

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků u pacientů
ve věku od 35 do 50 let s onemocněním pohybového aparátu.**

bakalářská práce

Autor práce: Jitka Nouzová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti,
dospělé a seniory

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.
Datum odevzdání práce: 4.5.2012

Abstrakt

Bakalářská práce „Vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků u pacientů ve věku od 35 do 50 let s onemocněním pohybového aparátu“ v prvních kapitolách teoretické části pojednává o historii a současnosti balneologie, o jednotlivých procedurách a významu lázeňské péče při onemocnění pohybového aparátu. V dalších kapitolách se práce zabývá zdravím, kvalitou života, jejím měřením a hodnocením.

V praktické části byly vytyčeny cíle práce, stanoveny hypotézy, vysvětlena metodika práce včetně použitých prostředků k potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz a prezentovány výsledky práce. Získané výsledky jsou konfrontovány v diskusi.

V rámci práce byly stanoveny dva cíle, a to zjistit vliv lázeňské péče na kvalitu života a monitorovat vliv lázeňské péče na spotřebu léků u vzorku pacientů s onemocněním pohybového aparátu ve věku od 35 let do 50 let, kteří byli klienty Bertiných lázní Třeboň. Pro zjištění cílů práce byla použita metoda dotazování pomocí standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdraví (Health Related Quality of Life), která je vhodná pro zjišťování vlivu lázeňské léčby na kvalitu života a zdravotního stavu klientů lázeňské péče. Respondenti byli vyšetřeni před balneací, tj. bezprostředně po nástupu do Bertiných lázní Třeboň, a poté 3 měsíce po skončení balneace, metodou "postal survey".

Výsledky práce prokazují, že pacientům s onemocněním pohybového aparátu se po absolvování lázeňské léčby zlepšila jejich kvalita života, a to nejvýrazněji v doméně úleva od bolesti (o 30%) a v doméně vitality (o 26%). Spotřeba léků zaznamenala pouze minimální změnu.

Na základě dosažených výsledků lze prokazatelně říci, že lázeňská léčba přispívá ke zlepšení kvality života pacientů s onemocněním pohybového aparátu a jednoznačně poukazuje na efektivnost vynaložených prostředků v balneologii.

Abstract

This bachelor thesis titled “The Effects of Spa Treatment on the Quality of Life and the Consumption of Drugs in Patients Aged 35 to 50 Years with Musculoskeletal Disease” deals, in the first chapters of the theoretical part, with the history and current status of balneology, individual spa treatments, and the importance of spa treatments in treating musculoskeletal diseases. The other chapters deal with health, the quality of life, its measurement and evaluation.

The practical part set the objectives of the thesis, established its hypotheses, explained its methodology, including the means of confirming or refuting the hypotheses, and presented the results of the thesis. The results obtained are compared in the discussion.

Within the thesis, two goals were set: (a) to find out the effects of spa treatment on the quality of life and (b) to monitor the effects of spa treatment on the consumption of drugs in patients aged 35 to 50 years with musculoskeletal disease who were clients of Bertiny lázně in Třeboň. For fulfil the objectives of the thesis, the method interviewing was applied using standardized questionnaire SF-36 about the health related quality of life, which is suitable for finding out about the influence of spa therapy on the quality of life and health state of spa treatment clients. The respondents were examined prior their spa treatment, i.e. immediately after coming to Bertiny lázně in Třeboň, and then 3 months after the spa treatment, using the method of “postal survey”.

The results of this thesis show that the health state of patients with musculoskeletal disease improved after completing spa treatment, most distinctly in the domain of pain relief (30%) and in the vitality domain (26%). The consumption of drugs saw only minimal changes.

Based on the results obtained, we can clearly say that spa treatment contributes to the improvement of the quality of life of patients with musculoskeletal disease and it also clearly points to the effectiveness of finance invested in balneology.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 4.5.2012

.....

(Jitka Nouzová)

Poděkování patří Doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D. za odborné vedení práce a za pomoc při technickém zpracování dat. Děkuji vedení a zdravotnickému personálu Bertiných lázní Třeboň za spolupráci při získání potřebných dat a všem respondentům za jejich ochotu se výzkumu zúčastnit.

Obsah

1	Teoretická část	10
1.1	Balneologie	10
1.2	Lázeňství v České republice.....	12
1.2.1	Typy lázeňské péče	13
1.2.2	Funkce lázeňství	14
1.3	Lázně Třeboň	15
1.3.1	Léčba a indikace k léčbě	15
1.4	Onemocnění pohybového aparátu.....	18
1.4.1	Lázeňská léčba.....	18
1.4.2	Medikamentózní léčba.....	19
1.4.3	Význam lázeňské péče u onemocnění pohybového aparátu.....	20
1.5	Zdraví.....	22
1.5.1	Definice zdraví a nemoci	22
1.5.2	Výchova ke zdraví	23
1.6	Kvalita života	25
1.6.1	Rozsah pojetí kvality života.....	26
1.6.2	Přístupy ke kvalitě života.....	27
1.6.3	Definice kvality života.....	27
1.6.4	Hodnocení a měření kvality života	28
1.6.5	Kvalita života podmíněná zdravím	34
2	Cíle práce a hypotézy.....	36
2.1	Cíle práce	36
2.2	Stanovené hypotézy	36
3	Metodika práce	38
3.1	Zkoumaný soubor.....	40
3.2	Technika sběru dat	40
4	Výsledky práce	41
4.1	Počet šetřených mužů a žen	41
4.2	Vyhodnocení dotazníků	41

4.3	Výsledky	42
5	Diskuse.....	53
6	Závěr	58
7	Seznam použitých zdrojů.....	60
8	Seznam grafů	64
9	Seznam tabulek.....	65
10	Klíčová slova	66

Seznam použitých zkratk

KLP	Komplexní lázeňská péče
PLP	Příspěvková lázeňská péče
QoL	Quality of live - Kvalita života
HRQoL	Healt Related Quality of Life – Kvalita života podmíněná zdravím
Oxford	Oxford Healthy Life Survey (evropský normál výsledků - SF–36)
SF-36	Dotazník SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím
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
u	kritická hodnota
x	průměrné skóre
F	Female - ženy
M	Male – muži
BL	soubor respondentů Bertiny lázně

Úvod

Podle Aktuální informace ÚZIS ČR o vývoji lázeňské péče v ČR podle indikačních skupin za léta 2006–2010 celkový počet pacientů v lázeňské péči za toto období vzrostl o 15 %. Nejvyšší podíl dospělých pacientů se léčí právě na nemoci pohybového aparátu. Můžeme se domnívat, že jedním z faktorů navýšení odléčených pacientů lázeňskou péčí je její příznivý vliv na zdraví člověka a následně na kvalitu života. Z výsledků mnoha studií zabývajících se souvislostí mezi kvalitou života a zdravotním stavem člověka lze usuzovat na přímou závislost kvality života na úrovni zdraví jedince. Kvalita života ve vztahu ke zdraví charakterizuje to, co jedinec prožívá jako následek nepříznivého zdravotního stavu, nemoci či úrazu, ale i poskytnuté zdravotní péče.

Práce navazuje na výzkum, kterým v roce 2003 skupina autorů Kalová Hana, Bican Jaroslav, Sukdolová Markéta, Faltusová Kamila, Petr Petr prokázala na souboru 260 pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu příznivý vliv lázeňské léčby v Bertiných lázních Třeboň na kvalitu života podmíněnou zdravím a na výzkum Moravcové Marty v roce 2009, která v rámci diplomové práce potvrdila příznivý vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků na souboru 31 pacientů do 35 let v lázních Třeboň. V obou výzkumech byla Kvalita života stanovena a hodnocena v konceptu HRQoL -Health Related Quality of Life, s použitím dotazníku SF-36. Nejvýraznějšího zlepšení bylo dosahováno v doménách fyzické funkce, fyzické omezení rolí a v úlevě od bolesti. Průměrná spotřeba léků 3 měsíce po balneaci poklesla u chronicky nemocných pacientů více než o 50 %.

Cílem této práce je navázat na provedené studie a potvrdit příznivý vliv lázeňské léčby na kvalitu života pacientů s onemocněním pohybového aparátu ve věkové skupině 35 až 50 let a monitorovat vliv lázeňské léčby na spotřebu léků ze skupiny analgetika, analgetika-antipyretika a nesteroidní antirevmatika u této skupiny v Bertiných lázních Třeboň. Toto téma práce jsem si zvolila z přesvědčení, že lázeňská léčba zastupuje velmi výraznou úlohu ve zdravotní péči o pacienta s chronickým onemocněním. Byla bych ráda, kdyby výsledky této práce přispěly k prokázání potřebnosti a efektivnosti lázeňské léčby jako celku.

1 Teoretická část

Onemocnění a postižení pohybového aparátu jsou nejčastější indikací lázeňské péče u nás i ve světě. Pokusy o nalezení různých způsobů léčby těchto onemocnění přispěly ke vzniku a rozvoji prvotní lázeňské léčby (Špišák, Rušavý, 2010). Lázeňská péče zahrnuje soubor zdravotnických činností a postupů, včetně léčebné rehabilitace a výchovy ke zdravému způsobu života, vedoucích k prevenci onemocnění, navrácení a upevnění zdraví nebo stabilizaci nemoci s cílem zmírnění jejích důsledků, prodloužení a zlepšení kvality života (Jandová, 2009).

1.1 Balneologie

Balneologie je nauka o léčení přírodními léčivými zdroji, jejich účincích na lidský organismus a lázeňských léčebných metodách (Jandová, 2009). Obvykle se člení na balneoterapii, balneotechniku a lázeňskou klimatologii (Špišák, Rušavý, 2010).

Balneoterapie je lékařskou vědou o lázeňské léčbě, založené na využívání přírodních léčivých zdrojů (jejich fyzikálních a chemických vlastností) či příhodného klimatu. **Balneotechnika** se zabývá jednak jímáním, využitím, rozmístěním a ochranou léčivých zdrojů využívaných v lázeňských procesech a technickou infrastrukturou lázeňských zařízení a míst. **Lázeňská klimatologie** se věnuje vlivu klimatu na lidský organismus (Špišák, Rušavý, 2010).

Balneologie patří mezi nejstarší formy prevence a léčby nemocí. Využívání přírodních léčivých zdrojů má celosvětově prastarou tradici s mnohdy dokonale propracovanou metodikou a výraznými léčebnými úspěchy, které prověřila praxe mnoha staletí (Špišák, Rušavý, 2010).

Podle legendy přivedla právě zraněná srna, která si chodila omývat rány do pramene, Vincenza Priessnitze na nápad léčit pomocí obkladů a vody. Vyzkoušel je na svých vlastních zraněních, o kterých lékař říkal, že jsou neléčitelná. Jeho pověst

lčitele se rychle rozšířila. Přestavil svůj dům a v přízemí umístil necky pro lázeň a první vodolčebný ústav byl na světě (Stejskalová, 2011, s.15).

Baleneologie vyvolává bezprostřední biologické reakce, a to lokální a celkové. Tímto mechanismem indukuje dlouhodobé klinické efekty, které nelze jinou terapií docílit a proto je balneologie u mnoha onemocnění a stavů nenahraditelná (Jandová, 2009).

