tepla do organismu (pozitivní termoterapie) nebo z organismu (negativní termoterapie, kryoterapie). V lázních se termoterapie provádí klasicky pomocí přírodních léčivých zdrojů, dále pomocí prostředků umělých, mezi které patří i fyziatrické zdroje tepla.

Do termoterapie zahrnujeme vodoléčbu, peloidoterapii, aplikace parafínu, dále termoterapie zářením infračervenými paprsky a elektromagnetickým zářením pomocí diatermie o různém kmitočtu, zahrnujeme sem i její „opak“, kryoterapii pomocí vody nebo vzduchu.

Léčebné účinky - ohřívání organismu místně snižuje periferní cévní odpor, svalový hypertonus, bolest a podporuje resorpci. Ohřívání v segmentu normalizuje funkci postižených orgánů – motilitu, sekreci.

Ochlazování místně způsobuje reaktivní hyperémii po vstupní krátkodobé vazokonstrikci, u akutních procesů podporuje analgezi a má antiflogistický efekt, dále zvyšuje svalový tonus. Celkově zvyšuje krevní tlak, prohlubuje dýchání, zklidňuje a navozuje pocit osvěžení, při opakované aplikaci posiluje funkční zdatnost kůže a otužuje a zlepšuje psychiku (47).

Vodoléčba

Vodoléčba je především teploléčebná metoda. Nejdéle se užívají typy vodoléčby, které jsou založeny na přírodních zdrojích vody – teplé, proplyněné, mineralizované apod. Vodoléčba je přesně vzato jen konvenčním názvem: voda je jen „nosičem“ léčebného prvku jako je výše zmíněné teplo, přírodní nebo uměle rozpuštěné příměsi, dále umožňuje kineziterapii, spolupůsobí svým hydrostatickým tlakem a vztlakem, je prostředkem k masáži, lze ji aplikovat na část těla i na celé (31).

Typy aplikací – ustálený základní výběr vodoléčebných procedur v lázních se skládá:

- z otěrů a omývání,
- ze zábalů a obkladů,
- z polevů, sprch a stříků,

- z koupelí částečných, polovičních, celkových, vířivých, s masáží pod vodou, přísadových, s aktivním cvičením či plaváním, z koupelí kombinovaných jako jsou parní koupele nebo sauna (44).

Léčebné účinky

základním principem lázeňské léčby je její tréninkový, adaptační mechanismus. I pro vodoléčbu platí, že opakováním a stupňováním náročnosti procedur v průběhu nejčastěji třítydenní lázeňské léčby se daří zafixovat větší zdatnost termoregulační funkce a až normalizaci té funkce, která v řetězci selhávala. Je to obecné vyjádření dosažených efektů, které v klinice popisujeme jako ústup bolesti, spasmů, svalového hypertonu, normalizaci nebo pokles krevního tlaku, snížení expektorace, úprava rytmu stolice, úprava plynatosti, vymizení močových obtíží, zvýšení kloubní hybnosti.

Peloidoterapie a parafinoterapie

Peloidoterapie je formou teploléčby, která se v rámci komplexní lázeňské péče provádí opakovaným přikládáním peloidu na část těla v podobě zábalů nebo tamponů anebo celkově v podobě peloidních koupelí.

Léčba nanášením roztaveného parafínu na kůži je dostupná a šetrná a našla si cestu i do lázeňských léčeben, jedná se o lokální termoterapii.

Klimatoterapie

Klimatoterapií rozumíme léčení pobytem v takovém místě, jehož podnebí má mimořádně příznivé nebo léčivé účinky. Klima je komplexem atmosférickým (fyzikálních a chemických), půdních a krajinných vlastností, které se uplatňují v určitém území a jsou pro ně charakteristické.

Podle hlavních faktorů podílejících se na léčivém účinku klimatu lze klimatoterapii dělit na:

1. Aeroterapii – klidová léčba se střídá s pohybem na čerstvém vzduchu, kinezioterapií
2. Helioterapie – léčba slunečním zářením
3. Talasoterapie – léčba a otužování mořským klimatem a mořskými koupelemi
4. Speleoterapie – léčebné využívání klimatických podmínek v jeskyních(47)

Pohybová léčba a masáž

Pohybová léčba je jednou z nejdůležitějších metod fyziatrie, při které využíváme pohybové, kinetické energie k terapeutickému ovlivnění nemocného.

Pohybová léčba se obvykle dělí na léčebnou tělesnou výchovu (LTV), mechanoterapii, léčbu prací (ergoterapií) a léčebnou masáží.

Léčebná tělesná výchova

Léčebná metoda zaměřená na rozvoj funkční adaptace organismu a vyváženosti pohybové činnosti, při níž se využívají cíleně tělesné cviky na udržení nebo znovuzískání funkce tělesných ústrojí, na ovlivnění fyzické výkonnosti a zdatnosti člověka s cílem posilovat správně vybudované dynamické stereotypy či vytvářet nové.

Metodiky LTV:

1. pasivní cvičení (zahrnuje pasivní pohyby, polohování a stimulace)
2. aktivní cvičení (vykonává pacient vědomě)
3. dechová cvičení (cviky, jejichž prostřednictvím můžeme ovlivnit hloubku, rytmus a trvání dechu)

4. svalová uvolnění – relaxace (místního i celkového uvolnění se dosahuje aktivně (kmitem, švihem) nebo pasivně (masáží, teplem, vibrací, otřásáním))

5. některé speciální metody – analytická gymnastika či analytická reedukce, propioceptivní neuromuskulární facilitace.

Mechanoterapie

Mechanoterapie je zvláštní úsek pohybové léčby, kdy pasivní cvičení provádíme pomocí přístrojů, které umožňují stanovit potřebný pohybový rozsah a na nichž je možné provádět cvičení i se zátěží.

Léčba prací (ergoterapie)

Ergoterapie je zvláštní způsob pohybové léčby je zaměřena na zlepšení celkového stavu pacienta a na obnovení jeho pohybových funkcí. Jde jednak o léčbu zaměstnáváním různými činnostmi, jednak o léčbu prací s cílem urychlit zpětné zařazení nemocného do pracovního procesu.(5)

Léčebná masáž

V rámci balneoterapie se využívají nejrozmanitější způsoby, především však klasická ruční masáž, podvodní masáž a masáž reflexní (8).

Elektroterapie a magnetoterapie

Elektroterapii považuje moderní fyziatrie z hlediska terapeutického efektu za racionální metody tzv. elektroanlazezie (diadynamické proudy, interferenční proudy, Träbertovy proudy, metody TENS (transkutánní elektrické neurostimulace)) a elektrostimulační impulzoterapie. Klasické elektroléčebné úkony jsou galvanizace, iontoforéza, diatermie.

Klasickým zdrojem magnetické energie jsou přirozené stabilní magnety (magnetické nebo zmagnetizované kovy), magnetické podušky – vyrobené z permanentních magnetů vhodně seřazených a zašitých v látce. Magnety vytvářejí statické magnetické pole. V rámci elektroléčby se využívá elektromagnetů, napájených stejnosměrným elektrickým proudem (44).

Fototerapie

Optické záření je částí elektromagnetického spektra. V dlouhovlnném pásmu navazuje na mikrovlny a začíná infračerveným zářením, následuje viditelné světlo v pořadí barev červená, oranžová, žlutá, zelená, modrá, fialová. Rozsah optického záření končí ultrafialovým zářením, navazuje pak na rentgenové záření (47).

1.4.2. Balneoterapie chorob pohybového ústrojí

Lázeňské léčení chorob pohybového ústrojí má u nás dlouholetou tradici. Byla to zejména revmatická onemocnění, která se od pradávna léčila pomocí teplých přírodních zdrojů. Ani rozsáhlý rozvoj farmakoterapie a výroba celé řady účinných nesteroidních antirevmatik nesnížily význam využití celého komplexu fyzikální léčby a balneoterapie. Naopak vývoj přisoudil důležité místo právě nemedikamentózní léčbě těchto, zpravidla vleklých onemocnění.

Moderní balneologie využívá v rámci komplexní lázeňské léčby nejen dostupných přírodních léčivých zdrojů (termální a minerální vody, peloidní, léčivé plyny), ale i široké palety terapeutických postupů z léčebné rehabilitace, fyziatrie, cílené reflexní léčby apod.

Na dobrých výsledcích lázeňské péče se podílí nemalou měrou i předepsaný režim nemocného a s profesionální citlivostí prováděná zdravotní výchova, směřovaná k podpoře zdraví a správné životosprávy. (47).

1.5. Kvalita života

Ze sociologického pohledu je na místě domnívat se, že pojem kvalita života je historicky a sociokulturně podmíněn. V závislosti na výchově a socializaci je odlišně interpretován.

V 50. letech psali o kvalitě života jako novém sociologickém tématu J.K Galbraith a D. Riesman. Společně ho vnímali jako rozvojovou šanci americké společnosti, vůči níž vznášeli mnohé kritické výhrady. V 60. letech ho do politiky zavedli J. F. Kennedy a L. B. Johnson. (24).

V těchto letech došlo i k prvnímu výzkumnému použití „kvality života“. Bylo spojeno s hnutím „Social Indicators“, které zdůrazňovalo, že kvalitu života ovlivňují nejen ekonomické ukazatele, ale i určité prostředí, ve kterém obyvatelé žijí, jako např. vesnice či město.

V 70. letech proběhlo první šetření kvality života obyvatelstva v USA. Cílem bylo vyvinout objektivní ukazatele doplňující objektivní charakteristiky prostředí, jako je hluk, znečištění vzduchu, kriminalistika. Šetření zachycovalo, jak lidé sami hodnotí svůj život ve vztahu k objektivním životním podmínkám.

V 80. letech se kvalita života uplatňuje v mnoha lékařských oborech. Dostává se do klinického výzkumu jako završení tradičních ukazatelů morbidity a mortality. U klientů, kde se nedalo hovořit o uzdravení či zjišťování kvality života, kladlo za cíl pouze jejich kvalitu života zlepšit a to v co nejlepším měřítku (4).

V současné době se o kvalitě života hovoří v mnoha oblastech. At' už je to oblast hodnocení komunitních služeb, zdravotnických programů či měření individuální pohody.(3)

1.5.1. Definice pojmu kvalita života

Slovo „kvalita“, podle etymologického slovníku, je odvozeno od latinského základu „qualitas“ — kvalita — či „qualis“ jaký. Ještě hlubší kořen má latinské „qualis“ to „qui“ — „kdo“. Český kořen tázacího zájmena (kdo?) „k“ —

nás dovede až ke slově „kěž“ či „kýžený“ — tj. žádoucí, cílový stav. Pod pojmem kvalita si lze představit i „jakost, hodnotu“ tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (27)

Definice pojmu kvalita života je podle Velkého lékařského slovníku individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu k systému hodnot, kultuře, životním cílům, očekávání a k běžným zvyklostem. Někdy bývá pojímána jako rozdíl mezi skutečností a individuálním očekáváním. Do značné míry je podmíněna zdravím, psychickým stavem, stupněm nezávislosti, ekonomickými okolnostmi, sociálními vztahy i celkovým životním prostředím.(49)

Psychologický význam pojmu kvalita života uvádí psychologický slovník jako “míru seberealizace a duševní harmonie, čili míru životní spokojenosti a nespokojenosti“. V sociologickém významu je kvalita života chápána jako „pocit a životní úroveň speciálních skupin jako jsou staří lidé, příslušníci etnických a jiných minorit čili hledisko jejich možnosti volby“. Lékařská definice podle autorů vyjadřuje, na jaké zdravotní úrovni a s jakým omezením žijí lidé s chronickými chorobami jako je bronchiální astma, Parkinsonova nemoc, choroby kardiovaskulární, geriatrické choroby a mnohé jiné, čili hledisko omezení svobody. Individuálně kvalitu života zvyšují, především ve stáří, plánované tělesné a duševní činnosti, aktivní životní styl“. (2)

Podle světové zdravotnické organizace je kvalita života to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu, ve kterém žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (1)

Další definice kvalitu života uvádí jako „úroveň osobní pohody (wellbeing) spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí. Kvalita života v tomto smyslu je nejbezprostředněji měřitelná pomocí subjektivních indikátorů. Nicméně jsou často využívány rovněž objektivní indikátory, které postihují vnější podmínky, které ovlivňují kvalitu života (30).

Pod pojmem kvalita života se všeobecně rozumí souhrn objektivních a subjektivních posouditelných činností a vjemů člověka v jeho každodenním životě a společenských vztazích. (36)

Kvalitu života lze operacionalizovat jako kognitivní ohodnocení vlastního života, které se týká spokojenosti v jednotlivých oblastech života (vztahy, práce, přátelé, finance, volný čas atd.) a dále se týká spokojenosti s celkovou kvalitou života.

I Když kvalita života a její hodnocení vyjadřuje individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost, je mimo pochybnost, že se do této reflexe promítá sociální minulost, současnost i budoucnost daného jedince, jeho vztahy k druhým lidem, skupinám, kultuře, politice apod.(20)

1.5.2. Rozsah pojetí pojmu kvalita života

Na kvalitu života je třeba pohlížet jako na komplex otázek. Tyto otázky pojímají život člověka v celé šíři. Pokud budeme uvažovat o kvalitě života, je třeba si předem ujasnit, o kterou rovinu se bude jednat. Křivohlavý uvádí v problematice kvality života tři hierarchicky odlišné roviny: makro-rovinu, mezo-rovinu a rovinu osobní, neboli personální.(21)

V makro-rovině se jedná o otázky kvality života velkých společenských celků — např. dané země nebo kontinentu. Absolutní morální hodnota je nehlubší absolutní smysl života a kvalita života jí jako takovou musí respektovat. V tomto pojetí se problematika kvality života stává součástí základních politických úvah (např. oblast boje s hladomorem, chudobou, epidemiemi, terorismem, ale i v otázkách investic do infrastruktur a zvláště zdravotnictví, stanovení obsahu základní výchovy apod.)

V mezo-rovině jsou zahrnuty otázky týkající se kvality života v tzv. malých sociálních skupinách jako je nemocnice, škola nebo domov důchodců. Kromě morální hodnoty života člověka jsou zde i otázky sociálního klimatu,

vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb, existence sociální opory a sdílení hodnot.

Třetí rovina je rovina osobní, neboli personální. Týká se života jednotlivce, individua. V této rovině je stanovení kvality života čistě osobní. Hodnocení spokojenosti, zdravotního stavu či bolesti je subjektivní záležitostí jednotlivce. Na tuto rovinu mají vliv osobní hodnoty individua, jako jsou představy, naděje, očekávání, přesvědčení atp. Křivohlavý cituje definici od Bergsmana a Engela, kteří nastínili rozsah pojmu kvalita života takto: „Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) jde o subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žít“.

Kvalitu života je možné měřit ještě ve čtvrté rovině, jíž je fyzická (tělesná) existence. Jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, jenž je možné objektivně měřit a porovnávat. Týká se např. změn chování a projevů v důsledku léčby (chůze před a po ortopedickém léčení). Poslední dvě roviny (rovinu osobní a rovinu tělesné existence) je možné považovat za dvě poloviny mikro-roviny a doplnit tak pojmy makro-roviny a mezo-roviny do logického celku. (27)

1.5.3. Kvalita života podmíněná zdravím

Pozitivní zdraví je stav v asymptomatickém stádiu. Vztahuje se na kvalitu života a lidského potenciálu. Zahrnuje v sobě seberealizaci, chuť do života a lidskou tvořivost. Kvalita života podmíněná zdravotním stavem – Healed Quality of Life (HRQoL), je pojem shrnující subjektivní a přitom kvalifikovatelné měření, jednak vnímání zdraví a jednak vnímání chodu životních funkcí ve fyzické, zdravotní, sociální a emoční sféře. Tato měření a vyhodnocování jsou odlišná od klinických měření a vyhodnocování, ať už tíže nemoci či její aktivit. (48)

Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci. Je to stav bio-psycho-socio-spirituální rovnováhy osobnosti (WHO). Vyrovnání biologických potřeb

člověka s duševním klidem, s uspokojivým postavením v kolektivu a ve společnosti a s vírou v životní filosofii ve smyslu kvality života. Vztah zdraví ke kvalitě života vychází z předpokladu směřování života. Zdraví je často chápáno jako prostředek k dosažení cíle. (19)

Kvalitu života lze považovat za obecný termín zahrnující např. náboženské a ekonomické aspekty. Ve vztahu ke zdraví se používá označení „Health Related Quality of Life“ (HRQoL), tedy ke zdraví vztažená kvalita života týkající se zdraví. Používá se pro též sledování vlivu nemocí a jejich léčby na člověka.(35)

Velký lékařský slovník uvádí kvalitu života související se zdravím jako: „Úroveň duševních, tělesných a sociálních funkcí a vztahů, včetně vnímání zdraví, životního uspokojení a pohody. Bývá do ní zahrnována i spokojenost pacientů se zdravotnickými službami, respektive s léčbou a jejími výsledky.“(46)

1.5.4. Hodnocení kvality života v ošetrovatelství a sociální práci

S postupujícím osamostatňováním oboru ošetrovatelství a sociální práce a s tím jak se rozvíjí jejich teoretická základna a institucionální zakotvení ve výuce, vědě a výzkumu i ve vlastní praxi, vystupuje do popředí jev již déle známý, ale dosud málo reflektovaný. Je to nedostatečnost dosavadních konceptů a modelů nemoci i zdraví. Tato nedostatečnost netkví v tom, že by byly špatné či překonané, ale v tom, že nejsou adekvátní reálné potřebě společenské praxe. Dosavadní biomedicíncký model a jeho klasifikační systémy a osvědčené přístupy jsou v současnosti doplněny modelem bio-psychosociálním a jeho deskriptivním klasifikačním systémem.(39) Spolu s možností hodnotit kvalitu života poměrně exaktními nástroji máme díky tomuto modelu k dispozici teoretické podklady pro zabezpečení skutečného konsensu, a to i v mezinárodním měřítku a rozsahu. Vytváří mezinárodně přijaté podklady pro obor ošetrovatelství jak pro indikaci a účelné poskytování a provádění ošetrovatelské péče, tak pro zajištění jeho kvality a dobrých výsledků. Tento jev a trend je tak významný, že se v odborné veřejnosti hovoří o změně paradigmat, změně vzorců pro myšlení, chování a jednání zdravotníků obecně a odborníků v oboru ošetrovatelství zvláště. Tato změna

paradigmat je vyvolána nepochybnými změnami ve spektru prevalence nemocí. Začínají totiž převažovat chronické nemoci, kdy striktní uvažování dle schématu etiopatogenesa – manifestace – vyléčení prostě nepostihuje plně realitu. Další a možná ještě významnější příčinou je současný celostní („holistický“) pohled na člověka, zdraví a nemoc. V této situaci se do popředí dostává zvažování konkrétního lidského údělu v jeho plnosti biologické, psychologické a sociální. Velkou roli zde hraje pojem životních rolí, a jejich omezení nemocí či handicapem. Jestliže budeme schopni měřit kvalitu života a její dynamiku v souvislosti s ošetrovatelskou péčí, a to jak v ohledech fyzických, biologických, tak duševních, psychických a sociálních (životní role a jejich omezení nemocí či handicapem) budeme moci tuto péči lépe indikovat, provádět i vyhodnocovat.

Podobně to platí i pro rehabilitační péči a v případě chronických nemocí lze tento přístup aplikovat i pro léčbu.(34)

Termín „léčebná rehabilitace“ pak v sobě konstituuje ono co možná nejdokonalejší navrácení původního stavu pacienta před onemocněním, zejména z hlediska holistického pohledu na celkovou „kvalitu života“ konkrétního pacienta. Ne náhodou je proto podstatnou složkou i práce s psychikou našich nemocných, zejména otázka sociální rehabilitace - řešení kompenzačních opatření stran možnosti samostatného života i v podmínkách handicapu daného onemocněním či následky úrazu. (18)

1.5.5. Kvalita života u chronických onemocnění

Široký konsensus odborných autorit o významu konceptu HRQoL můžeme bezpochyby považovat za jeden z nejvýznamnějších přínosů vývoje zdravotní péče v posledním desetiletí.(22)

Smyslem léčby a obecně řečeno zdravotní péče je docílit, aby pacient vedl „efektivnější“ život s uchováváním všech životních funkcí, s docílením dobrého životního pocitu a standardu (well-being). U chronických onemocnění se hodnocení kvality života – HRQoL – stává jedním z rozhodujících faktorů při

přijímání zásadních strategických rozhodnutí o léčbě a o celkovém přístupu ke konkrétnímu pacientovi i k celé nosologické jednotce.(50)

Jako nástroj ke zjišťování a hodnocení HRQoL slouží dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Je to cesta k velmi efektivnímu ohodnocení zdravotního stavu. V položkách dotazníků se obvykle sledují somatické příznaky, psychické obtíže, osobní výkonnost (aktivity), sociální interakce, subjektivní pocit kvality života a uspokojení životem. (32)

U chronických onemocnění se hodnocení kvality života – HRQoL - stává jedním z rozhodujících faktorů při přijímání zásadních strategických rozhodnutí o léčbě a o celkovém přístupu ke konkrétnímu pacientovi i k celé nosologické jednotce.(43)

Jako nástroje ke zjišťování a hodnocení HRQoL slouží dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Je to cesta k velmi efektivnímu ohodnocení zdravotního stavu.(41)

V posledních patnácti letech se řada výzkumných pracovišť systematicky zabývala vytvářením pečlivě zkonstruovaných sad dotazníkových otázek určených k hodnocení konceptu HRQoL, a to tak, aby stupnice odpovědí na tyto otázky byly nezávislé na věku a pohlaví hodnocené osoby. Metoda dotazníků byla doposud používána pro stanovení obtížnosti onemocnění, případně jeho aktivity.(40)

Existují tři typy dotazníků, tedy nástrojů ke zjišťování stavu kvality života - HRQoL:

1. Global assesement, globální hodnocení, tento typ poskytuje všeobecné, generální zhodnocení kvality života, většinou však nelze identifikovat

postižení v jednotlivých oblastech — doménách (fyzikální, emoční, vitalita atd.).

2. Generic, tzv. generický typ umožňuje demonstrovat podobnosti, či naopak rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami a umožňuje porovnat, jak se jednotlivé nemoci — nosologické jednotky - vzájemně liší, či naopak podobají co do vlivu na kvalitu života.
3. typ Specifický pro určitou nemoc. Tento typ je vytvořen tak, aby umožňoval zejména hodnotit vývoj stavu nemoci v čase. I základní typy mají určité přesahy, ale rozdělení zde podané je všeobecně akceptováno. Jako příklad typu global assesment, který má též výrazné rysy typu generic a může sloužit v obou směrech, je známý dotazníkový nástroj SF-36.

Pro typ „generic“ máme dobré příklady v široce užívaných dotazníkových nástrojích, jako jsou již zmíněný SF-36 a dále Sickness Impact Profile — SIP a Time Trade-Off — TTO. SIP charakterizuje zejména dopad nemoci na zdravotní profil pacienta, TTO umožňuje hodnotit zejména dopad na pracovní schopnost a soběstačnost.

Typ specific (disease specific) je reprezentován dobře zavedenými a široce užívanými dotazníkovými nástroji, jako jsou Rating Form of IBD Patients Concerns - RFIPC, dále Inflammatory Bowel Disease Questionnaire jak ve své původní, tak zkrácené formě jako Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire.(38)

Všechny tyto nástroje jsou konstruovány tak, aby byly použitelné i formou samostatného vyplňování pacientem, tedy bez asistence další osoby.

Velký zájem vyvolává nejen mezi zdravotníky, ale zejména též mezi odborníky z oblasti sociální péče a sociální práce ten fakt, že dotazníky užívané v hodnocení kvality života ve smyslu HRQoL mají i významný rozměr sociální. Lze

jimi totiž zjišťovat a do značné míry i vyhodnocovat sociální aspekty kvality života. (23)

1.5.6. Hodnocení kvality života v praxi

K posouzení kvality života byly vyvinuty dotazníky, které většinu výše uvedených kategorií zahrnují. Existuje ale i jednoduchá alternativa, která se může zabývat pouze jedním nebo několika částmi výše uvedených oblasti - domén. V některých případech jsou oblasti pro nemocného nejdůležitější — třeba sledování schopnosti pohybu u nemocných s chronickou artritidou sice nenahradí validovaný test, ale důležitost pro posouzení kvality života je zřejmá.

Velmi důležité je určit časové období, kterého se naše otázka týká. Odpověď může být rozdílná, ptáme-li se na současný okamžik, posledních 24 hodin, týden, měsíc, rok či čas od posledního testování.