Přírodní léčivé prostředky jsou vody, plyny, peloidy, klima (jeho dráždivost, čistý vzduch, jeho teplota a vlhkost, exhalace lesů, luk i moře) (Špišák, Rušavý, 2010). Jsou svými vlastnostmi vhodné pro léčebné využití a na základě odborných posudků jim bylo ministerstvem zdravotnictví o této skutečnosti vydáno osvědčení (Jandová, 2009).

Balneologická léčba se opakovaně zdála zbytečnou a překonanou a to zejména z důvodu velkého rozvoje chirurgie, farmakologie. Vždy se však objevilo něco, v čem byla balneoterapie velmi prospěšná: stavy po operacích, endoskopických výkonech, úrazech, léčba osob s vysokým chirurgickým rizikem nebo osob, které chirurgický výkon odmítají. Cílem balneoterapie je zlepšit kvalitu života doléčením akutních poškození a léčbou chronických chorob, omezit jejich progresi a upravit funkce organismu (Špišák, Rušavý, 2010).

1.2 Lázeňství v České republice

České lázně jsou známé díky rozmanitosti a složení termálních pramenů, které blahodárně působí na lidský organismus a právem mají své nezastupitelné místo v evropském lázeňství. Mezi nejznámější české lázně patří např. Karlovy Vary, Mariánské či Františkovy Lázně, Lázně Luhačovice, Poděbrady, Teplice nad Bečvou, Třeboň, Lázně Libverda a mnoho dalších. V poslední době je obliba lázní ze strany Čechů, ale i zahraničních turistů čím dál vyšší, a to především díky kvalitě služeb a bohaté nabídce lázeňských pobytů (Spa, 2012).

Lázeňství v České republice má již mnohasetletou tradici. K zásadnímu rozvoji lázní však dochází především od 18. do 20. století, kdy jsou lázeňská místa navštěvována nejen z důvodů léčebných, nýbrž i pro možnosti kulturního a společenského vyžití. Léčebné lázně, ať už státní či soukromé, jsou registrovanými zdravotnickými zařízeními, která navíc od ostatních lázní nebo ubytovacích zařízení umístěných v lázeňských místech odlišuje fakt, že k léčbě využívají místní přírodní léčivý zdroj, schválený ministerstvem zdravotnictví. Pokud má být lázeňské zařízení uznáno jako léčebné, musí splnit řadu podmínek, které jsou definovány v lázeňském zákoně č. 164/2001 Sb. a v zákoně č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Kvalitu podávání přírodního léčivého zdroje pak musí dle vyhl. 370/2001 Sb. a 423/2001 Sb. kontrolovat odborně způsobilý balneotechnik, který musí být v každém lázeňském zařízení. (Svaz léčebných lázní, 2009).

Mgr. Jiří Rod, vedoucí tiskového oddělení a tiskový mluvčí VZP ČR, 14.11.2008 řekl: *„Česká republika je mimořádně bohatá na přírodní léčivé zdroje (minerální vody, peloidy, plyny). To umožnilo vznik mnoha léčebným lázním. Lázeňství v širokém slova smyslu je důležitým zdravotnickým, ale především také ekonomickým potenciálem v rámci cestovního ruchu, kde patří mezi základní skupiny turistické nabídky a poptávky. Z tohoto širšího pojetí lázeňství je nutné vyčlenit poskytování lázeňské léčebné péče, která je pojištěncům VZP ČR hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění, jako součást celého léčebného procesu, směřujícího ke zlepšení zdraví a kvality života.“*

V roce 2010 bylo v ČR v provozu 86 lázeňských zdravotnických zařízení, která disponují celkem 26 432 lůžky. Lázeňská léčba v naší zemi kombinuje účinek přírodních léčivých zdrojů s preventivní a rehabilitační péčí a s léčbou některých chronických onemocnění. Lázeňskou péčí, včetně určení stupně naléhavosti, poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu doporučuje ošetřující lékař, potvrzuje revizní lékař a hradí příslušná zdravotní pojišťovna (Lázeňská péče, 2011).

1.2.1 Typy lázeňské péče

Jandová (2009) uvádí, že lázeňská péče je soubor zdravotnických činností a postupů včetně léčebné rehabilitace a výchovy ke zdravému způsobu života, vedoucí ke k prevenci onemocnění, navrácení, upevnění zdraví nebo stabilizaci nemoci s cílem zmírnění jejích důsledků a zlepšení kvality života. Je poskytována v přírodních léčebných lázních formou ambulantní nebo lůžkové péče.

Typy lázeňské péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění:

Komplexní lázeňská péče (KLP) – lázeňská péče, při které hradí zdravotní pojišťovny ČR lázeňskou léčbu, celodenní stravování a ubytování. Trvá 14, 21 nebo 28 dní. Navazuje na ústavní péči nebo specializovanou ambulantní zdravotní péči. Je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti či na minimalizaci rozsahu invalidity (Lázeňská péče, 2011).

Příspěvková lázeňská péče (PLP) – lázeňská péče, při které hradí zdravotní pojišťovny jenom lázeňskou léčbu. Stravování, ubytování a lázeňský poplatek si hradí klient sám. Trvá minimálně 21 dní. Další možnou variantou příspěvkové lázeňské léčby je možnost objednat si pouze léčení ambulantní (Lázeňská péče, 2011).

Jednotlivé lázeňské společnosti nabízejí také léčebné, relaxační a wellness pobyty, které si klient hradí ze svých vlastních prostředků. Využití znalostí a zkušeností odborného personálu a přírodních léčivých zdrojů jsou tou nejlepší investicí do vlastního zdraví. Pobyt v lázních určitě přispěje k regeneraci fyzických i psychických sil každého klienta (Svaz léčebných lázní, 2009).

Jelikož za poslední roky dochází spíše ke stagnaci plateb od zdravotních pojišťoven, orientují se všechna lázeňská zařízení na vylepšování svých služeb jak v oblasti ubytovací a stravovací, tak i léčebné. V pořadí indikací se u léčby hrazené zdravotními pojišťovnami (KLP i PLP) v roce 2010, stejně jako v minulých letech, nejčastěji vyskytovaly nemoci pohybového ústrojí, a to 51,6 % celkového počtu dospělých (Lázeňská péče, 2011).

1.2.2 Funkce lázeňství

Díky využívání přírodních léčivých zdrojů je lázeňskou léčbu možné považovat za výrazně šetrnější k lidskému organismu, než je léčba medikamentózní či radikální nevratný lékařský zákrok. Má prokazatelné výsledky zejména u stavů po těžkých onemocněních, operacích a u chronických onemocnění. Cílem lázeňské léčby je dokončit léčebný proces v návaznosti na péči v nemocnicích či odborných ambulancích, u chronických onemocnění je jejím cílem stabilizovat stav pacienta a průběh jeho nemoci. K lázeňské léčbě patří také edukace a seznámení pacienta s nemocí i jejími možnými riziky v jeho dalším životě (Svaz léčebných lázní, 2009).

Lázeňství plní určité základní funkce, mezi které patří tzv. „6R“ lázeňství:

1. **Revitalize** = revitalizace, rekondice, obnovení fyzických a duševních sil
2. **Rejoice** = potěšení, získání nového optimismu a životní energie
3. **Relax** = zotavení, odpočinek
4. **Reflect** = reflexe a uvolnění, odpoutání se od negativ současného životního stylu
5. **Remedy** = léčení (tj. vlastní procesy balneace)
6. **Rehabilitate** = rehabilitace, odstranění následků úrazů, zranění a jiných zdravotních problémů (Pechová, 2008).

Všechny z uvedených funkcí lázeňství (kromě vlastního léčení) mohou být využívány i osobami doposud medicínsky neléčenými a osobami bez zjevných zdravotních problémů. K základním „cílovým bodům“ působení lázeňské péče patří lidské tělo, mysl a duch (Pechová, 2008).

1.3 Lázně Třeboň

Tradice třeboňského lázeňství je úzce spojena s využíváním místního přírodního zdroje – a to sice rašeliny – **slatiny**. Slatina z třeboňských rašelinišť je v lázních využívána k slatinným koupelím a zábalům, které působí příznivě především při léčbě nemocí pohybového aparátu (Třeboňsko).

Hojné zásoby slatiny z rašelinišť vedly k založení třeboňské lázeňské tradice. Tato tradice sahá až do středověku, protože už v 15. století byly ve městě přístupné očistné lázně s lazebníkem a felčarem v jedné osobě. Novodobá tradice je spojena především s učitelem, kronikářem, Václavem Huckem, který na svém pozemku u Zlaté stoky otevřel v květnu 1883 nové lázně. Hlavním motivem byla nemoc jeho dcery Berty, jejíž jméno nese moderní sanatorium i dnes. V roce 1975 přibyl k lázním Berta nový lázeňský komplex Aurora. Bertiny lázně se po roce 1989 vrátily do majetku města. Začala tím doba zásadní modernizace tohoto léčebného zařízení. Kromě proslulých slatinných koupelí a zábalů nabízejí širokou škálu léčebných procedur zaměřených na onemocnění páteře, kloubů či celkovou rekondici těla (Třeboňsko).

1.3.1 *Léčba a indikace k léčbě*

Indikační seznam pro lázeňskou péči obsahuje okruh nemocí ovlivnitelných lázeňskou péčí, délku lázeňské péče, indikační předpoklady a indikační zaměření léčebných lázní (Jandová, 2009).

Léčebné pobyty v Bertiných lázních jsou vhodné pro tyto – indikační skupiny:

- Bolestivé stavy páteře a kloubů
- Poúrazové a pooperační stav
- Stavy po kloubních náhradách
- Artrózy a revmatická onemocnění
- Bechtěrevova nemoc

- Dna a hyperurikemický syndrom
- Bolestivé stavy měkkých tkání (Bertiny lázně Třeboň).

Slatinné procedury

Bertiny lázně využívají k léčbě původní přírodní léčivý zdroj - slatinu, jejíž blahodárné účinky na lidské zdraví zajistily věhlas těchto lázní (Bertiny lázně Třeboň). Slatina patří mezi tzv. peloidy, což jsou přírodní látky vzniklé geologickými pochody, a jsou k léčebným účelům užívané v rozmělněném stavu ve směsi s vodou (Jandová, 2009). 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 vede teplo až sedmkrát pomaleji než voda, proto se v ní organismus prohřívá šetrněji a především intenzivněji. Účinek je analgetický, protizánětlivý a antibakteriální. Indikací jsou prakticky všechna onemocnění hybného aparátu - artritida, artrózy, bolestivé syndromy páteře i kosterních svalů a stavy po kloubních náhradách (Bertiny lázně Třeboň).

Slatinná koupel celková - po odstranění hrubých příměsí a strojovém rozdrcení se slatina zahřeje a smísí s vodou. Přimo ve vaně se ředí vodou na požadovanou teplotu, přibližně 38 °C. Následuje odpočinek v suchém zábalu a klasická masáž.

Slatinný zábal částečný - substance se přikládá přímo na tělo pacienta ve formě zábalu, teplota je přibližně 39 °C (při manipulaci chladne). Následuje odpočinek v suchém zábalu a klasická masáž (Bertiny lázně Třeboň).