Při posuzování celkové kvality života se bere zřetel na individuální celkovou spokojenost se životem a pocit osobní pohody. Při stupy k získávání potřebných dat mohou být velmi odlišné. Posouzení může být vyjádřeno součtem bodů, které hodnotí každou jednotlivou doménu v testu kvality života nebo jednoduše tak, že se pacienta zeptáme: „Jak byste hodnotil celkovou kvalitu svého života (svoji spokojenost se životem) na škále 1—10 (1—100)?“

K vlastnímu posouzení kvality života používá tázaný stejné kognitivní procesy jako při odpovědi na (nikoliv formální) otázku „Jak se máte?“ Nejdříve se musí zamyslet nad svým stavem. Protože otázka je tzv. otevřená, neudává žádný směr odpovědi, zanechává tázanému volnost vybrat aspekty jeho života, které on sám považuje za důležité vzhledem k současnému stavu (rodinné, společenské, intimní, pracovní aj.).

Na druhé straně je možné použít sebesposuzovací škály s otázkami typu: „Je vaše zdraví vynikající, velmi dobré, dobré, ucházející nebo špatné?“

Posouzení kvality života vyžaduje vždy získání informací od pacienta, aby bylo jisté, že pacientův pohled je součástí hodnocení. Důležité pro hodnocení kvality života jsou rozdíly mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Lidé, kteří jsou nemocní a kteří tento stav přijmou, mohou po období nutném k adaptaci na nemoc pozměnit své plány a očekávání a přizpůsobit se životu s nemocí, a tím i získat zpět určitý pocit životní pohody. Jiní za stejných podmínek se mohou stávat čím dál tím nespokojenějšími se svou životní situací a hodnotit svoji celkovou kvalitu života jako velmi nízkou. V některých případech je toto hodnocení výrazně spojené se zvýšeným rizikem morbidit a mortality. Jinými slovy - postoje k vlastnímu zdravotnímu stavu jsou důležité prediktory průběhu nemoci, které jsou nezávislé na skutečném klinickém stavu.(28) Očekávání tvoří důležitý další určující faktor spokojenosti s průběhem nemoci a výsledky terapie. Existují definice kvality života, kdy je popsána jako rozdíl mezi pacientovým očekáváním a tím, čeho ve skutečnosti dosáhne. Čím menší je tento rozdíl, tím je vyšší kvalita života. V některých případech chronického onemocnění, kdy se projevy nemoci prohlubují a aktivity nemocných jsou stále omezenější, snižuje se i očekávání pacienta na úroveň, které může být dosaženo. (38)

1.6. Modely nemoci a zdraví v rehabilitaci a ošetrovatelství

Biomedicíncký model nemoci je charakterizován

- orientací na příčinu nemoci, stavu (kausální orientace),
- orientací na zajištění podkladů pro kausální léčbu,
- odpovídajícím klasifikačním systémem ICD (International Classification of Diseases).

Zdravotníci uvažují v tomto modelu dle schématu:

Etiopatogenesa – Manifestace nemoci – Léčba

Pro tento model je typický kausální vzorec myšlení. Od průkazu etiologie, přes pochopení a popis patogenesi a vysvětlení projevů, manifestace nemoci je lékař, zdravotník veden ke klinické diagnóze, která určuje jím přijaté léčebné postupy a přijatá léčebná opatření v tomto modelu nemoci je odpovídajícím klasifikačním systémem ICD. V posledních patnácti letech probíhá ve zdravotnictví zajímavý vývoj, totiž tzv. změna vzorců myšlení a jednání – paradigmat. Tento vývoj zpochybňuje do určité míry dostatečnost a úplnost medicínského modelu nemoci. Tato změna paradigmat je zapříčiněna a vyvolána nepochybnými změnami ve vývoji morbidit, kde ve spektru prevalence nemocí, chorobných stavů začínají převažovat chronické nemoci, které jsou svojí podstatou již vlastně nevyléčitelné ad integrum. Tím relativně ubývá vyléčitelných, akutních nemocí a chorobných stavů, resp. jejich relativní podíl se zmenšuje. Tento trend je samozřejmě doprovázen absolutním přírůstkem podílu chronicky nemocných osob na celkové prevalenci nemocí a chorobných stavů.(49)

Tito chronicky nemocní:

- mají delší předpokládanou dobu dožití, nežli tomu bylo dříve,
- očekávají a nárokují vyšší kvalitu života,
- jejich existence představuje nečekaný razantní nárůst potřeby ošetrovatelské péče a podobný nárůst potřeby komplexní komprehensivní rehabilitace.

Tento vývoj vede k situaci, kdy přes hranice dosavadního konceptu kurativní medicíny vidíme narůstat celostní „management“ následků a důsledků nemocí a chorobných stavů, s cílem snížit, či kompenzovat vzniklá postižení. Po tomto přístupu existuje stále stoupající objektivní společenská poptávka. V důsledku tohoto stavu se stal nezbytným novější, komplexnější, celostnější – krátce holistický model nemocí, kterým je „bio-psychosociální model nemoci“.(29)

Bio-psychosociální model nemoci je charakterizován:

- orientací na cílový dopad (finální orientace),
- orientací na zajištění podkladů pro ošetřování a rehabilitaci cílové osoby (pacienta/klienta),
- odpovídajícím klasifikačním systémem ICIDH (International Classification of Impairment, Dissability and Handicaps).(33)

Zdravotníci uvažují v tomto modelu dle schématu:

Etiopatogenesa – Poškození – Porucha schopnosti – Znevýhodnění

ICIDH je multidisciplinární deskriptivní klasifikační systém, který umožňuje analyzovat a dokumentovat zdravotní stav cílové osoby ve třech základních dimensích:

1. Struktura a funkce orgánů a orgánových systémů (fyzický stav)
2. Schopnosti, aktivity a výkonnost osoby (role)
3. Dopady zdravotního stavu osoby do jejích sociálních vztahů a důsledky socioekonomické (sociální funkce).

Těmto dimensím odpovídají následující položky modelu ICIDH:

ad a) poškození – impairments

ad b) poruchy schopnosti – disabilities

ad c) znevýhodnění – handicaps

Nadřazeným pojmem pro všechny tyto poruchy, tj. poškození, poruchy schopnosti a handicapy je pojem „Disablement“ (česky – postižení).

Příklady pro myšlenkové postupy dle ICIDH:

- Impairment – poškození: artrotické poškození kolenního kloubu (morfologické poškození) s flexní kontrakturou v kloubu kolenním (funkční poškození).
- Disability – porucha schopnosti: potíže, omezení nebo ztráta pohyblivosti – chůze, stoupání do schodů, běh, změna pozice či postoje.
- Handicap – znevýhodnění: omezení tělesné soběstačnosti a nezávislosti a z toho plynoucí potřeba ošetrovatelské péče.

S použitím dotazníkových nástrojů umožňujících skórování HRQoL – tj. kvality života podmíněné zdravotním stavem se nám dostává do rukou nástroj umožňující kvantifikovat a vyhodnocovat stav našich pacientů/klientů jak před, tak po našich terapeutických a ošetrovatelských intervencích.

Význam skórování kvality života podmíněné zdravotním stavem – HRQoL a používání modelu ICIDH nutno spatřovat ve dvou ohledech:

1. Zabezpečení konsensu na mezinárodní úrovni pro indikace a alokace výkonů zejména v oborech ošetrovatelství a rehabilitace,
2. zabezpečení konsensu na mezinárodní úrovni pro zajištění kvality poskytovaných výkonů, zejména v oborech ošetrovatelství a rehabilitace.(42)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Cílem práce je prokázat u vzorku v počtu 31 pacientů do třiceti pěti let s onemocněním pohybového aparátu, zda má lázeňská léčba příznivý vliv na kvalitu života a spotřebu léků pět let po obdobném výzkumu, který provedla skupina autorů Kalová Hana, Bican Jaroslav, Sukdlová Markéta, Faltusová Kamila, Petr Petr. Autoři v roce 2003 prokázali na souboru 260 pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu příznivý vliv lázeňské léčby v Bertiných lázních Třeboň na kvalitu života podmíněnou zdravím a spotřebu léků.

2.2. Hypotézy

H1: Lázeňská léčba má příznivý vliv na kvalitu života a spotřebu léků u mladých pacientů do třiceti pěti let s onemocněním pohybového aparátu.

3. Metodika

Data byla sebrána metodou dotazování. Pro zjištění cíle práce byla použita technika standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím (Health Related Quality of Life), který se zabývá 8 doménami — Fyzické funkce (PF), Fyzické omezení rolí (RP), Emoční omezení rolí (RE), Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (SF), Bolest (P), Duševní zdraví (MH), Vitalita (EV) a Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) v porovnání s normální populací (Oxford). Dotazník obsahuje celkem 36 otázek v 11 tematických skupinách a vztahuje se postupně ke všem výše uvedeným doménám.

Celkem bylo získáno 31 vyplněných plně hodnotitelných dotazníků. Každý oslovený klient vyplnil jeden dotazník samostatně, bez asistence další osoby..

Z 31 dotazovaných klientů bylo 19 mužů v průměrném věku 31,4 a 12 žen v průměrném věku 32 let.. Skupina všech klientů je v průměrném věku 31,6 let. V lázních Aurora to byli ve skupině 11 dotazovaných klientů 3 ženy v průměrném věku 30 let a 8 mužů v průměrném věku 30,8 let. V lázních Berta pak 20 dotazovaných klientů. Z toho 8 žen v průměrném věku 30,8 let a 12 mužů v průměrném věku 31,8 let.

Údaje z dotazníků byly přepsány do elektronické podoby. Skórování vyhodnocení jednotlivých a průměrných skóre pro všech osm domén zajistila Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU. Získané výsledky byly porovnány s evropským normálem výsledků pro 8 domén kvality života podmíněné zdravím, v metodě SF-36 (normativní reprezentativní data pro evropskou populaci pro dotazníkový nástroj SF-36 získala studie Oxford Healthy Life Survey ve Velké Británii v letech 1991 — 1992) a poté mezi jednotlivými soubory mezi sebou. Výsledky byly vyjádřeny procentuálně. Shledané rozdíly byly vyhodnoceny co do statistické významnosti.

Pro přehledné vyjádření a zpracování dat byly použity tabulky a grafy, které se nachází v kapitole výsledky.

4. Výsledky

Výsledky byly přehledně zpracovány do tabulek a grafů, kde byly použity tyto zkratky:

Oxford - Oxford Healthy Life Survey (evropský normál výsledků pro 8 domén HRQOL, v metodě SF – 36).

8 domén:

- PF – Physical function – fyzické funkce
- RP – Role limitation physical – fyzické omezení rolí,
- RE – Role limitation emotional – emoční omezení rolí,
- SF – Social functioning – fyzické a emoční omezení sociálních funkcí,
- P – Pain – bolest,
- MH – Mental health – duševní zdraví,
- EV – Vitality – vitalita
- GHP – General health perception – všeobecné vnímání vlastního zdraví.

n – počet respondentů v podsouboru

u – kritická hodnota

x – průměrné skóre

% - procentní změny sledovaných hodnot

Tabulka 1 – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů a žen v lázních Aurora Třeboň

Specimen:	Moravcová, lázně Aurora Třeboň
Date:	22.4.2009

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
11	70,00	340,91	18,46
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
11	43,18	1260,33	35,50
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
11	63,64	1707,99	41,33
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
11	78,41	258,26	16,07
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
11	55,56	359,15	18,95
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
11	68,00	264,73	16,27
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
11	48,18	264,88	16,28
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
11	47,73	497,11	22,30
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
11	43,18	578,51	24,05

Records	Count (n)	Average Age
Summary	11	30,5
Male	8	30,8
Female	3	30,0

Tabulka 1 obsahuje výsledné hodnocení dotazníků z lázní Aurora Třeboň. Dále je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru a průměrný věk mužů a žen. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky A (skupina mužů a žen z lázní Aurora Třeboň oproti Oxfordu). Byly použity také v tabulce G k porovnání se skupinou z lázní Berta Třeboň.

Tabulka 2 – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů a žen v lázních Berta Třeboň

Specimen:	Moravcová, lázně Berta Třeboň
Date:	22.4.2009

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
20	56,75	790,69	28,12
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
20	37,50	1093,75	33,07
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
20	58,33	1097,22	33,12
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
20	66,25	564,06	23,75
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
20	49,44	215,74	14,69
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
20	62,80	419,36	20,48
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
20	45,50	277,25	16,65
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
20	53,00	211,00	14,53
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
20	38,75	279,69	16,72

Records	Count (n)	Average Age
Summary	20	32,2
Male	12	31,8
Female	8	30,8

Tabulka 2 obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny žen a mužů z lázní Berta Třeboň. Dále je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru a průměrný věk mužů a žen. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky B (skupina mužů a žen z lázní Berta Třeboň oproti Oxfordu). Byly použity také v tabulce G k porovnání se skupinou z lázní Aurora Třeboň.