Vodoléčba

Vodoléčebné procedury využívají tři 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. Mezi procedury poskytované v Bertiných lázních patří: květinová, bylinná a perličková koupel, Aubertina zlatá lázeň (slatinný extrakt), jodová koupel,

solfatanová koupel (přípravky obsahující sloučeniny síry), podvodní masáž, vířivá lázeň dolních a horních končetin, Kneippův chodník a kombinovaná lázeň (Bertiny lázně Třeboň).

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. (Bertiny lázně Třeboň).

Elektroléčba

Při elektroléčbě se uplatňují jako fyzikální podněty elektrické proudy. (Bertiny lázně Třeboň).

1.4 Onemocnění pohybového aparátu

Poruchy pohybového aparátu se v dnešní době stávají jedním z nejčastějších chronických onemocnění dospělých. Dlouhodobé obtíže pohybového aparátu má asi 30% populace v produktivním věku. Příčiny vzniku onemocnění pohybového aparátu je třeba hledat již v dětství, kdy se vlivem nesprávného zatížení pohybového aparátu rozvíjí svalová nerovnováha, která vede k vadnému držení těla. V posledních desetiletích se hovoří o enormním nárůstu vadného držení těla u dětí, tento nárůst je spojován se změnou životního stylu, s nárůstem obezity, s velkou mírou pohybové chudosti a jednostranností moderního způsobu života (Státní zdravotní ústav). Onemocnění pohybového aparátu je v ČR na druhém místě příčin krátkodobé a dlouhodobé pracovní neschopnosti. Je i častým důvodem odchodu do invalidního důchodu. V obou případech se jedná o významné zhoršení kvality života (Výchova ke zdraví, 2009).

Mezi nejvíce se vyskytující onemocnění pohybového aparátu u dospělé populace patří osteoartróza, revmatoidní artritida a příbuzná revmatologická onemocnění (spondylartritidy), metabolická onemocnění s kloubními projevy (např. dna, osteoporóza), vertebrogenní algický syndrom (nespecifické bolesti páteře).

Velkou část klientů lázeňské péče tvoří pacienti po totální endoprotéze kolene a kyčle, po chirurgických výkonech na páteři, zlomeninách a následné imobilizaci. I při stavech po úrazech a operacích pohybového aparátu se využívá všech léčebných metod a prostředků balneoterapie a rehabilitace individuálně přizpůsobené úrazu či postižení pacienta. (Špišák, Rušavý, 2010).

1.4.1 Lázeňská léčba

Cílem lázeňské léčby u onemocnění pohybového aparátu je snížení bolestivosti, zlepšení hybnosti kloubu, udržení rozsahu pohybu a svalové síly a tím zamezení vzniku

deformit, svalové atrofie, kontraktur (Trnavský, 1994), stabilizaci nemoci s cílem zmírnění jejích důsledků, zlepšení kvality života a oddálení invalidizace.

Metody a prostředky léčby

Mezi základní metody a prostředky komplexní lázeňské léčby u onemocnění pohybového aparátu patří:

- fyzioterapie, léčebná gymnastika, rehabilitační techniky
- masáže
- elektroterapie, magnetoterapie, mechanoterapie
- hydroterapie za použití minerální nebo běžné vody
- termoterapie – peloidy, parafín, solux, diatermie
- pohybový režim – chůze, léčebná tělesná výchova
- cvičení na přístrojích
- dietní a stravovací režim
- psychoterapie, psychorelaxace
- klimatoterapie (Špišák, Rušavý, 2010).

1.4.2 Medikamentózní léčba

Medikamentózní léčba je u onemocnění pohybového aparátu velmi rozsáhlá, používané léky lze rozdělit do několika skupin:

- analgetika – léky proti bolesti, rychle odstraní bolest, která je průvodním příznakem. Trnavský (1994) uvádí, že nemocný může pomocí analgetik úplně vyřadit bolestivé podněty, které mají signální charakter a mohlo by dojít až k úplnému rozpadu kloubu
- nesteroidní antiflogistika (NSA) – mají protizánětlivé, analgetické a antipyretické účinky. Hlavním mechanismem účinku je inhibice enzymu cyklooxygenázy, dochází k útlumu bolesti a zánětu na straně jedné, ale také k nežádoucím účinkům

ve smyslu narušení gastroprotektivního vlivu na žaludeční sliznici a cévní epitel na straně druhé (Špišák, Rušavý, 2010)

- chorobu modifikující antirevmatické léky (DMARDs) – léky zasahující přímo do tkáňových změn, působí pozvolna, podávají se dlouhodobě. Léčebný účinek se projeví za delší období, ale je trvalejší (zástava destrukce chrupavky a kosti). Mají opět řadu nežádoucích účinků (Trnavský, 1994)
- kortikoidy – protizánětlivé látky, léčebný účinek je mohutný, ale jen tlumící. Podávají se v malých dávkách, mají také řadu nežádoucích účinků (vznik osteoporózy, cukrovky) (Trnavský, 1994)
- medikamenty k výživě kloubů
- gely a masti - protizánětlivý, analgetický účinek.

1.4.3 Význam lázeňské péče u onemocnění pohybového aparátu

Mnohaletými zkušenostmi se ukázalo, že lázeňské prostředí je velmi vhodné tomu, aby se nemocný mohl v klidu po delší dobu věnovat všem možnostem léčby své nemoci. V lázních má pacient dost času na složitější postupy a díky odbornému vedení se nedopouští chyb při provádění léčby, případné problémy může neprodleně konzultovat s lékařem či fyzioterapeutem. Důraz je kladen právě na působení komplexního lázeňského léčení, včetně lázeňského prostředí jako celku. Nejde pouze o koupele, zábaly, minerální vody, nemocný se naučí pravidelně cvičit, pochopí dávkování rehabilitace, zdokonalí si pohyby, upraví svoje stravovací návyky, dochází ke snížení hmotnosti. Velký význam má i kontakt s ostatními nemocnými, kdy si pacient může uvědomit úskalí své nemoci, ale i naději, kterou poskytuje soustavná komplexní léčba. Změnou prostředí se vrací duševní pohoda narušená dlouhodobým onemocněním (Špišák, Rušavý, 2010).

Efekty lázeňských pobytů se na rozdíl od individuálního hodnocení od pacienta objektivně prokazují obtížněji, i když existuje celá řada objektivních vědeckých důkazů

(evidence based medicine = EBM¹). Ty prokazují, jak je tato komplexní terapie prospěšná po všech stránkách, jak zvyšuje kvalitu života. Zabývali se tím odpradávná mnozí lékaři, kteří založili velmi cennou tradici, vázanou na naše četná lázeňská zařízení. Mimo jiné tak probudili všeobecný zájem o často výstavní regiony, a v důsledku tak v těchto končinách bezděčně položili základ pro rozvoj cestovního ruchu (Emerová, 2011).

Emmerová (2011) ve svém článku *Jaký je význam lázeňské léčby na počátku XXI. Století* komentuje svoji osobní zkušenost s lázeňskou péčí takto: *“Teprve lázeňská léčba, kdy byl sestaven terapeutický plán se zapojením všech adekvátních postupů včetně aktivního cvičení, masáží a zejména cvičení pod vodou v bazénu pod vedením odborníka, představovala významné pokroky. Za tři týdny pobytu jsem se cítila zcela zdravá, s obnovenou soběstačností, s návratem do sociálního normálu a s možností plnohodnotného pokračování v pracovní činnosti. O návratu dobré nálady ani nemluvě”*.

¹ Medicína založená na důkazu. EBM lze stručně charakterizovat jako moderní lékařské rozhodování, které integruje: 1. Nejlepší externí poznatky (důkazy) z klinického výzkumu, 2. Klinické zkušenosti lékaře, 3. Očekávání pacienta (Základní fakta o medicíně založené na důkazu, Univerzita Palackého v Olomouci)

1.5 Zdraví

Zdraví je jednou z nejvýznamnějších hodnot života každého člověka. Neboť jsme-li zdraví, můžeme pracovat, dělat co nás baví, plnit si své sny, prostě žít plnohodnotný a spokojený život. Zdraví tedy není pro většinu lidí cílem života, ale je jednou z podmínek pro naplnění všech našich snů a přání. Ovšem zdraví nemá pouze hodnotu individuální (tedy pro jednoho člověka), také hraje velmi důležitou roli ve společnosti. Vývoj lékařské vědy a zlepšení zdravotního stavu obyvatel zapříčinily rozvoj celé společnosti, a to jak po stránce hospodářské, neboť výkonnost pracujících se mnohonásobně zvýšila, tak i v sociální sféře, kde nastal obrat k lepšímu. O své zdraví by se měl každý člověk především starat sám, ale společnost by o ně měla jevit také určitý zájem (Machová, Kubátová a kol., 2009).

1.5.1 Definice zdraví a nemoci

Definovat zdraví je velmi těžký úkol, neboť zdraví je ovlivňováno mnohými aspekty, od genetických dispozic až po životní prostředí. My si pod pojmem zdraví většinou představíme stav, když nás nic nebolí nebo když se necítíme nemocní. Světová zdravotnická organizace² v roce 1948 definovala zdraví jako **„Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“** (Machová, Kubátová a kol., 2009), od roku 1977 definuje SZO zdraví již jako **„Schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život.“** Pojem „zdraví“ není tedy spojován pouze s dobrou tělesnou kondicí, ale důležitou roli zde hraje i zdraví duševní a sociální. Podle této definice je také zřejmé, že zdraví je subjektivní a jeho podoba je u každého člověka zcela odlišná (Vurm a kol., 2004).

Křivohlavý definuje zdraví takto: **„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“** (Křivohlavý, 2003, str. 40). Dobré zdraví je tedy výsledkem multifaktoriálních vlivů. Patří sem faktory biologické,

² Světová zdravotnická organizace (SZO) je jedním z nejvýznamnějších zařízení spojených národů. Ústava SZO platí od 7. dubna 1948. Cílem této organizace je: „Dosažení co nejvyšší úrovně zdraví všemi národy“.

psychologické, sociální, ekonomické, spirituální a další. Všeobecně se připouští, že zdraví lze jen obtížně definovat a měřit. Snadnější je to s nemocemi. Úroveň zdraví je totiž obecně vyjadřována nemocností a úmrtností. Zdraví je pokládáno za protiklad nemoci nebo smrti. Lze soudit, že zdraví je pojmem spíše humánním a sociálním než jen medicínským (Žaloudíková, 2009).

Nemoc neboli porucha zdraví je **stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů** (Velemínský a kol., 2003). Nemoc lze chápat jako poruchu adaptace člověka, nedostatečnost, nebo selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí. Tuto poruchu může vyvolat nejen tělesná indispozice, ale také problémy týkající se duševního či sociálního zdraví. (Machová, Kubátová a kol., 2009). Velemínský (2003) poukazuje na to, že nemoc je proces probíhající v organismu pacienta, je jím individuálně prožívána a je důležité si uvědomit, že se nesmí léčit jen samostatná nemoc, ale musí se léčit nemocný člověk.