Tabulka 3 – Vyjádření hodnot dotazníků, celkový počet mužů a žen z lázní Aurora a Berta

Specimen:	Moravcová, lázně Třeboň
Date:	22.4.2009

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
31	61,45	671,28	25,91
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
31	39,52	1160,25	34,06
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
31	60,22	1320,38	36,34
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
31	70,56	489,40	22,12
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
31	51,61	275,18	16,59
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
31	64,65	370,68	19,25
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
31	46,45	274,51	16,57
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
31	51,13	318,89	17,86
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
31	40,32	390,22	19,75

Records	Count (n)	Average Age
Summary	31	31,6
Male	19	31,4
Female	12	32,0

Tabulka 3 obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny žen a mužů z lázní Aurora a Berta . Dále je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru a průměrný věk mužů a žen. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky C (skupina mužů a žen z lázní Aurora a Berta Třeboň oproti Oxfordu).

Tabulka 4 – Vyjádření hodnot dotazníků, celkový počet mužů z lázní Aurora a Berta Třeboň

Specimen:	Moravcová, lázně Třeboň (M)
Date:	22.4.2009

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
19	61,58	623,82	24,98
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
19	38,16	1208,45	34,76
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
19	54,39	1662,05	40,77
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
19	75,66	270,95	16,46
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
19	52,63	218,87	14,79
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
19	67,79	233,22	15,27
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
19	48,42	215,93	14,69
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
19	50,53	370,78	19,26
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
19	40,79	342,80	18,51

Records	Count (n)	Average Age
Summary	19	31,4
Male	19	31,4
Female	0	

Tabulka 4 obsahuje výsledné hodnocení dotazníků mužů celé skupiny. Dále je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky D (skupina mužů oproti Oxfordu). Byly použity také v tabulce F k porovnání se skupinou žen.

Tabulka 5 – Vyjádření hodnot dotazníků, počet žen z lázní Aurora a Berta Třeboň

Specimen:	Moravcová, lázně Třeboň (F)
Date:	22.4.2009

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
12	61,25	746,35	27,32
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
12	41,67	1076,39	32,81
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
12	69,44	640,43	25,31
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
12	62,50	729,17	27,00
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
12	50,00	360,08	18,98
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
12	59,67	547,89	23,41
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
12	43,33	351,39	18,75
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
12	52,08	235,24	15,34
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s ²	s
12	39,58	464,41	21,55

Records	Count (n)	Average Age
Summary	12	32,0
Male	0	
Female	12	32,0

Tabulka 5 obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny žen. Je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky E (ženy oproti Oxfordu). Byly použity také v tabulce F k porovnání se skupinou muži.

Tabulka 6 – Vyjádření hodnot dotazníků po 3 měsících, celkový počet mužů a žen z lázní Berta Třeboň

Specimen:	Moravcová, lázně Berta, po 3 měs.
Date:	19.4.2010

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
17	73,53	222,84	14,93
RP			
Mean			
SD			
n	x	s2	s
17	64,71	298,44	17,28
RE			
Mean			
SD			
n	x	s2	s
17	64,71	61,51	7,84
SF			
Mean			
SD			
n	x	s2	s
17	77,94	156,79	12,52
P			
Mean			
SD			
n	x	s2	s
17	81,05	199,92	14,14
MH			
Mean			
SD			
n	x	s2	s
17	78,12	179,04	13,38
EV			
Mean			
SD			
n	x	s2	s
17	72,06	203,11	14,25
GHP			
Mean			
SD			
n	x	s2	s
17	67,35	247,40	15,73
CH			
Mean			
SD			
n	x	s2	s
17	80,88	185,99	13,64

Records	Count (n)	Average Age
Summary	17	33,0
Male	9	32,3
Female	8	33,8

Tabulka 6 obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny žen a mužů z lázní Berta Třeboň po 3 měsíční léčbě. Dále je zde vyjádřen průměrný věk všech probandů tohoto souboru a průměrný věk mužů a žen. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky H (skupina mužů a žen z lázní Třeboň po 3 měsíční léčbě proti Oxfordu).

Tabulka A – Výsledky skóre souboru mužů a žen z lázní Aurora Třeboň v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1:	Moravcová, lázně Aurora Třeboň							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	70,00	43,18	63,64	78,41	55,56	68,00	48,18	47,73
s ²	340,91	1260,33	1707,99	258,26	359,15	264,73	264,88	497,11
s	18,46	35,50	41,33	16,07	18,95	16,27	16,28	22,30

Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	3,30	3,98	1,55	1,98	4,54	1,18	2,64	3,83
%	79,18	50,3	76,73	89,09	68,18	92,17	78,81	64,92
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

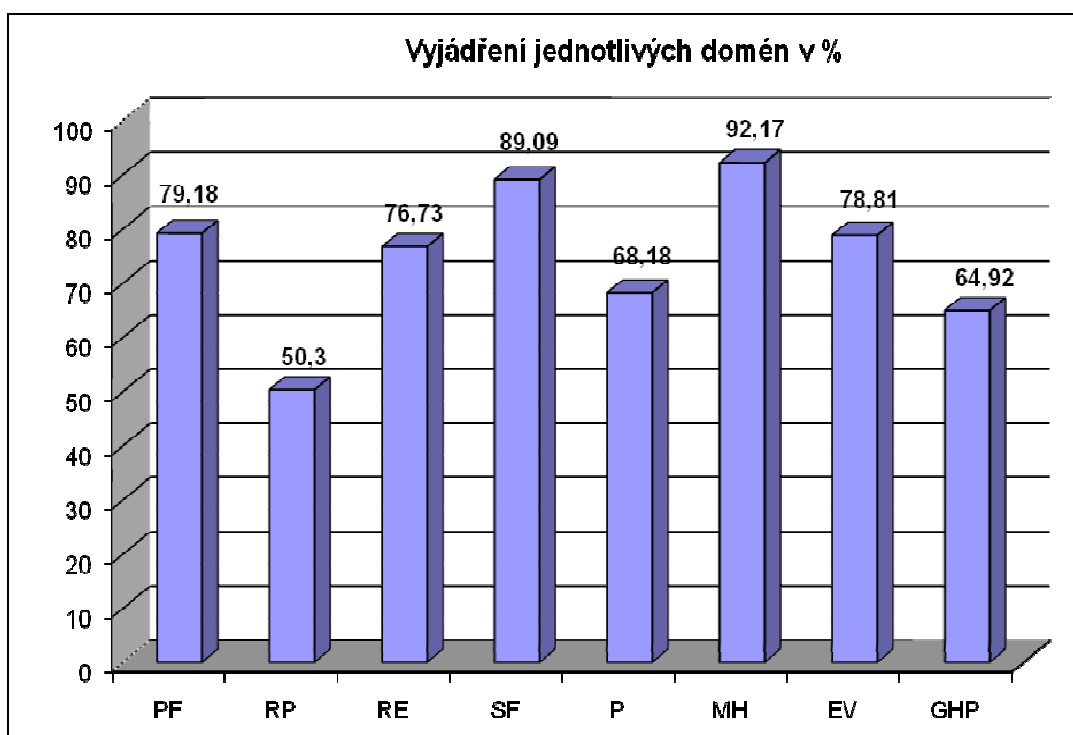
u – kritická = 1,67

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce A jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života skupiny probandů z lázní Aurora Třeboň v porovnání s Oxfordem. Výsledky grafů jsou vyjádřeny jako procentuální část k normálu, to je evropský standard Oxford. Průměrný věk všech respondentů této skupiny je 30,5 let. Z celkového počtu 11 respondentů bylo do skupiny zařazeno 8 mužů v průměrném věku 30,8 let a 3 ženy v průměrném věku 30,0 let. V doméně fyzické funkce (PF) se porovnávána skupina přibližuje ke standardu Oxford ze 79,18 procent. Doména fyzické omezení rolí (RP) má hodnotu 50,3 procent ku standardu. Další doména emoční omezení rolí (RE) dosáhla 76,73 procent ku standardu. Čtvrtou doménou jsou sociální funkce (SF), dle výzkumu prokazují 89,09 procent vzhledem ke standardu. Pátou doménou je bolest (P), která se přiblížila ke standardu v 68,18 procentech. Další doménou je všeobecné duševní zdraví (MH), která u testované

skupiny činí 92,17 procent. Doména vitalita (EV) činí v porovnání s Oxfordem 78,81 procent. Poslední doménou je všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) jejíž hodnoty činí 64,92 procenta ze standardu. Procentuální vyjádření viz. graf A.

Graf A – Procentuální vyjádření souboru z lázní Aurora Třeboň v porovnání s evropským standardem Oxford



Graf A vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru mužů a žen z lázní Aurora Třeboň s evropským standardem Oxford.

Tabulka B – Výsledky skóre souboru mužů a žen z lázní Berta Třeboň v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1:	Moravcová, lázně Berta Třeboň							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	56,75	37,50	58,33	66,25	49,44	62,80	45,50	53,00
s²	790,69	1093,75	1097,22	564,06	215,74	419,36	277,25	211,00
s	28,12	33,07	33,12	23,75	14,69	20,48	16,65	14,53

Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	5,03	6,53	3,32	4,09	9,73	2,39	4,19	6,30
%	64,19	43,69	70,33	75,27	60,67	85,12	74,43	72,08
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

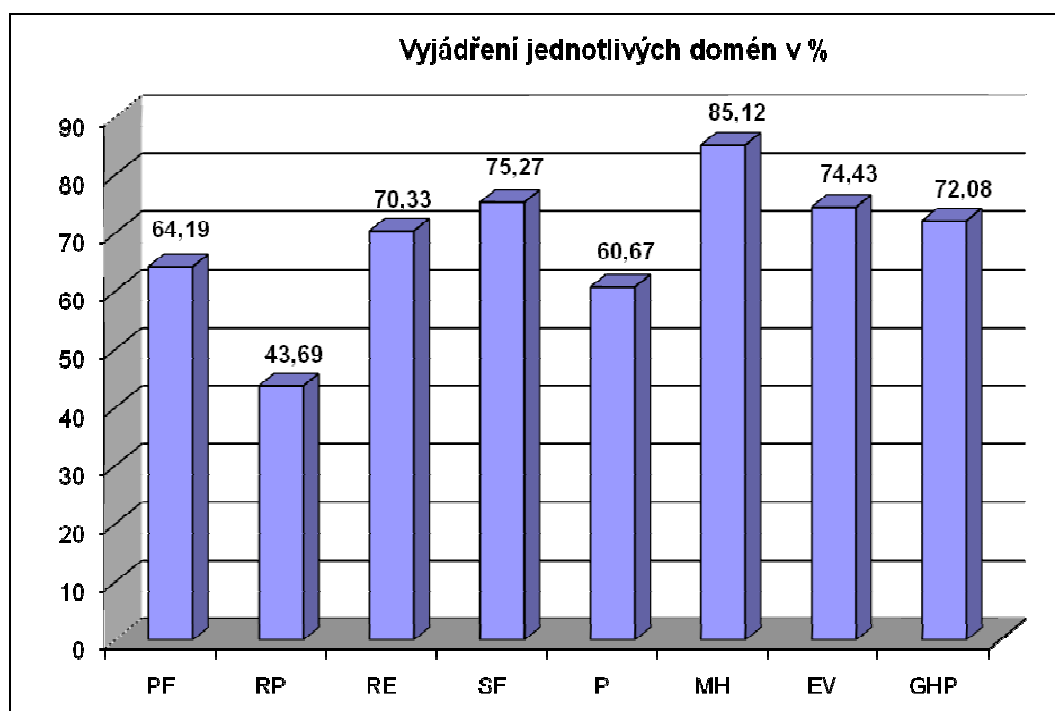
u – kritická = 1,67

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce B je hodnocena skupina mužů a žen z lázní Berta Třeboň oproti evropskému standardu Oxford. V tomto souboru bylo zařazeno 20 respondentů. Věkový průměr všech probandů je 32,2 let. Z toho 11 mužů v průměrném věku 31,8 let a 8 žen v průměrném věku 30,8 let. V doméně fyzických funkcí (PF) jsou výsledky respondentů 64,19 procent z evropského standardu. Druhá doména – fyzické omezení rolí (RP) činí 43,69 procent z Oxfordu. Další doména je emoční omezení rolí (RE), která vykazuje hodnotu 70,33 procent. Čtvrtá doména – omezení sociálních funkcí (SF) dosáhla 75,27 procent oproti Oxfordu. 60,67 procenty je vyhodnocena doména bolest (P). Doména všeobecné duševní zdraví (MH) se přibližuje svou hodnotou k evropskému standardu a to 85,12 procenty.

Následuje doména vitalita (EV), která se evropskému standardu také poměrně přibližuje, tvoří 74,43 procent. Hodnota poslední domény - všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) dosáhla 72,08 procent k evropskému standardu Oxford. Procentuální vyjádření jednotlivých domén viz. graf B.

Graf B – Procentuální vyjádření souboru mužů a žen z lázní Berta Třeboň v porovnání s evropským standardem Oxford



Graf 2 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru mužů a žen z lázní Berta Třeboň s evropským standardem Oxford.

Tabulka C – Výsledky skóre souboru mužů a žen z lázní Aurora a Berta Třeboň v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1:	Moravcová, lázně Aurora a Berta Třeboň							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	61,45	39,52	60,22	70,56	51,61	64,65	46,45	51,13
s²	671,28	1160,25	1320,38	489,40	275,18	370,68	274,51	318,89
s	25,91	34,06	36,34	22,12	16,59	19,25	16,57	17,86

Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	5,79	7,56	3,48	4,38	10	2,64	4,92	6,96
%	69,51	46,04	72,61	80,17	63,33	87,63	75,98	69,54
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 1,67

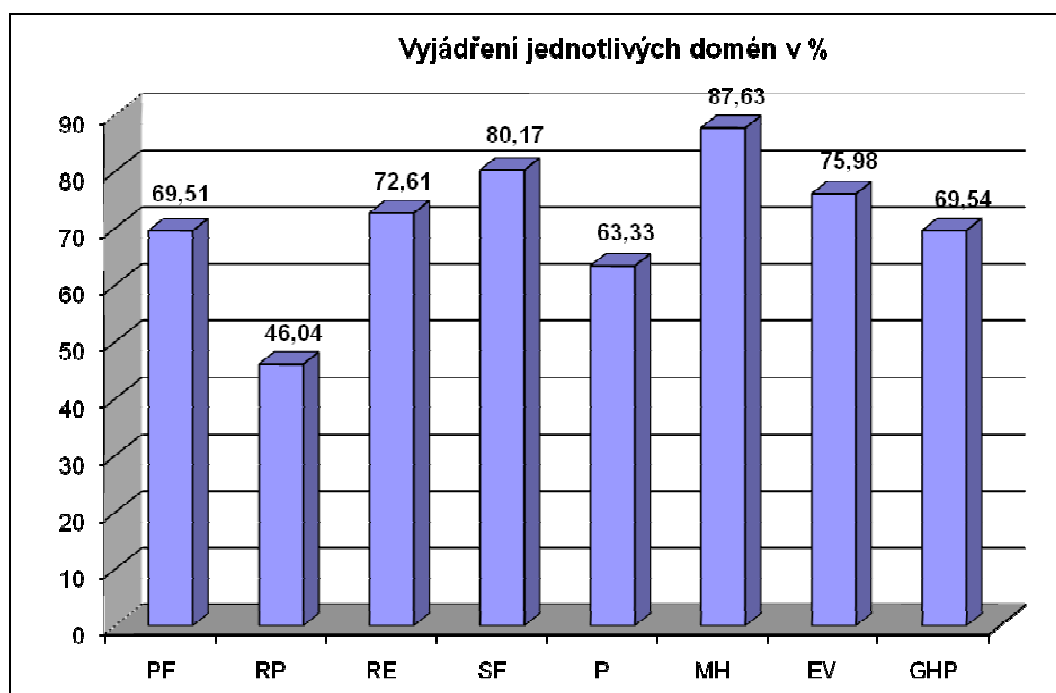
Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce C je hodnocen celý soubor mužů a žen z lázní Aurora a Berta Třeboň oproti evropskému standardu Oxford. V této skupině je zařazeno 19 mužů, kdy věkový průměr činil 31,4 let a 12 žen v průměrném věku 32 let.

Výsledky první domény fyzické funkce (PF) oproti evropskému standardu Oxford činí 69,51 procent. Hodnota druhé domény fyzické omezení rolí (RP) odpovídá 46,04 procentům z Oxfordu. Doména emoční omezení rolí (RE) tvoří 72,61 procent z evropského standardu. Další doména je sociální funkce (SF) jejíž hodnota vykazuje v procentech 80,17. Pátá doména bolest (P) je oproti Oxfordu nižší, tvoří ve srovnání se standardem 63,33 procent. Nejvíce se svou hodnotou

k evropskému standardu přibližuje doména všeobecné duševní zdraví (MH) s procentuálním vyjádřením 87,63. Následující doména vitalita (EV) se prokazuje výsledkem 75,98 procent. Poslední doména všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je vyjádřena 69,54 procenty oproti Oxfordu.

Graf C – Procentuální vyjádření souboru mužů a žen z lázní Aurora a Berta Třeboň v porovnání s evropským standardem Oxford



Graf C vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření celého souboru mužů a žen z lázní Aurora a Berta Třeboň dohromady oproti Oxfordu.

Tabulka D – Výsledky skóre skupiny mužů z lázní Aurora a Berta Třeboň v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1:	Moravcová, lázně Aurora a Berta Třeboň - muži							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	61,58	38,16	54,39	75,66	52,63	67,79	48,42	50,53
s²	623,82	1208,45	1662,05	270,95	218,87	233,22	215,93	370,78
s	24,98	34,76	40,77	16,46	14,79	15,27	14,69	19,26

Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	4,68	5,97	3,05	3,27	8,48	1,70	3,76	5,30
%	69,66	44,46	65,58	85,96	64,58	91,89	79,2	68,72
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

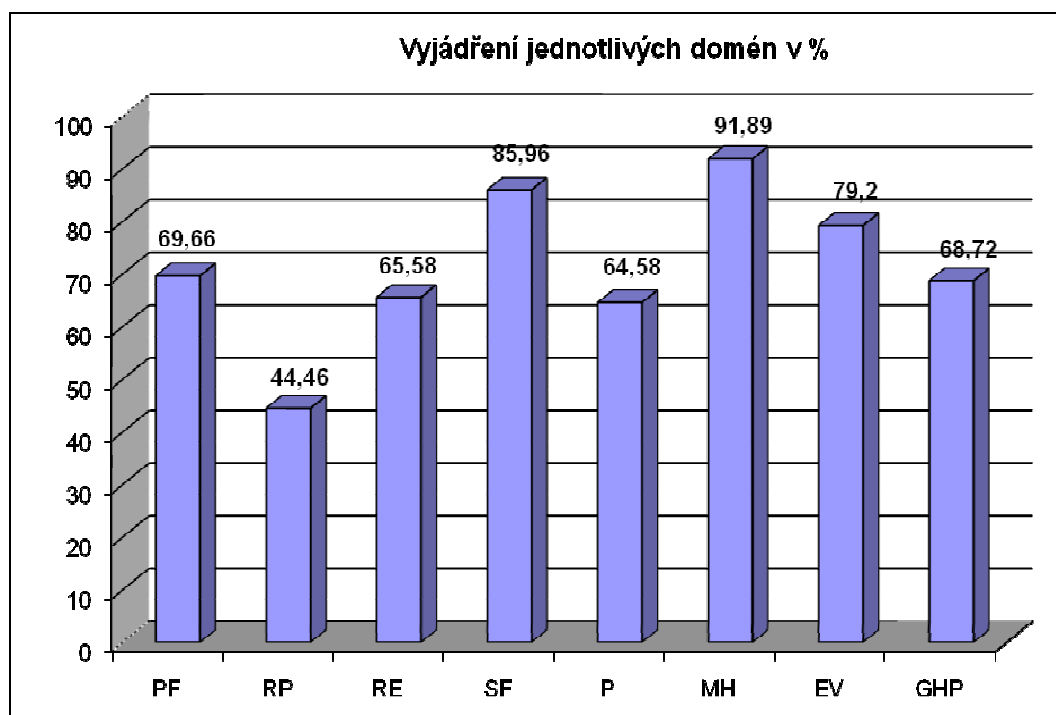
u – kritická = 1,67

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce D hodnotíme všechny muže z lázní Aurora a Berta Třeboň. Celkový počet mužů byl 19 v průměrném věku 31,4 let. V první doméně PF – fyzické funkce skupina mužů dosáhla procentuálního vyjádření 69,66. V doméně RP – fyzické omezení rolí byli muži vyhodnoceni v 44,46 procentech. V oblasti RE – emočním omezení rolí dosáhli hodnoty 65,58 procent. Čtvrtá doména SF – omezení sociálních funkcí se vykazuje hodnotou 85,96 procent z uvedeného souboru. V další doméně P – bolest tvoří procentní změny sledovaných hodnot 64,58 procent. Doména MH – všeobecné duševní zdraví se jednoznačně přibližuje ke sto procentům a to hodnotou 91,89 procent. Sedmá doména EV – vitalita je

vyhodnocena 79,2 procenty. Procentuální vyjádření v osmé doméně GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví je 68,72 procent.

Graf D – Procentuální vyjádření souboru mužů z lázní Aurora a Berta Třeboň v porovnání s evropským standardem Oxford



Graf D vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření všech mužů z lázní Aurora a Berta Třeboň.

Tabulka E – Výsledky skóre skupiny žen z lázní Aurora a Berta Třeboň v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1:	Moravcová, lázně Aurora a Berta Třeboň - ženy							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	61,25	41,67	69,44	62,50	50,00	59,67	43,33	52,08
s²	746,35	1076,39	640,43	729,17	360,08	547,89	351,39	235,24
s	27,32	32,81	25,31	27,00	18,98	23,41	18,75	15,34

Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	3,44	4,66	1,84	3,27	5,74	2,09	3,29	4,84
%	69,28	48,55	83,73	71,01	61,35	80,88	70,88	70,83
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 1,67

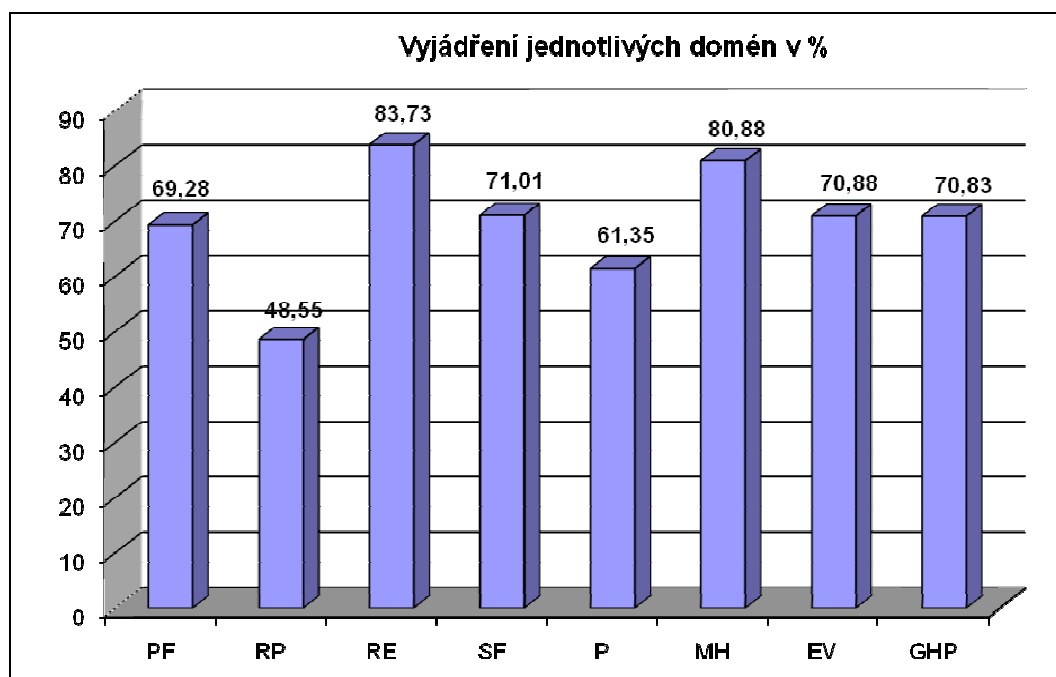
Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce E hodnotíme soubor žen z lázní Aurora a Berta Třeboň oproti Oxfordu v osmi doménách.