Zdraví každého člověka je ovlivněno řadou nejrůznějších pozitivních i negativních faktorů, které se vzájemně posilují či oslabují. Společně pak tyto determinanty zdraví utvářejí náš zdravotní stav a kvalitu našeho života (Vurm a kol., 2004). Faktory ovlivňující naše zdraví můžeme rozdělit na vnitřní, neboli ty, které nemůžeme ovlivnit, a na zevní, což jsou ty, na které má vliv náš způsob života. (Machová, Kubátová a kol., 2009).

1.5.2 *Výchova ke zdraví*

Velmi výstižný je výrok přisuzovaný patronu lékařů Eskulapovi „***Pomáhat lidem ke zdraví je dobré, ale naučit je, aby si pomohli sami, je lepší.***“

Je zřejmé, že nemoci, vzniklé vlivem špatného životního stylu, mají velmi závažné následky. Proto je lepší jim předcházet, tedy chovat se vůči svému zdraví zodpovědně. Primární prevence by měla směřovat k odstranění všech rizikových faktorů ze života. Právě problematikou nezdravého způsobu života se dnes zabývá jeden z programů Světové zdravotnické organizace- Zdraví 21 (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Řadě zdravotních rizik se nedá zcela vyhnout (genetické dispozice, nepříznivé sociální podmínky aj.), přesto způsobem života, jaký vedeme, můžeme některá rizika vedoucí k onemocnění omezit, snížit, potlačit nebo naopak některá rizika zvýšit. Nejsnazším, nejúčinnějším a současně nejlevnějším opatřením je předcházet rizikům výchovou k zodpovědnosti za své zdraví, výchovou ke zdravému životnímu stylu. S dobrým vztahem ke svému zdraví se člověk nerodí, ale vytváří se postupně v průběhu života tím, jak si je člověk schopen uvědomit rozdíly mezi zdravím a nemocí, a posoudit výhody zdraví oproti nevýhodám nemoci. Čím dříve je jedinec schopen tuto souvislost pochopit, tím je šance na prožitý život ve zdraví vyšší (Výchova ke zdraví, 2009).

Zdraví, jakožto jedno ze základních lidských práv, je tedy i jednou z hlavních priorit zdravotní politiky každého státu. A proto členské státy SZO shrnuly principy péče o zdraví do programu Zdraví 21 neboli Zdraví pro všechny do 21. století³. Tento program představuje model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj a zabývá se problematikou špatného životního stylu a jeho důsledky. Program Zdraví 21 má dohromady 21 různých cílů, jejichž hlavní myšlenkou je prevence nemocí, podpora zdraví a zdravého životního stylu (Machová, Kubátová a kol., 2009).

³ Na Světovém zdravotnickém shromáždění (World Health Assembly) v roce 1977 byla navržena zásadně nová myšlenka v péči o zdraví: byla zde představena vize celosvětově platných podmínek dosažení a udržení nejvyšší možné úrovně zdraví během lidského života, nazvaná **Zdraví pro všechny (Health for All)**. Tato vize stanovila zásadní globální priority tohoto úsilí a její postupná realizace byla zaměřena na integraci veřejné zdravotní politiky a souboru konkrétních postupů směřujících k rozvoji a podpoře zdraví (**health promotion**). V ČR byl národní program schválen vládou ČR jako usnesení vlády České republiky č. 1046 dne 30. října 2002 jako „**Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století**“. (Kernová, 2010)

1.6 Kvalita života

Při zamyšlení nad pojmem kvalita života se nabízí celá řada otázek: Co je to kvalita života? Znamená kvalita života pro každého to samé? Co kvalitu života ovlivňuje? Jak definovat kvalitu života? Lze kvalitu života měřit a hodnotit?

Význam slova KVALITA je podle slovníku cizích slov **hodnota, jakost, stav věci**, ŽIVOTEM můžeme rozumět **souhrn jevů příznačných pro živý organismus, bytí, existence**, v našem případě jde o život lidí.

Gurková (2011) uvádí, že v běžné komunikaci se pojem kvalita života většinou pojí s pozitivním významem pojmu kvalita (kvalitní = dobrý) a v odborném jazyce se termín kvalita života používá na popis pozitivních i negativních aspektů života. Hodnocení, zda je, či není náš život kvalitní, je založené na porovnávání našeho života se žádoucí, očekávanou úrovní existence nebo se životem druhých.

Kvalita života souvisí i se smyslem života. Ti lidé, kteří prožívají smysluplný život, jsou v lepší psychické pohodě. Vnímání smyslu života pomáhá lidem zvládat a překonávat těžké životní situace (Janečková, Hnilicová, 2009).

Odborná literatura uvádí základní rozlišení dvou kvalit, a to subjektivní a objektivní kvality života.

Subjektivní kvalitou života se myslí všeobecná spokojenost s vlastním životem, která vychází z kognitivního hodnocení a emočního prožívání.

Objektivní kvalita života představuje splnění všech základních sociálních a materiálních podmínek pro život, sociální status a fyzické zdraví. Kvalita života je kombinace objektivního a subjektivního posouzení pocitu pohody v různých oblastech života (Svobodová, 2009).

Jak uvádí Žaloudíková (2009), kvalitu svého života chápe každý člověk jinak. Spokojenost se životem každý jednotlivec pociťuje v souvislosti s životními podmínkami, ve kterých žije, komunitou, společností, která jej ovlivňuje, vlastními zkušenostmi, životní situací, ve které se v dané chvíli nachází, hierarchií hodnot a cílů. Přesto je možno kvalitu života objektivně, globálně, holisticky vymezit alespoň

částečně. Kvalita života má svoje aspekty biologické, filosofické, sociologické, psychologické, ekonomické i politické. Souvisí s integritou a vyspělostí osobnosti, vzděláním a inteligencí, s otázkami zdraví, hodnotového systému jednotlivce i společnosti. I Evropská unie a SZO usiluje o hodnocení kvality života v různých zemích. Současný neuspokojivý stav se stává podnětem k hledání východisek, zejména ve snahách o změnu způsobu života směřujících k trvalé udržitelnosti rozvoje (Žaloudíková, 2009). Janečková, Hnilicová (2009) uvádí, že chudoba, negramotnost, špatný zdravotní stav jsou spojovány s nízkou kvalitou života v dané konkrétní zemi a sociální nerovnosti jako příčina nerovností ve zdraví patří k hlavním tématům veřejného zdravotnictví.

Stejně jako životní podmínky je pro kvalitu života důležitá jejich subjektivní percepce a interpretace, celkové psychické rozpoložení člověka spojené s vnímáním sebe sama, s cílovými hodnotami a jejich naplněním, s odolností vůči stresu a dalšími psychologickými proměnnými. Změna životních hodnot prostřednictvím nemoci či těžkých životních zkoušek, může subjektivně vnímanou kvalitu života i zvýšit (Janečková, Hnilicová, 2009).

1.6.1 Rozsah pojetí kvality života

Křivohlavý poukazuje na pojetí rozsahu pojmu kvalita života jednotlivce autory Engela a Bergsmy (1988) ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro, mikro a personální rovině.

Makrorovina – kvalita života velkých společenských celků (jednotlivých států, kontinentů), problematika kvality života se stává součástí základních politických úvah – např. investice do zdravotnictví, výchova ke zdraví.

Mezorovina – kvalita života v určitém prostředí (v malých sociálních skupinách jako jsou nemocnice, domovy pro seniory, školy), jedná se o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, uspokojování potřeb každého člena skupiny.

Osobní (personální) rovina – kvalita života určitého jedince (pacienta, lékaře, učitele, kdokoli jiný), jde zde o osobní (subjektivní) hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí, cílů každým z nás. Svou roli zde hrají osobní hodnoty jednotlivce.

Hovoříme – li o kvalitě života, je třeba si vždy předem ujasnit, o kterou rovinu nám jde (Křivohlavý, www.volny.cz/j.krivohlavy).

1.6.2 Přístupy ke kvalitě života

V literatuře se v souvislosti s vývojem kvality života uvádí tři konceptualizační a metodologické přístupy k individuální kvalitě života:

- **psychologický** – vidí kvalitu života v uspokojování potřeb, psychické pohodě, mentálním zdraví. Dominují zde pojmy jako pohoda, štěstí, spokojenost, seberealizace, smysl života atd.
- **sociologický** – zahrnuje sociálně-ekonomické aspekty. Kvalita života je úzce chápána ve vztahu k pojmu životní úroveň. Jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti (status, materiální podmínky), kvalita života je tak hodnocena např. ve vztahu k nezaměstnanosti, komunitě, společnosti.
- **medicínský (zdravotnický)** – zaměřuje se na kvalitu života nemocných, rizikové faktory, prevenci nemocí, podporu zdraví. Dominují zde pojmy zdraví a funkční stav (Gurková, 2011).

1.6.3 Definice kvality života

Z výše uvedeného vyplývá, že definovat kvalitu života⁴ je velmi nesnadné. V současné době existuje celá řada definic, ale žádná z nich není všeobecně

⁴ Kvalita života = Quality of life (QoL)

akceptována. Mají však jedno společné, a to, že pojem “kvality života” by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. Kvalita života je komplexní, zahrnuje pozitivní i negativní složky. Na kvalitu života jedince je pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako “**subjektivní posouzení vlastní životní situace**”. Zahrnuje tedy nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost příznaků onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské, ekonomické aspekty (Slováček a kol., 2004).

SZO v roce 1994 definovala kvalitu života takto: “***Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům***”.

1.6.4 Hodnocení a měření kvality života

Lidé, kteří se nacházejí ve stejné či obdobné životní situaci se mohou výrazně lišit v hodnocení kvality svého života a naopak lidé nacházející se v odlišných podmínkách mohou kvalitu života prožívat podobně. Kvalita života je také výslednicí vztahu mezi očekáváním a skutečností (Janečková, Hnilicová, 2009).

Sledování kvality života se ukazuje jako nezbytná součást terapeutické péče o pacienty, u nichž onemocnění a následná léčba narušuje původní sociální vazby, hodnoty fyzického a psychického zdraví. Zvyšuje se potřeba hodnotit “technologie” zdravotní péče z hlediska hodnot jedince i společnosti a brát ohled na jedinečný pohled nemocného na zdraví (Petr, 2004).

Gurková (2011) uvádí, že podle Cumminse (2006) se vytvořily tři rozdílné alternativní konceptualizace individuální kvality života, což vedlo k vytvoření tří odlišných forem jejího měření:

1. **Kvalita upravených let životem (QALY)**⁵ představuje produkt vytvořený ekonomickými vědami v součinnosti s medicínskými. Vyjadřuje výsledek určitého

⁵ QALY = Quality-Adjusted Life Years

léčebného postupu v podobě počtu let, o která se díky tomuto postupu prodloužil život a která jsou standardizována vzhledem k jejich kvalitě (Slováček a kol., 2004).

2. **Subjektivní pohoda** (SWB)⁶ je produktem věd sociálních a psychologických. Jedná se o kladné kognitivní a emocionální vyhodnocení kvality vlastního života.

3. **Kvalita života související se zdravím** (HRLQ)⁷ jako produkt medicínských věd. Je využíván zejména v oblasti sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka (Slováček a kol., 2004).