Doména první PF – fyzické funkce dosáhla hodnoty 69,28 procent. Druhá doména RP – fyzické omezení rolí je vyhodnocena 48,55 procenty. V oblasti třetí domény RE – emoční omezení rolí činí procentuální vyjádření 83,73. Další doména SF – omezení sociálních funkcí dosáhla hodnoty 71,01 procent. Pátá doména P – bolest je vyjádřena 61,35 procenty. V doméně MH – všeobecné duševní zdraví tvoří procentuální vyjádření 80,88 . Sedmá doména EV – vitalita

vykazuje následující výsledek a to 70,88 procent. Poslední doména GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví je vyhodnocena 70,83.

Graf E – Procentuální vyjádření souboru žen z lázní Aurora a Berta Třeboň v porovnání s evropským standardem Oxford



Graf D vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření všech žen z lázní Aurora a Berta Třeboň s evropským standardem Oxford.

Tabulka F – Výsledky skóre skupiny mužů v porovnání se skupinou žen z lázní Aurora a Berta Třeboň

Specimen 1:	Moravcová, lázně Aurora a Berta Třeboň - muži							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	61,58	38,16	54,39	75,66	52,63	67,79	48,42	50,53
s²	623,82	1208,45	1662,05	270,95	218,87	233,22	215,93	370,78
s	24,98	34,76	40,77	16,46	14,79	15,27	14,69	19,26

Specimen 2:	Moravcová, lázně Aurora a Berta Třeboň - ženy							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	61,25	41,67	69,44	62,50	50,00	59,67	43,33	52,08
s²	746,35	1076,39	640,43	729,17	360,08	547,89	351,39	235,24
s	27,32	32,81	25,31	27,00	18,98	23,41	18,75	15,34

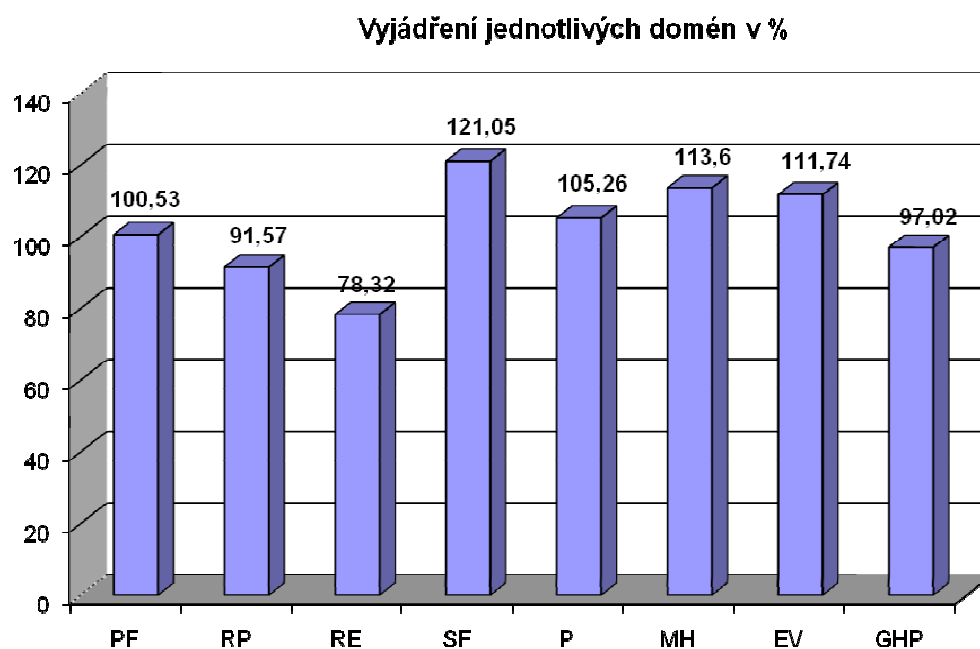
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	0,03	0,28	1,27	1,52	0,41	1,07	0,80	0,25
%	100,53	91,57	78,32	121,05	105,26	113,6	111,74	97,02
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 1,67

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce F hodnotíme soubor mužů (19 probandů) v průměrném věku 31,4 let, oproti ženám (12 probandů) v průměrném věku 32 let, kde tyto skupiny porovnáváme mezi sebou v osmi doménách. Výzkumná práce vykazuje následující výsledky: Doména PF – fyzické funkce 100,53 procent, v doméně RP – fyzické omezení rolí 91,57 procent, v doméně RE – emoční omezení rolí 78,32 procent, v doméně SF – omezení sociálních funkcí 121,05 procent, v doméně P – bolest 105,26 procent, v doméně MH všeobecné duševní zdraví 113,6 procent, v doméně EV – vitalita 111,74 procent a v doméně GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví 97,02 procent.

Graf F – Procentuální vyjádření souboru mužů v porovnání se souborem žen z lázní Aurora a Berta Třeboň



Graf F vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru mužů oproti souboru žen z lázní Aurora a Berta Třeboň.

Tabulka G – Výsledky skóre skupiny probandů z lázní Aurora Třeboň v porovnání se skupinou probandů z lázní Berta Třeboň

Specimen 1:	Moravcová, lázně Berta Třeboň							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	56,75	37,50	58,33	66,25	49,44	62,80	45,50	53,00
s²	790,69	1093,75	1097,22	564,06	215,74	419,36	277,25	211,00
s	28,12	33,07	33,12	23,75	14,69	20,48	16,65	14,53

Specimen 2:	Moravcová, lázně Aurora Třeboň							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	70,00	43,18	63,64	78,41	55,56	68,00	48,18	47,73
s²	340,91	1260,33	1707,99	258,26	359,15	264,73	264,88	497,11
s	18,46	35,50	41,33	16,07	18,95	16,27	16,28	22,30

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	1,58	0,44	0,37	1,69	0,93	0,77	0,44	0,71
%	81,07	86,84	91,65	84,49	88,98	92,35	94,43	111,04
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 1,67

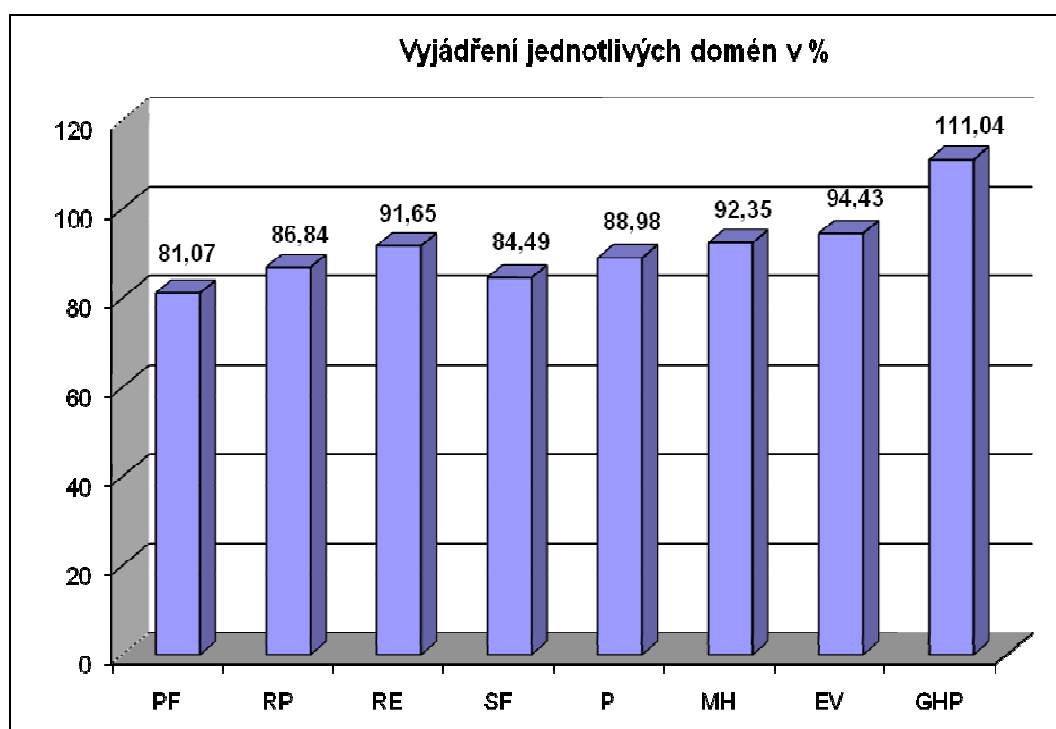
Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce G hodnotíme soubor probandů z lázní Aurora Třeboň v počtu 11 oproti souboru probandů z lázní Berta Třeboň v počtu 20. Cílové soubory byly složeny 31 probandů z toho 19 mužů v průměrném věku 31,4 let a 12 žen v průměrném věku 32 let. Tyto skupiny porovnáváme mezi sebou ve všech osmi základních doménách.

Doména první PF – fyzické funkce dosáhla hodnoty 81,07 procent. Druhá doména RP – fyzické omezení rolí je vyhodnocena 86,84 procenty. V oblasti třetí domény RE – emoční omezení rolí činí procentní vyjádření 91,65 procent. Další doména SF – omezení sociálních funkcí dosáhla hodnoty 84,49 procent. Pátá

doména P – bolest je vyjádřena 88,98 procenty. V doméně MH – všeobecné duševní zdraví tvoří procentuální vyjádření v hodnotě 92,35. Sedmá doména EV – vitalita vykazuje následující výsledek a to 94,43 procent. Poslední doména GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví je vyhodnocena 111,04 procenty.

Graf G – Procentuální vyjádření souboru probandů z lázní Aurora Třeboň v porovnání se skupinou probandů z lázní Berta Třeboň



Graf G vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru souboru z lázní Aurora Třeboň se skupinou probandů z lázní Berta Třeboň.

Tabulka H - Výsledky skóre skupiny probandů z lázní Berta Třeboň po 3 měsících

Specimen 1:	Moravcová, lázně Aurora a Berta Třeboň - muži							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	56,75	37,50	58,33	66,25	49,44	62,80	45,50	53,00
s²	790,69	1093,75	1097,22	564,06	215,74	419,36	277,25	211,00
s	28,12	33,07	33,12	23,75	14,69	20,48	16,65	14,53

Specimen 2:	Moravcová, lázně Aurora a Berta Třeboň - ženy							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	73,53	64,71	64,71	77,93	81,05	78,12	72,06	67,35
s²	222,84	289,44	61,51	156,79	199,92	179,04	203,11	247,40
s	14,93	17,28	7,84	12,52	14,14	13,38	14,25	15,73

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	2,31	3,20	0,83	1,91	6,66	2,73	5,23	2,86
%	129,6	172,6	111	117,6	163,9	124,4	158,4	127,1
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 1,67

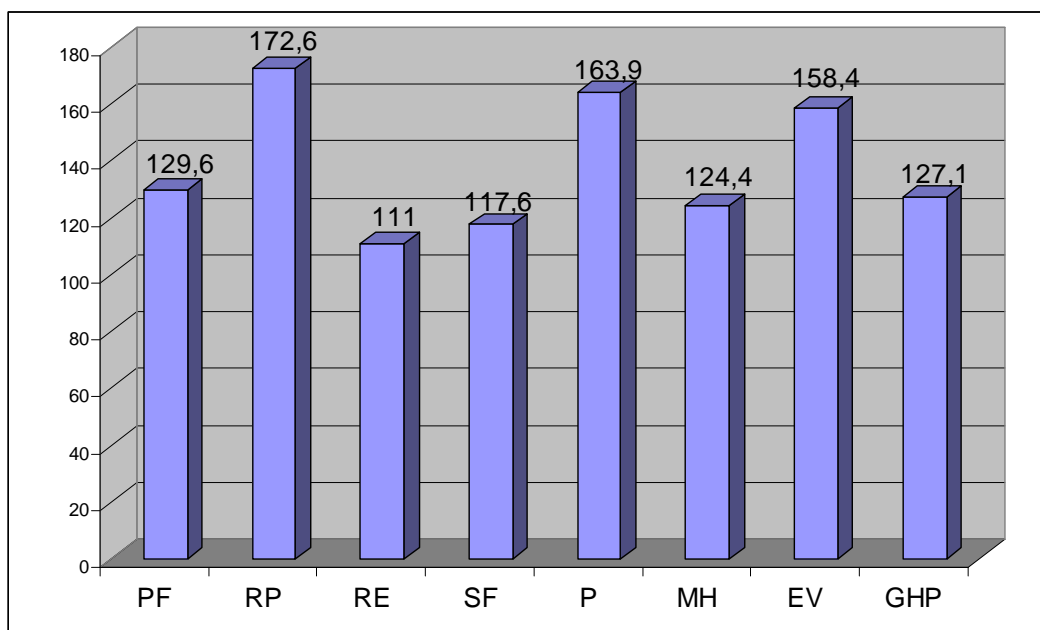
Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce H hodnotíme soubor probandů z lázní Berta Třeboň v počtu 17. Cílový soubor byl složen ze 17 probandů z toho 9 mužů v průměrném věku 32,3 let a 8 žen v průměrném věku 33,8 let oproti Oxfordu.