Při posuzování celkové kvality života se bere zřetel na individuální celkovou spokojenost člověka se životem a pocit osobní spokojenosti, pohody. Přístupy k zjištění dat mohou být velmi rozdílné (podrobněji v kapitolách metody a nástroje měření kvality života). Vzhledem k individuálnímu způsobu, jakým jednotlivý nemocný posuzuje svoji pohodu či spokojenost, je nutné, aby otázky celkové kvality života vždy posuzoval pacient a ne lékař. Na druhé straně, určení závažnosti onemocnění, které ovlivňuje kvalitu života, může nejlépe zodpovědět lékař, protože odpověď na tuto otázku zahrnuje klinické vyšetření a posouzení stavu a nevyžaduje hodnocení ostatních domén kvality života. Posouzení kvality života vyžaduje vždy získání informací od pacienta, aby bylo jisté, že pacientův pohled je součástí hodnocení (Petr, 2004).

Hnilica (2005) uvádí, že se opakovaně potvrzuje rozdíl mezi pohlavími: muži mají lepší kvalitu života než ženy a v souvislosti s věkem se zhoršuje kvalita žen výrazněji než u mužů.

Metody měření kvality života

Metod, kterými se měří kvalita života, je velké množství, Křivohlavý je rozděluje do tří skupin:

- 1) Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu **hodnotí druhá osoba** (objektivní).
- 2) Metody měření kvality, kde **hodnotitelem je sama daná osoba** (subjektivní).
- 3) Metody **smíšené**, vzniklé kombinací předchozích (Křivohlavý, 2002).

⁶ SWB = Subjective Well-Being

⁷ HRQoL = Health Related Quality of Life

Metody objektivní (externí kritéria v pojetí a hodnocení QoL) v prvopočátku souvisely zejména s mapováním života lidí starých a chronicky nemocných. Předchůdcem metod měření kvality života byly tzv. Rejstříky zdravotního stavu pacienta (Health State = HS) a jejich zdokonalená forma tzv. Profily zdravotního stavu pacienta (Health State profiles = HSP). Šlo v nich o pokus nastínit zdravotní stav pacienta, viděného z pohledu lékaře a obecně fyziologického hlediska. Tyto metody vycházejí z předpokladu, že „vážnost“ onemocnění je možné usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu „normálního“. Takto se měří odchylky od všech abnormálních fyziologických funkcí a výsledek se vyjadřuje číselně (Křivohlavý, 2002).

Příklady objektivních metod (Křivohlavý):

APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System)⁸

- Pokouší se vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii.

PSI (Performance Status Index) tzv. **Karnofsky index**

- Jeho autory jsou Karnofsky a Burchenal (1949). Původně byl vytvořen pro hodnocení paliativní léčby u pacientů s rakovinou plic.
- Index stanový lékař, kterým vyjadřuje názor na celkový zdravotní stav.

VAS (Visual Analogue Scale)

- Viditelné odstupňování celkového stavu kvality života pacienta.
- Jedná se o vidění kvality života pacienta jako jeho celkového stavu, nikoliv souboru jeho zdravotních problémů.

ILF (QL Index ILF) - Index kvality života

- Metoda, která zavedla slovně formulovaná kritéria - např.: sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí, bolest pacienta, sociální opora pacienta atd..

QL Index (Spitzer Quality of live Index)

⁸ APACHE II = Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu

Tyto způsoby hodnocení kvality života druhými lidmi vykazovaly někdy značné rozdíly v tom, jak kvalitu svého života hodnotil sám pacient. Z tohoto důvodu se hledaly jiné možnosti a objevila se cesta hodnocení kvality života tak, jak ji subjektivně vnímá ten, kterého se měření osobně týká (Křivohlavý, 2002).

Metody subjektivní (interní kritéria v pojetí a hodnocení QoL) vychází z předpokladu, že naše myšlenky a činy jsou důsledkem našich osobních představ. V úvahu se při tom bere celkový stav pacienta tak, jak je tímto pacientem viděn a hodnocen. Dá se říci, že kvalita života je tak měřena nepřímou, že se na ní usuzuje z celkové míry spokojenosti dané osoby (Křivohlavý, www.volny.cz/j.krivohlavy).

Metoda SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)⁹

- Základem je zjištění podstatných, nejdůležitějších aspektů kvality života v daném životním období, životních témat, cílů nebo podnětů k životu (cues).
- Jednotlivé kroky SEIQoL ukazuje obr. č. 5 (Gurková, 2011)
- Jde o způsob zjišťování kvality života, který vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co považuje za důležité. Mezi nejčastější uváděné podněty patří zdraví, rodina, práce, finance, vzdělání, víra (Křivohlavý, 2002).

SQUALA (Subjective Quality of Live Analysis)

- Jedná se o sebesposuzovací dotazník, hodnotí, nakolik je člověk spokojen nebo nespokojen s oblastmi života, které považuje za důležité.
- Vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb, takže v sobě zahrnuje i takové oblasti života, jako jsou vnitřní hodnoty – např. prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti, což jsou prožitky zohledňující maximální možnou míru subjektivity, ze které je nutno při měření kvality života také vycházet (Svobodová, 2009).

Metody smíšené jsou kombinací metod objektivních a subjektivních.

Příkladem mohou být metody MANSA a LSS.

⁹ SEIQoL = Program individuálního hodnocení kvality života

MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)¹⁰

- Vypracovaná univerzitou v Manchesteru. Jde o měření kvality života tím způsobem, že se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života (Křivohlavý, 2002).
- Cílem je vytvoření přesného obrazu kvality života dané osoby v dané chvíli (Svobodová, 2009).
- Tato metoda má variaci zvanou LQoLP¹¹, v jejím rámci je rozpracována metodika LSS (Křivohlavý, 2002).

LSS (Life Satisfactory Scale)¹²

- Škála životního uspokojení, která hodnotí nejen celkovou spokojenost se životem, ale i řadu dalších dimenzí (Svobodová, 2009).

Nástroje měření kvality života

Nástroji k hodnocení kvality života standardizovaným způsobem jsou dotazníky kvality života, které kvantifikují dopad nemoci na člověka a dopad vlastní léčby na běžný život nemocného (Němec a kol., 2009).

V praxi je vytvořena celá řada dotazníků k zjišťování kvality života, přičemž jejich psychometrická výpovědní hodnota a spolehlivost byly testovány podle současných standardů měření zdraví. Základní oblasti vyšetřované v dotaznících jsou fyzikální funkce (mobilita, soběstačnost, zrak, sluch, kontinence), emocionalita (deprese, lítostivost, pocit strachu ...), sociální funkce (vztahy v rodině, k okolí, náplň volného času ...), práce, domácí práce, nakupování, bolest, spánek a jeho kvalita, symptom specifické pro dané onemocnění (Slováček a kol., 2004).

Dotazníky lze rozdělit do dvou základních skupin:

1. Generické (obecné) dotazníky
2. Specifické dotazníky.

¹⁰ MANSA = krátký způsob hodnocení kvality života

¹¹ LQoLP = Lancashire Quality of Life Profile

¹² LSS = Škála spokojenosti

Generické dotazníky - zahrnují měření schopností v jednotlivých oblastech a profily zdraví jedince. Tyto nástroje jsou multidimenzionální, pokrývají velké množství oblastí a mohou být použity na osoby s různým zdravotním stavem. Jejich nedostatkem je nízká citlivost v některých oblastech měření a při hodnocení specifických změn (Svobodová, 2009). Hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na pohlaví, onemocnění, věk.

K nejznámějším a nejvíce používaným generickým dotazníkům patří SIP¹³, NHP¹⁴, SF-36¹⁵, WHOQoL-BREF¹⁶, Euro-QoL verze EQ-5D¹⁷, PGWB¹⁸.

Specifické dotazníky - se zaměřují na aspekty, které jsou považovány za klíčové pro danou oblast měření. Tyto mohou být specifické pro danou populaci, schopnost nebo podmínky. Hlavní výhoda spočívá v tom, že mají úzkou specifikaci a citlivě zhodnotí danou oblast, jsou tedy mnohem přesnější než obecné nástroje (Svobodová, 2009). Někdy může být jejich součástí i generický dotazník, například součástí dotazníku KDQoL¹⁹ je generický dotazník SF-36 (Slováček a kol., 2004). Gurková (2011) uvádí, že mnohé studie potvrzují, že nástroje obsahující specifické subškály vycházející z podmínek vlivu a požadavků konkrétního onemocnění, dosahují větší citlivost měření v porovnání s použitím generických nástrojů. Při měření kvality života pacientů se specifickým onemocněním je proto vhodnější využít dostupné specifické nástroje měření kvality týkající se konkrétního onemocnění.

Pro potřeby měření kvality života pacientů s onemocněním pohybového aparátu byly vytvořeny specifické dotazníky v konceptu HRQoL. Jedná se například o dotazníky zaměřené na měření zdravotního /funkčního stavu pacientů s revmatoidní

¹³ SIP = Sickness Impact Profile – hodnotí zejména efektivnost terapie (136 položek reprezentující denní aktivity rozdělené do 12 subškál. Výsledkem jsou dvě hlavní 2 kategorie – fyzická a psychosociální).

¹⁴ NHP = Nottingham Health Profile – vytvořený na měření tělesného, sociálního a psychického distresu (38 položek, 6 subškál).

¹⁵ SF-36 = Short Form, zkrácená verze o 36 otázkách – využití v klinické praxi, pro účely farmakologických analýz, hodnocení zdravotního stavu (36 položek, 8 subškál, 2 hlavní kategorie – fyzická, psychická)

¹⁶ WHOQoL-BREF = World Health Organization Quality of Life Assessment – zkrácená verze WHOQoL-100, pro potřeby klinické praxe (26 položek, 4 subškály).

¹⁷ Euro-QoL verze EQ-5D = European Quality of Life Questionnaire – Versio EQ-5D – hodnocení zdravotního stavu, hodnotí dva ukazatele – objektivní a subjektivní. Objektivní zahrnuje 5 položek, výstupem je EQ-5D index (dimenze kvality života). Subjektivní zahrnuje vizuální analogovou škálu, výstupem je EQ-5D VAS (subjektivní zdravotní stav).

¹⁸ PGWB = Psychological General Well-Being Index – představuje unidimenzionární soubor 68 položek, které reprezentují intrapersonální, afektivní nebo emocionální stavy, reflektující aktuální stav subjektivní pohody nebo distresu.

¹⁹ KDQoL = Kidney Disease Quality of Life = Kvalita života s chronickým selháním ledvin

artritidou – AIMS2²⁰ nebo pacientů s osteoporózou - OPTQoL²¹, QUALIOST²², QUALEFFO²³ (Gurková, 2011).

1.6.5 Kvalita života podmíněná zdravím

Janečková, Hnilicová (2009, str.72) uvádí: *“Hovoříme-li o kvalitě života v souvislosti se zdravím, pak jde o výraz označující subjektivní, velmi individuální, mnohovrstevný pocit člověka, který je spojován s prožitkem životní spokojenosti, štěstí i zdraví ve všech jeho rovinách, jak je chápe definice SZO. Subjektivní kvalita se týká míry naplnění životního smyslu. Nejde jen o objektivní zdravotní stav jedince a o objektivní podmínky pro jeho zachování a rozvoj, ale především o vlastní prožívání života s nemocí či postižením”*.