Doména první PF – fyzické funkce dosáhla hodnoty 129,6 procent. Druhá doména RP – fyzické omezení rolí je vyhodnocena 172,6 procenty. V oblasti třetí domény RE – emoční omezení rolí činí procentní vyjádření 111 procent. Další doména SF – omezení sociálních funkcí dosáhla hodnoty 117,6 procent. Pátá doména P – bolest je vyjádřena 163,9 procenty. V doméně MH – všeobecné duševní zdraví tvoří procentuální vyjádření v hodnotě 124,4. Sedmá doména EV –

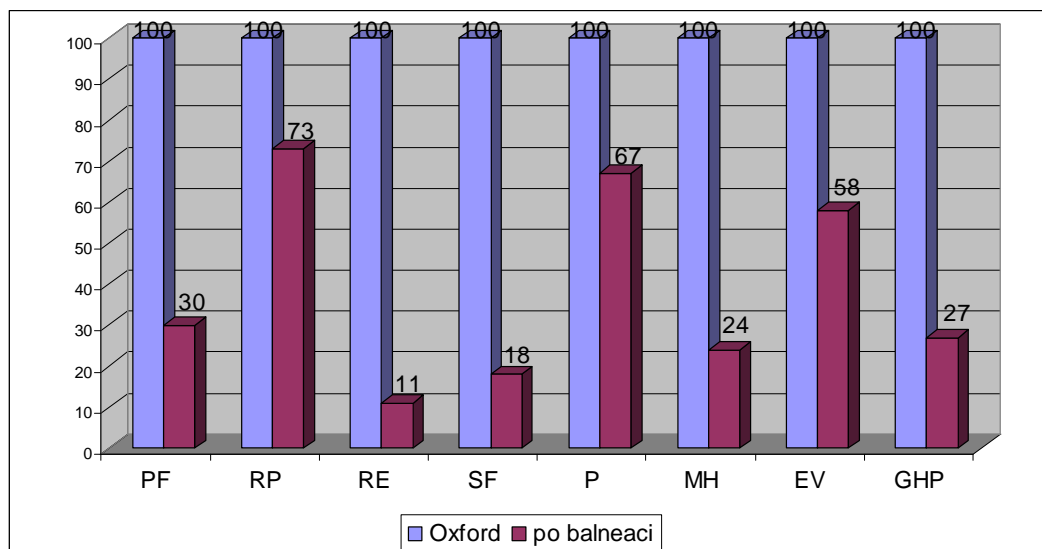
vitalita vykazuje následující výsledek a to 158,4 procent. Poslední doména GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví je vyhodnocena 127,1 procenty.

Graf H - Procentuální vyjádření souboru probandů z lázní Berta Třeboň po 3 měsících



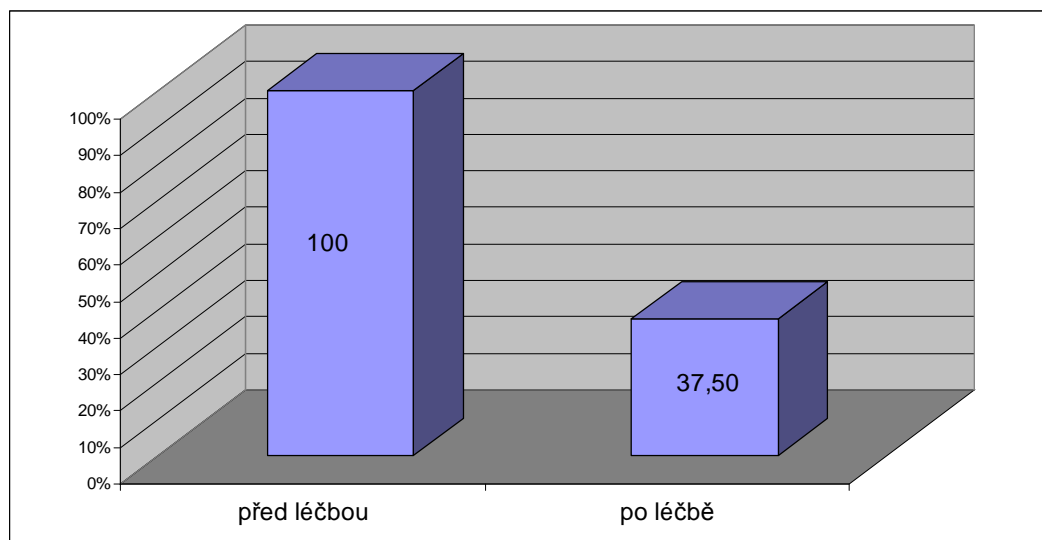
Graf H vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření všech probandů z lázní Berta po 3 měsíční léčbě s evropským standardem Oxford.

Graf CH – Procentuální vyjádření zlepšení stavu probandů z lázní Berta Třeboň po 3 měsíční léčbě



Graf CH vyjadřuje zlepšení probandů po 3 měsíční léčbě v jednotlivých doménách v procentech

Graf I vyjadřuje pokles spotřeby léků u skupiny probandů z lázní Berta po 3 měsíční léčbě.



Graf I vyjadřuje pokles spotřeby léků před léčbou a po léčbě v procentech.

5 Diskuse

Otázkou vlivu lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků se na naší fakultě (Zdravotně sociální fakulta Jihočeské University v Č. Budějovicích) systematicky zabývá katedra veřejného a sociálního zdravotnictví, pod vedením doc. MUDr. Vladimíra Vurma, CSc.. Kolektiv autorů ve složení Kalová Hana, Bican Jaroslav, Sukdolová Markéta, Faltusová Kamila, Petr Petr, již v roce 2003 prokázal na souboru 260 pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu příznivý vliv lázeňské léčby v Bertiných lázních Třeboň na kvalitu života podmíněnou zdravím. Spotřeba léků ze skupiny analgetika, analgetika-antipyretika a nesteroidní antirevmatika vyjádřená jako Definovaná Denní Dávka – DDD/osobu a den poklesla ve sledované skupině o 51%. Autoři zároveň dokumentovali příznivý vliv lázeňské léčby na kvalitu života hodnocenou v konceptu HRQoL (Health Related Quality of Life).

Cílem mé práce bylo prokázat pět let poté u vzorku 31 mladých pacientů do třiceti pěti let s onemocněním pohybového aparátu, vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků u této skupiny. Na začátku práce byla stanovena jedna hypotéza.

H1: Lázeňská léčba má příznivý vliv na kvalitu života a spotřebu léků u mladých pacientů do třiceti pěti let“

Tato hypotéza se v průběhu výzkumu potvrdila.

Výsledky výzkumu kvality života podmíněné zdravím u cílového souboru 31 klientů byly porovnávány s hodnotami normální evropské populace, které předkládá Oxford Healthy Life Study Group jako standard pro jednotlivé domény konceptu HRQoL. Toto porovnání bylo provedeno pro všech 8 domén tohoto konceptu. Výsledky byly vyjádřeny procentuelně, a to tak, že mnou shledané

výsledky byly vyjádřeny jako procenta standardu. Shledané rozdíly byly posouzeny co do statistické významnosti

Pro zpracování výsledků jsem zvolila již výše zmiňovaný celosvětově používaný dotazník SF – 36 v české verzi. Cílovou skupinou byli klienti lázeňských domů Aurora a Berta v Třeboni. Pacienti byli za pomoci vrchní sestry Věry Vlachové vybráni, osloveni a požádáni o vyplnění dotazníků. Před léčbou jsme získali správně vyplněné a plně hodnotitelné dotazníky od celkem 31 pacienta. (11 respondentů z lázní Aurora, 20 respondentů z Bertiných lázní). Pro vyhodnocení výsledků léčby, s použitím téhož dotazníku v časovém odstupu 3 měsíců od balneace , jsme se zaměřili na respondenty z Bertiných lázní Třeboň. Za tři měsíce po léčbě jsme získali plně hodnotitelné dotazníky od 17 probandů z původních 20 osob. Návratnost korespondenčně nasazených dotazníků je tedy 85 %, což vysoce převyšuje evropský průměr pro podobná šetření, který činí přibližně 42 – 45 %.. Za použití dotazníkového nástroje SF – 36 byly porovnávány výsledky v již zmíněných 8 doménách.

Z námi shromážděných výsledků vyplývá, že

- Kvalita života klientů Městských slatinných lázní Třeboň (Lázně Aurora Třeboň a.s., a Bertiny lázně Třeboň a.s.) je nižší nežli evropský standard (viz tabulka XY.) Toto zjištění považuji u skupiny omezené věkovou hranicí 35 let za velmi významné. Signalisuje totiž, že i v mladších věkových kategoriích jsou nositelé chorob, spadajících do skupiny VII. Indikačního seznamu lázeňské péče (postižení pohybového/lokomočního aparátu) významně handicapováni oproti evropskému průměru/standardu.
- Tento jev je uniformní v obou lázeňských zařízeních. Porovnáním výsledků probandů z Aurory a Berty shledávám,že mezi stupněm jejich postižení co do snížení kvality života v konceptu HRQoL není žádný prokazatelný rozdíl. Jde tedy o stav, kdy probandi jak z Aurory tak z Berty jsou součástí

předpokládaného základního souboru osob splňujících indikační kritéria pro indikační skupinu VII.

- Postižení mužů a žen není uniformní. Mezi stupněm postižení žen a mužů jsou v jednotlivých 8 doménách konceptu HRQoL detekovány podstatné a zajímavé rozdíly. Tomuto jevu se z hlediska „gender“ problematiky bude záhodno dále a systematicky věnovat (viz tabulka F)
- Z výsledkové tabulky H vyplývá, že ve všech 8 hodnocených doménách byla kvalita života za 3 měsíce po skončení balneace vyšší, nežli před lázeňským pobytem. Zlepšení hodnot se pohybuje od 11-73%. Lázeňská léčba tedy mimo jakoukoliv pochybnost vede ke zlepšení kvality života .
- Ke zlepšení došlo i u spotřeby léků. Jak je patrné z výsledkového grafu I vede lázeňská léčba k poklesu spotřeby léků ze skupin Analgetika-Antipyretika-Antirevmatika o celých 38%. (Vyjádřeno jako DDD, definované denní dávky).

Co se týče kvality života, nejvýznamnější zlepšení bylo zaznamenáno, jak uvádí výsledková tabulka xy v doméně RP – Role limitation physical – fyzické omezení rolí, celých 73%. Dále pak v doméně P – Pain – bolest o celých 67%. A v doméně EV – Vitality – vitalita, tam je zlepšení o 58% (viz graf CH)

Tyto výsledky zároveň dokumentují, co si plátcí zdravotní/ lázeňské péče za jimi vynaložené prostředky „kupují“. O lázeňské léčbě lze ve světle těchto výsledků jednoznačně uvažovat jako o „evidence based medicine“.

Předchozí šetření vykonaná Katedrou veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU (37) ukazují, že kvalita života osob s postižením pohybového systému je nižší než kvalita života zdravé populace zastoupené výsledky Oxfordské studie (evropský normál výsledků pro 8 domén HRQOL, v metodě SF-36). Toto zjištění v průběhu zpracovávání výzkumné části této práce plně potvrdilo.

K hodnocení kvality života byly vyvinuty různé systémy měření. Kvalita života podmíněná zdravím (HRQoL) je pojem shrnující subjektivní a přitom kvantifikovatelné měření jednak vnímání zdraví, jednak chodu životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře. Měřicí prostředky ke zjišťování a hodnocení HRQoL jsou tvořeny dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Dotazník SF-36, používaný při zjišťování HRQoL, je vhodný pro všechny, kdo hodnotí výsledky zdravotnických i sociálních intervencí. S použitím dotazníků pro skórování HRQoL, zejména dotazníku SF – 36 (který je použit v této práci), je možno hodnotit výsledky zdravotnických a sociálních intervencí v osmi doménách či kategoriích, kterými jsou: Fyzické funkce, fyzické omezení rolí (v této doméně zaznamenali probandi nejlepší výsledky), emoční omezení rolí, sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví.(35)

Značnou výhodou tohoto dotazníkového nástroje je i fakt, že umožňuje mezinárodně/celosvětově srovnat výsledky dosažené s jeho použitím, neboť je k dispozici v mnoha jazykových verzích.