Kvalita života podmíněná zdravím (HRQoL) byla v rámci zdravotní péče vytvořena pro účely ekonomických a klinických analýz. K rozvoji konceptuálních modelů HRQoL došlo zejména v 90 letech, kdy bylo využíváno velké spektrum generických i specifických nástrojů měření HRQoL. V současné době je v rámci širokého spektra onemocnění dostupný velký výběr nástrojů na měření (internetová databáze PROQOLID registrovala cca 667 nástrojů souvisejících s HRQoL). Specifickým prvkem HRQoL je kontextuální aspekt, kterým je zdraví jako zásadní proměnná kvality života (Gurková, 2011). HRQoL lze chápat jako tu část života, která je prvotně určována zdravím jedince a zdravotní péčí, která může být ovlivněna klinickými intervencemi. V praxi je zejména využívána v oblasti sledování vlivu nemoci a její léčby na jedince (Slováček a kol., 2004).

HRQoL je používána hlavně v medicínských oborech. Zdraví a nemoc představují základní předpoklady kvality života tzn., že se v rámci HRQoL hodnotí jejich vliv na domény života. U dlouhodobě nemocných bylo prokázáno, že zhoršený zdravotní

²⁰ AIMS2 = Arthritis Impact Measurement Scale2 – škála měření dopadu onemocnění kloubů na tělesnou, psychickou a sociální pohodu (12 škál skórované v rozsahu 0-10).

²¹ OPTQoL = Osteoporosis Targeted Quality of Life Questionnaire – určený pro hodnocení dopadu osteoporózy na kvalitu života žen v peri- a postmenopauzálním období (32 položek charakterizujících těžkosti žen v tomto období).

²² QUALIOST = The quality of Life questionnaire in Osteoporosis – obsahuje 2 subškály: fyzickou a emocionální oblast

²³ QUALEFFO = Quality of Life questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis – byl využit ve sledování kvality života žen se zlomeninou a bez zlomeniny obratlů.

stav negativně ovlivňuje všechny oblasti lidského života (Siverová, Bužgová, 2010). HRQoL lze charakterizovat třemi znaky a to: *subjektivitou* (subjektivní vnímání či hodnocení vlivu na zdraví, dopadu onemocnění/léčby), *multidimenzionálností* (vnímání/hodnocení fyzických, psychických funkcí i sociálních vztahů) a *determinací zdravím, vazbou na zdraví* (Gurková, 2011).

Ke zjišťování a hodnocení HRQoL slouží dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Dotazníky lze rozdělit do tří skupin:

1. *Typ Global assesement* (všeobecné, generální zhodnocení kvality života, většinou však nelze identifikovat postižení v jednotlivých doménách),
2. *Typ Generic* (umožňuje demonstrovat podobnosti či rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami) např. dotazníky SF-36, SIP, TTO²⁴
3. *Typ Specific* (specifický pro určitou nemoc, hodnotí kvalitu a vývoj stavu nemoci v čase) např. dotazník. RFIPC²⁵. Všechny tyto nástroje jsou vytvořeny tak, aby je mohl mohl pacient vyplňovat sám (Petr, 2004).

U chronických onemocnění se hodnocení kvality života – HRQoL stává jedním z rozhodujících faktorů při přijímání zásadních rozhodnutí o léčbě a o celkovém přístupu k pacientovi (Kalová a kol. 2005). Právě k odhalení míry postižení v jednotlivých oblastech života pacienta mohou být tyto metody nápomocny a takto zjištěné informace mohou odborníky lékaře obohacovat o potřeby pacientů a tak mohou přispívat ke zkvalitnění péče (Němec a kol, 2009).

Janečková, Hnilicová (2009) uvádí, že v péči o zdraví nejde pouze o odstranění symptomů choroby nebo o prodloužení života, ale o kvalitu života, kterou člověk zdravotnickou intervencí získává.

²⁴ TTO = Time Trade-Off, umožňuje hodnotit zejména dopadna pracovní schopnost a soběstačnost

²⁵ RFIPC = Rating Form of IBD Patients Concerns

2 Cíle práce a hypotézy

Cílem práce bylo zjistit vliv lázeňské péče na kvalitu života a spotřebu léků u pacientů s onemocněním pohybového aparátu ve věkové skupině 35 až 50 let a zjištěné výsledky porovnat s evropským standardem kvality života podmíněné zdravím - HRQoL. Touto problematikou se zabývala v roce 2003 skupina autorů Kalová Hana, Bican Jaroslav, Sukdolová Markéta, Faltusová Kamila, Petr Petr a v roce 2009 Moravcová Marta v rámci své diplomové práce. Obě studie prokázaly příznivý vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků v lázních Třeboň. Tato práce má navázat na výše zmíněné studie a porovnat zjištěné výsledky u daného souboru pacientů.

2.1 Cíle práce

V rámci této práce byly stanoveny tyto základní cíle:

Cíl č. 1:

Zjistit vliv lázeňské léčby na kvalitu života pacientů s onemocněním pohybového aparátu ve věkové skupině 35 až 50 let.

Cíl č. 2:

Monitorovat vliv lázeňské léčby na spotřebu léků.

2.2 Stanovené hypotézy

Ze stanovených cílů práce byly odvozeny dvě základní hypotézy.

Hypotéza č. 1:

Lázeňská léčba má příznivý vliv na kvalitu života u pacientů ve věku od 35 do 50 let s onemocněním pohybového aparátu.

Na základě již provedených studií lze předpokládat, že odborná komplexní lázeňská péče zlepší kvalitu života pacientů s onemocněním pohybového aparátu ve všech sledovaných oblastech života.

Hypotéza č. 2:

Lázeňská léčba snižuje spotřebu léků ve sledované skupině pacientů.

Komplexní lázeňská péče u pacientů s onemocněním pohybového aparátu dle dostupných informací snižuje bolestivost, a proto lze předpokládat snížení spotřeby léků ve skupině analgetika, antipiretika a nesteroidní antiflogistika.

3 Metodika práce

Data byla sebrána metodou dotazování - technikou standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím (HRQoL).

Dotazník SF-36 byl vytvořen autorským kolektivem Ware et al. (1992). Nástroj hodnotí kvalitu života napříč věkovým složením, různorodostí onemocnění a typem léčby. Velkou výhodou tohoto dotazníku je existence normování, která zaručuje možnost srovnání s jinými vzorky pacientů po celém světě. Ve Velké Británii v Oxfordu byla v letech 1991/1992 provedena studie Oxford Healthy Life Survey, která zajistila pro dotazníkový nástroj SF-36 normativní reprezentativní data pro evropskou populaci. Evropský normál výsledků 8 domén HRQoL v metodě SF-36 ukazuje Tabulka 1.

Tabulka 1 - Evropský normál výsledků v metodě SF-36

Doména	Normal Oxford
Fyzické funkce	88,40
Fyzické omezení rolí	85,82
Emoční omezení rolí	82,93
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	88,01
Bolest	81,49
Duševní zdraví	73,77
Vitalita	61,13
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	73,52
n = 8883 – 9219 (Oxford Healthy Life Survey)	

Zdroj: PETR, P. *Kvalita života v balneologii*, České Budějovice: INPRESS, 2004. 118 s. ISBN 80-903427-1-X.

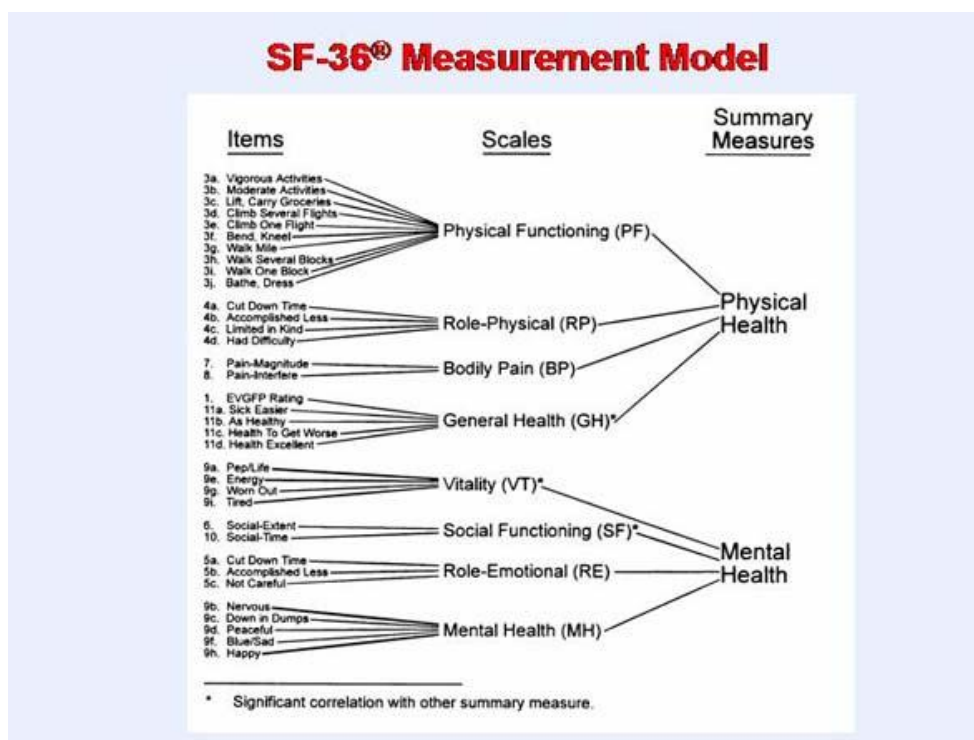
Dotazník SF-36 obsahuje 36 položek a vztahuje se postupně k 8 doménám:

1. Fyzické funkce – Physical Functioning
2. Fyzické omezení rolí – Role Physical
3. Emoční omezení rolí – Role Emotional

4. Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí – Social Functioning
5. Bolest - Bodily Pain
6. Duševní zdraví – Mental Health
7. Vitalita - Vitality
8. Všeobecné vnímání vlastního zdraví – General Health.

Níže uvedené schéma ukazuje konstrukci dotazníku SF-36. Taxonomie dotazníku má tři úrovně, a to:

1. jednotlivé položky (36 otázek),
2. osm domén, které shromažďují dvě až deset položek,
3. dvě souhrnné položky – mentální zdraví a fyzické zdraví.



Zdroj: SF-36. [online]. SF-36®. Dostupné z: www.sf-36.org/tools/sf36.shtml#CONSTRUCT

3.1 Zkoumaný soubor

Výběrový soubor tvořili pacienti s onemocněním pohybového aparátu ve věku od 35 let do 50 let, kteří byli v době sběru dat klienty Bertiných lázní Třeboň. Respondenti podstoupili komplexní či příspěvkovou lázeňskou péči.

Bylo získáno 38 plně hodnotitelných dotazníků z celkového počtu 48, tj. 79 %.

3.2 Technika sběru dat

Sběr dat proběhl metodou dotazování technikou standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím. Data byla sbírána v době od března 2011 do ledna 2012.

Respondenti byli vyšetřeni před balneací, tj. bezprostředně po nástupu do Bertiných lázní Třeboň, a poté 3 měsíce po skončení balneace, metodou "postal survey", tj. bez asistence odborného personálu, jako nekorigované, neinspirované a dotazy nepodněcované vlastní posouzení respondenta.

Údaje z dotazníků byly konvertovány do elektronické podoby pořizovačem dat SF-36. Skórování a vyhodnocení jednotlivých dotazníků pro všech 8 domén bylo zajištěno Katedrou veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU. Získané výsledky před a 3 měsíce po balneaci byly porovnány s evropským normálem a pak vzájemně mezi sebou. Dosažené výsledky byly zhodnoceny i z hlediska gender.

Výsledky byly vyjádřeny procentuálně (stav po balneaci byl vyjádřen jako procenta stavu před balneací, kvalita života žen byla vyjádřena jako procenta kvality života mužů).

Výsledky byly statisticky hodnoceny u-testem - modifikace Studentova t-testu. Statistická významnost byla hodnocena na 5% hladině významnosti.

Výsledky jsou uvedeny v následující kapitole.

4 Výsledky práce

V této části jsou prezentovány a vyhodnoceny výsledky získané z výzkumu provedeného u pacientů s onemocněním pohybového aparátu ve věku od 35 do 50 let, kteří byli v době sběru dat klienty Bertiných lázní Třeboň.

4.1 Počet šetřených mužů a žen

Tabulka 2 udává přehled respondentů, zastoupení pohlaví a jejich průměrný věk.

Tabulka 2 - Počet šetřených mužů a žen, průměrný věk

Records	Počet Count (n)	Průměrný věk Average Age
Celkem Summary	38	44,3
Muži Male	11	41,2
Ženy Female	27	45,5

Celkem bylo hodnoceno 38 respondentů, z toho 11 mužů a 27 žen. Průměrný věk všech respondentů byl 44,3 let, u mužů činil 41,2 let, u žen 45,5 let.

4.2 Vyhodnocení dotazníků

Vyhodnocení dotazníků, které byly použity pro konečné zhodnocení výsledků viz Příloha 1.

4.3 Výsledky

Tabulka 3 - Porovnání výsledků souboru BL před balneací s Oxfordem

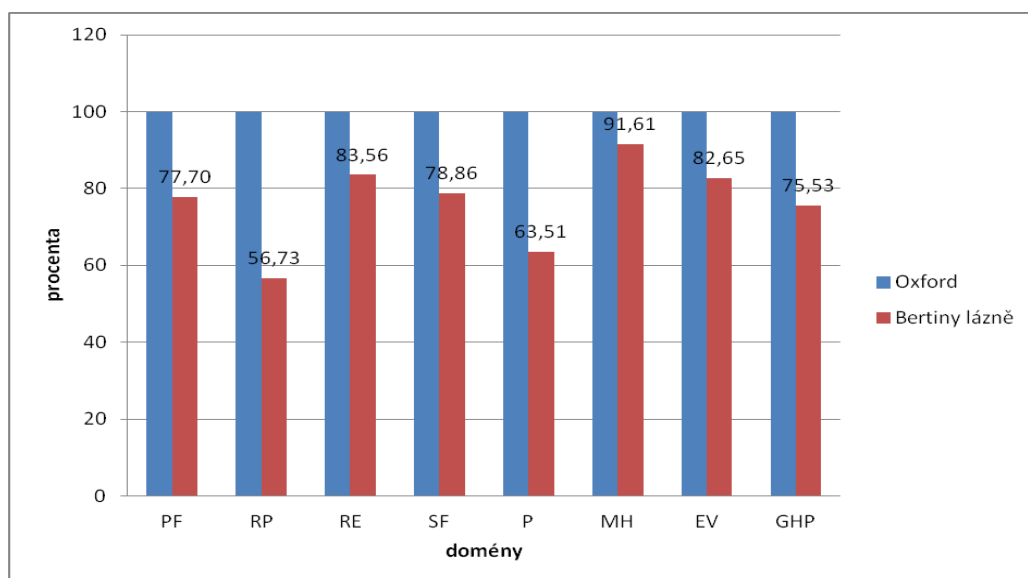
Speciment	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
Bertiny lázně (n = 38)	68,68	48,68	69,30	69,41	51,75	67,58	50,53	55,53
Oxford	88,4	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
%	77,70	56,73	83,56	78,86	63,51	91,61	82,65	75,53
u	6,81	6,84	2,27	5,84	8,62	1,86	3,10	4,95

u – kritická hodnota = 1,67

pozn. pokud **u** větší než 1,67 platí, že rozdíl je statisticky významný

V Tabulce 3 jsou uvedeny dosažené hodnoty jednotlivých domén kvality života souboru respondentů Bertiny lázně před balneací, hodnoty evropského normálu (Oxford) a jejich procentické vyjádření. Sledované hodnoty ve všech doménách u souboru respondentů Bertiny lázně nedosahují evropského normálu. Rozdíly u všech domén jsou statisticky významné. Srovnání stavu je vyjádřeno v Grafu 1.

Graf 1 – Porovnání stavu souboru BL před balneací a Oxfordu (%)



Tabulka 4 - Porovnání výsledků souboru BL po balneaci s Oxfordem

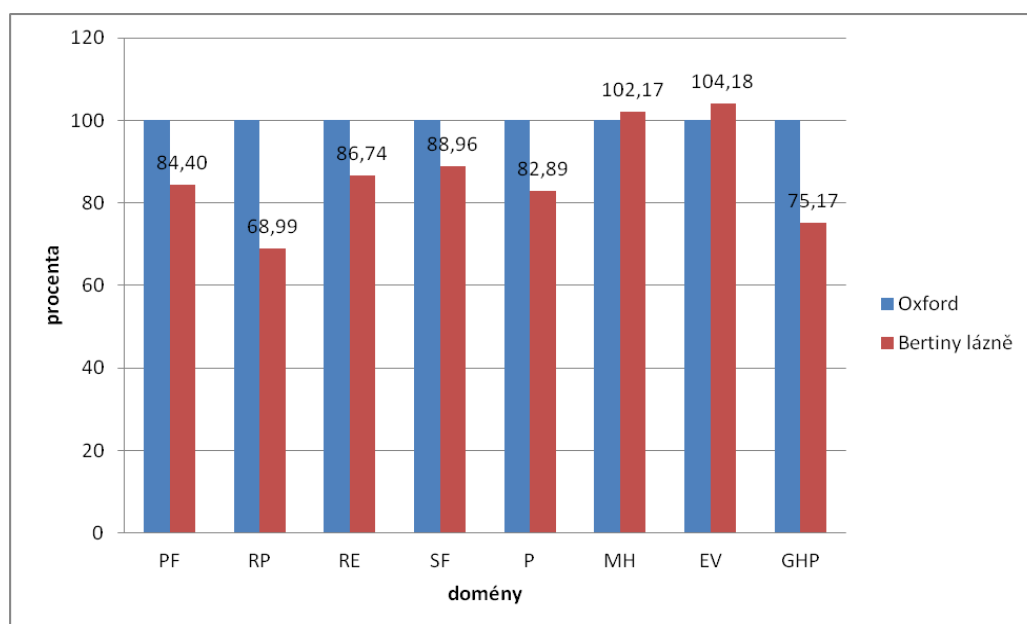
Speciment	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
Bertiny lázně (n = 38)	74,61	59,21	71,93	78,29	67,54	75,37	63,68	55,26
Oxford	88,4	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
%	84,40	68,99	86,74	88,96	82,89	102,17	104,18	75,17
u	5,12	5,01	2,18	3,15	4,65	0,55	1,04	5,14

u – kritická hodnota = 1,67

pozn. pokud **u** větší než 1,67, platí, že rozdíl je statisticky významný

V Tabulce 4 jsou uvedeny dosažené hodnoty jednotlivých domén kvality života pro soubor respondentů Bertiny lázně po balneaci, hodnoty evropského normálu (Oxford) a jejich procentické vyjádření. Sledované hodnoty v šesti doménách u souboru respondentů Bertiny lázně nedosahují evropského normálu a jsou statisticky významné. V doménách mentální zdraví a vitalita evropský normál mírně převyšují. V Grafu 2 je znázorněno srovnání stavu v jednotlivých doménách po balneaci a evropského normálu.

Graf 2 - Porovnání stavu souboru BL před balneací a Oxfordu (%)



Tabulka 5 - Porovnání výsledků souboru BL před a po balneaci

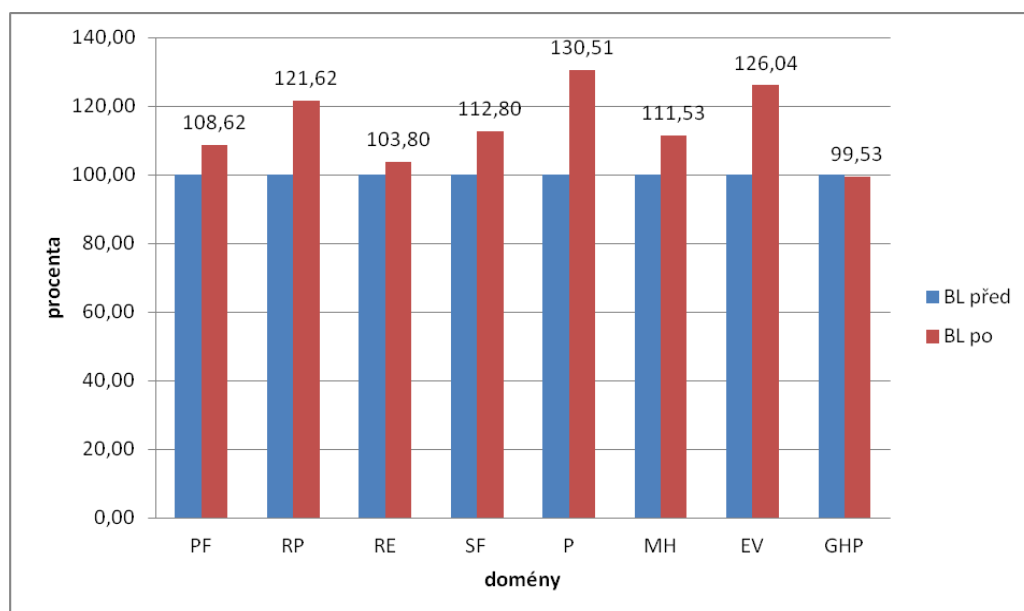
Specimen Bertiny lázně	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
před balneací	68,68	48,68	69,30	69,41	51,75	67,58	50,53	55,53
po balneaci	74,61	59,21	71,93	78,29	67,54	75,37	63,68	55,26
%	108,62	121,62	103,80	112,80	130,51	111,53	126,04	99,53
u	1,50	1,39	0,34	2,01	3,46	1,76	3,13	0,05