Podrobná diskuse vede tedy k důvodnému názoru, že:

- Probandi, nositelé onemocnění pohybového aparátu, z věkové kategorie mladší 35 let, mají nižší kvalitu života nežli je evropský normál/ standard, tento jev je patrný u probandů bez ohledu na to, v jakém lázeňském zařízení jsou léčeni (neexistuje tedy žádná „ selekce“ co do přiřazení do Aurory či do Berty) , struktura postižení mužů a žen se co do jednotlivých domén konceptu HRQoL liší, a že
- Lázeňská léčba významně zvyšuje kvalitu života pacientů/ klientů, a současně vede ke snížení jejich spotřeby léků .

6. Závěr

Lázeňská léčba má za úkol dokončit léčebný proces v návaznosti na péči nemocniční či ambulantní nejčastěji v případech pouřazových nebo pooperačních stavů. A to se netýká pouze fyzické regenerace, ale zlepšení celkového zdravotního stavu. Zaměřuje se komplexně na celou osobnost pacienta. Protože každý člověk je individualita a vyžaduje individuální přístup. K tomu využívá řadu metod jako jsou např. koupele, zábaly, inhalace, cvičení, léčebné rehabilitace, fyzikální terapie. Tato ucelená péče pak vede prokazatelně ke zlepšení kvality života lázeňských pacientů.

Kvalita života u mladých pacientů do třiceti pěti let s onemocněním pohybového aparátu před balneací byla nižší, než kvalita života zdravé populace (Oxford). Každé onemocnění s sebou nese zhoršení kvality života, které se projevuje ve fyzické, emoční a sociální sféře.

Cílem práce bylo prokázat u vzorku v počtu 31 mladých pacientů do třiceti pěti let s onemocněním pohybového aparátu, zda má lázeňská léčba příznivý vliv na kvalitu života a spotřebu léků pět let po obdobném výzkumu, který provedla skupina autorů Kalová Hana, Bican Jaroslav, Sukdolová Markéta, Faltusová Kamila, Petr Petr. Autoři v roce 2003 prokázali na souboru 260 pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu příznivý vliv lázeňské léčby v Bertiných lázních Třeboň na kvalitu života podmíněnou zdravím a spotřebu léků.

Z výzkumu jasně vyplývá, že lázeňská léčba výrazně zlepšuje kvalitu života ve všech doménách a stejně tak, má příznivý vliv na spotřebu léků u sledovaných probandů.

Opět se potvrdilo, že lázeňská léčba je nezbytnou součástí potřebné zdravotní péče. Navíc jihočeské lázně Třeboň patří k nejtradičnějším a nejvyhledávanějším lázním u nás. Specializují se zde na léčení poruch

pohybového aparátu, revmatických chorob, poúrazových a pooperačních stavů a celkovou rekondici těla i mysli.

Stanovená hypotéza, že“ Lázeňská léčba má příznivý vliv na kvalitu života a spotřebu léků u mladých pacientů do třiceti pěti let“ se v průběhu výzkumu potvrdila.

Stanovený cíl práce byl splněn.

7. Klíčová slova

Lázeňství – léčebné metody – rehabilitace – balneoterapie – indikace -
kvalita života – onemocnění.

8. Literatura

- 1) DRAGOMIRECKÁ, E. ŠELEPOVÁ, P. Kvalita života u seniorů - mezinárodní výzkum. In Sborník příspěvků z konference, konané 25. 10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. str. 91-101. ISBN 80-86625-20-6.
- 2) HARTL, P. HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. str. 776, ISBN 80-7178-303-X.
- 3) HNILICOVÁ, H. Dopad společenských změn po roce 1989 na kvalitu života lidí v ČR. In Zdravotnictví v ČR. Praha: 2003, roč. 6, č. 3-4, s. 174 - 182. ISSN 0044-1996
- 4) HOGENOVÁ, A. Kvalita života a tělesnost. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-580-90.
- 5) HROMÁDKOVÁ, J. et al., Fyzioterapie. Jinočany: HaH, 1.vydání, 2002, s. 430. ISBN 80-860-22-45-5
- 6) <http://www.atlasceska.cz/jihocesky-kraj/lazne-trebon-aurora/>
- 7) <http://www.aurora.cz/cz/leceni/indikace-a-kontraindikace>
- 8) [http://www.aurora.cz/cz/leceni/lecebne metody](http://www.aurora.cz/cz/leceni/lecebne-metody)
- 9) <http://www.aurora.cz/cz/leceni/popis-lecebnych-procedur>

- 10) <http://www.aurora.cz/cz/lazne-aurora/tradice-a-soucasnost>
- 11) <http://www.bera.cz/cz/nase-lecba/indikace>
- 12) <http://www.bera.cz/cz/nase-lecba/lecebne-metody/elektrolecba>
- 13) <http://www.bera.cz/nase-lecba/lecebne-metody/lecebna-rehabilitace>
- 14) <http://www.bera.cz/cz/nase-lecba/lecebne-metody/slatinne-procedury>
- 15) <http://www.bera.cz/cz/nase-lecba/lecebne-metody/vodolecba>
- 16) <http://www.lazne.net/lazne/Trebon.aspx>
- 17) <http://www.lecebne-lazne.cz/cs/ceske-lazenstvi/ucinky-lazenske-lecby>
- 18) <http://www.sanquis.cz/index.php?linkID=art483>
- 19) http://www.telecna-vychova.studentske.eu/2007_11_01_archive.html
- 20) <http://www.zcr.cz/Archiv/2002/3-4/14.pdf>
- 21) KALOVÁ, H., PETR, P., BICAN, J. Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Její rozdíly podmíněné pohlavím, Folia Phoenix, 10, 2005, Supplementum, 1/2005, ISSN 1801-1063

- 22) KALOVÁ, H. et al. Kvalita života u chronických onemocnění.Klinická farmakologie a farmacie, 3/2005, ročník 19,ss.165-168, ISSN 1212-7973
- 23) KALOVÁ, H. et al. Kvalita života u onemocnění pohybového aparátu, možnosti jejího ovlivnění lázeňskou léčbou.XIV. Konference Společnosti rehabilitační a fyzikální medicíny, Jáchymov, 28.-29.1.2003
- 24) KALOVÁ, H. et al. Vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků u pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu. Zkušenosti z lázeňského zařízení Bertiny lázně. Třeboň, Kontakt, 2/2004, str.136-140
- 25) KLENER, P. et al. Vnitřní lékařství. Praha: GALÉN – KAROLINUM, 3.vydání, 2006, s. 1158. ISBN 80-246-1252-6
- 26) Kolektiv autorů. Léčebná rehabilitace. Praha: HaH, 1994. 1.vydání. 391 s. ISBN 80-85787-69-5
- 27) KONOPKOVÁ, A. Moje zdraví, časopis 5/2008, ročník 6. vydává Mladá fronta a.s., str 76-78
- 28) KRÁLOVÁ, M., MATĚJÍČKOVÁ, V. Rehabilitace u revmatických onemocnění, 1. vyd., Praha: Avicenum, Zdravotnicé nakladatelství 1995, N 4690, s. 164
- 29) KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In Zdravotnictví v ČR. Praha: 2003, roč. 3-4, s. 167-173. ISSN 0044-1996

- 30) KUČERA, Z. Podpora zdraví a kvalita života. In sborník příspěvků z konference, konané 25. 10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 21-32. ISBN 80-86625-20-6.
- 31) HUPKA, J. et al. Fyzikální terapie. Praha: Avicenum, 1998. 1. vydání. s. 592
- 32) PETR, P. et al. Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané 25.10. 2004 v Třeboni
- 33) LINHARTOVÁ, V., Praktická komunikace v medicíně, Praha: GRADA, 2004, 1.vydání. s. 450. ISBN 978-80-247-1784-5
- 34) PAYEN, J. a kolektiv, Kvalita života a zdraví. Praha: triton. 1.vydání. S. 255, ISBN 80-7254-657-0
- 35) PETR, P., Dotazník SF-36 O kvalitě života podmíněné zdravím, Kontakt č. 1., ročník 2/2002. str. 26-30 ZSF JU České Budějovice
- 36) PETR, P. et al., Hodnocení výsledků balneoterapie pomocí indexu HRQoL- Lázně Aurora, s.r.o., Třeboň. Kontakt 5. České Budějovice: ZSF JCU, 2003. s. 34-40.ISSN 1212-4117
- 37) PETR, P., Kvalita života v balneologii. České Budějovice: Imprese a.s. 2004. 1.vydání.str. 118. ISBN 80-903427-1-X
- 38) PETR, P. et al., Peloidy a peloidní extrakty. Léčebné využití a vliv na kvalitu života. Folia Phoenix, 1/2007, ročník 12, ISSN 1801-1063

- 39) PETR, P. et al.,. Regionální standard Kvality života podmíněné zdravím HRQoL. Závislosti a my, 4.9.2002, pp. 23-27. ISSN 1213-8584
- 40) PETR, P., KALOVÁ, H., Hodnocení kvality života jako nástroj k posouzení účinnosti balneoterapie. Nemocniční zpravodaj Nemocnice České Budějovice, ročník 13, 4. 2/2002, s.10-13
- 41) PETR, P., KALOVÁ, H., Hodnocení výsledků balneoterapie pomocí indexu HRQoL – Kvalita života podmíněná zdravotním stavem, Balneotherapy Results Assesment by means of HRQoL – Health Related Duality of Life, index, XIII. Konference, Jáchymov 29.-30.11.2002
- 42) PETR, P., KALOVÁ H., Kvalita života v balneologii. Anotace knihy. Auspicie 2/2004, vol.1.prosinec 2004, str. 75-76.ISSN 1214-4967
- 43) PETR, P. et al., Kvalita života u zdravých i chronicky nemocných. VIII.Dny karlovarských balneologů, Karlovy Vary. 10.1.2001
- 44) PODĚBRADSKÝ, J., VAŘEKA, I., Fyzikální terapie II. Praha:GRADA.1998, 1.vydání. s.176. ISBN 80-7169-661-7
- 45) REJHOLEC, V., ŠUSTA, A., Revmatologie. Praha:Avicenum, 2. vydání, 1985, s. 320. ISBN 08-099-85
- 46) SCHETTLER, G., et al., Repetitorium praktického lékaře. Praha: Galén, 1.vydání, 1995, s. 1508. ISBN 80-85824-18-3
- 47) ŠKAPÍK, M. et al., Využití balneoterapie ve vnitřním lékařství. Praha: Grada, 1994, 1.vydání, s. 160. ISBN 80-7169-130-5

- 48) ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V., Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (wellbeing), její determinanty a predikátory. In Sborník příspěvků z konference konané 25.10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy. IZPE, 2004.S. 21-32. ISBN 80-86625-20-6
- 49) VOHRADÍLKOVÁ, L., RABUŠIČ, L., Čeští senioři včera, dnes a zítra. Brno. VÚPSV výzkumné centrum Brno, 2004, online odkaz <http://www.vuisv.cz>
- 50) VURM, V. et al, Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemocí. Kontakt, 2-3, vol 4/2002, pp. 89-94

9. Přílohy

Příloha 1 – Standardizovaný dotazník SF – 36

Copyright:
Medical Outcomes Trust 1996
Boston, MA U. S. A.
Health Services Research Unit, 1996
Oxford, Great Britain

Česká verze: 1/2006
EMA-services, s.r.o.
U tří lvů 14
370 01 České Budějovice
Česká republika

DOTAZNÍK SF – 36 O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

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

Identifikace respondenta : Příjmení..... Jméno:.....

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

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Výborné	1
Velmi dobré	2
Ďobré	3
Dosti dobré	4
Špatné	5

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne.

Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby	1	2	3

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

Jak často v předchozích 4 týdnech –

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pociťoval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpan(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

10. Uveďte, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?

(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

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

	Jistě ano	Spíše ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Během dnešního dne užívám tyto léky:

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

Datum:

Seznam zkratek

EV – Vitality (vitalita)

GHP – General Health Preception (všeobecné vnímání vlastního zdraví)

HRQOL – Health Related Quality of Life (kvalita života podmíněná zdravím)

CH – Change in Health (změny ve zdravotním stavu)

ICD – International Classification of Diseases (mezinárodní klasifikace nemocí)

ICIDH - International Classification of Impairment, Dissability and Handicaps
(Mezinárodní klasifikace poškození, poruchy schopností a znevýhodnění)

MH – Mental Health (duševní zdraví)

P – Pain (bolest)

PF – Physical Function (Fyzické funkce)

RE – Role limitation – Emotional (emoční omezení rolí)

RP – Role limitation – Physical (fyzické omezení rolí)

SF – Social Functioning (sociální funkce)

Atd. – a tak dále

Tj. – to je