u – kritická hodnota = 1,67

pozn. pokud **u** větší než 1,67 platí, že rozdíl je statisticky významný

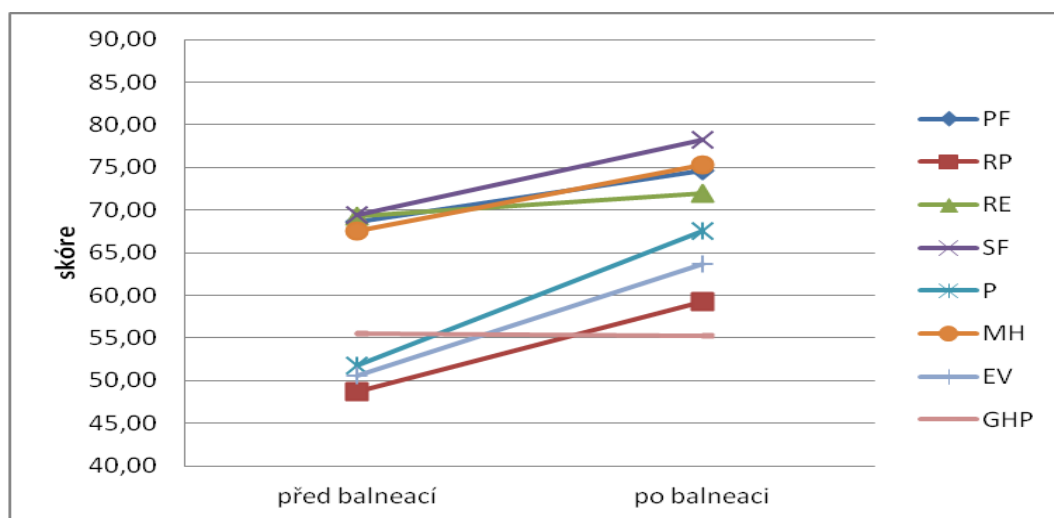
Tabulka 5 uvádí dosažené hodnoty jednotlivých domén kvality života souboru respondentů Bertiny lázně před balneací, 3 měsíce po balneaci a jejich procentické vyjádření. Výsledky respondentů 3 měsíce po balneaci jsou prokazatelně vyšší v sedmi doménách s výjimkou domény všeobecné vnímání vlastního zdraví. Rozdíly u domén fyzické a emoční omezení rolí, bolest, mentální zdraví a vitalita jsou statisticky významné. Procentní změny před a po balneaci ukazuje Graf 3.

Graf 3 - Procentní změny hodnot před a po balneaci u souboru BL (%)

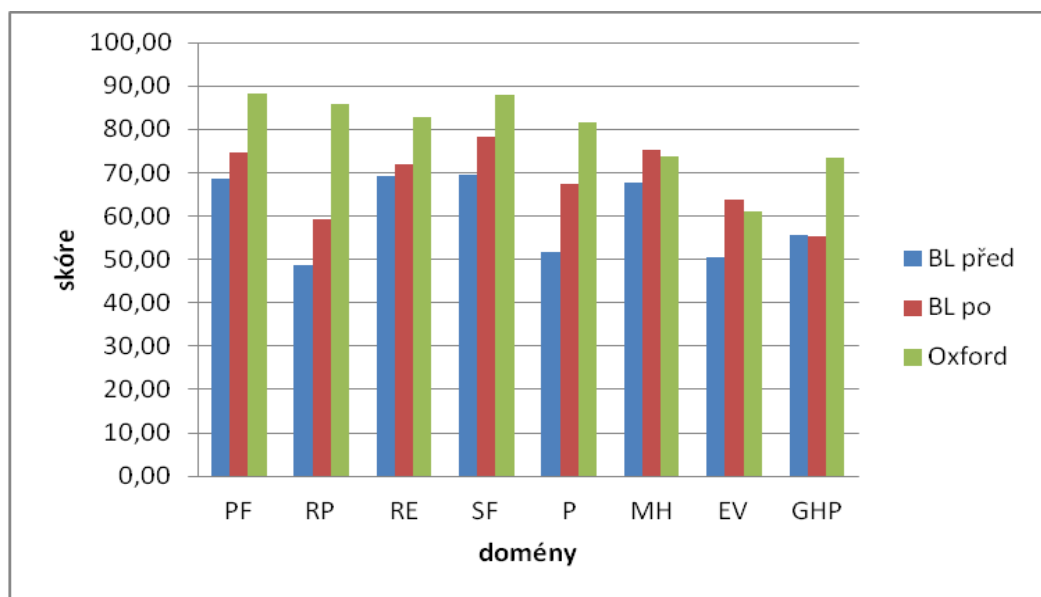


Graf 4 znázorňuje hodnocení všech osmi domén souboru respondentů Bertiny lázně před balneací a 3 měsíce po balneaci a Graf 5 ukazuje srovnání výsledků souboru respondentů Bertiny lázně před balneací a 3 měsíce po balneaci a evropského normálu (Oxford).

Graf 4 - Hodnocení jednotlivých domén souboru BL



Graf 5 - Porovnání výsledků souboru BL před a po balneaci a Oxfordu



Tabulka 6 - Porovnání výsledků skupiny žen před a po balneaci

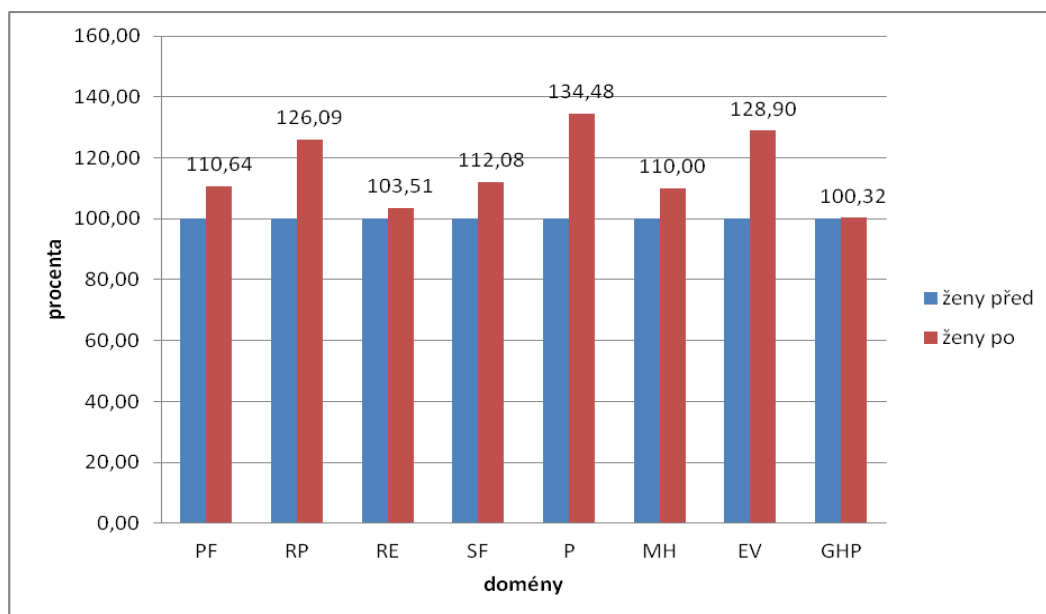
Specimen Bertiny lázně ženy	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
před balneací	66,11	42,59	70,37	68,98	47,74	68,15	48,70	57,41
po balneaci	73,15	53,70	72,84	77,31	64,20	74,96	62,78	57,59
%	110,64	126,09	103,51	112,08	134,48	110,00	128,90	100,32
u	1,70	1,23	0,27	1,59	3,68	1,32	2,97	0,03

u – kritická hodnota = 1,67, $n = 27$

pozn. pokud **u** větší než 1,67 platí, že rozdíl je statisticky významný

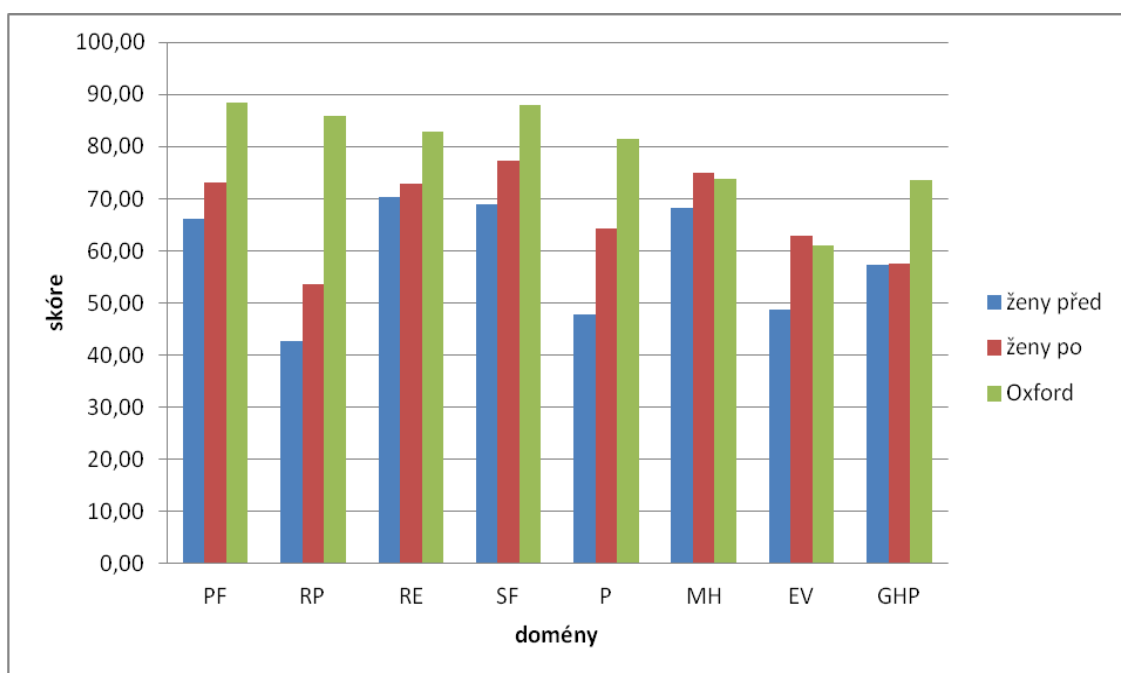
V tabulce 6 jsou uvedeny výsledné hodnoty skupiny žen souboru Bertiny lázně v jednotlivých doménách kvality života před balneací, 3 měsíce po balneaci a jejich procentické vyjádření. Výsledky ukazují prokazatelné zlepšení ve všech sledovaných doménách. V doméně fyzické funkce, bolest a vitalita dosáhly rozdíly statistické významnosti. Graf 6 vyjadřuje procentní změny sledovaných hodnot.

Graf 6 - Procentní změny hodnot před a po balneaci u skupiny žen (%)



Srovnání výsledků skupiny žen souboru Bertiny lázně před balneací, po balneaci a výsledků souboru Oxford uvádí Graf 7.

Graf 7- Porovnání výsledků skupiny žen před a po balneaci a Oxfordu



Stav před balneací u skupiny žen Bertiny lázně prokazatelně nedosahuje normálu (Oxfordu), zejména v doméně fyzické omezení rolí. Po balneaci v doménách mentální zdraví a vitalita stav normálu převyšuje.

Tabulka 7 - Porovnání výsledků skupiny mužů před a po balneaci

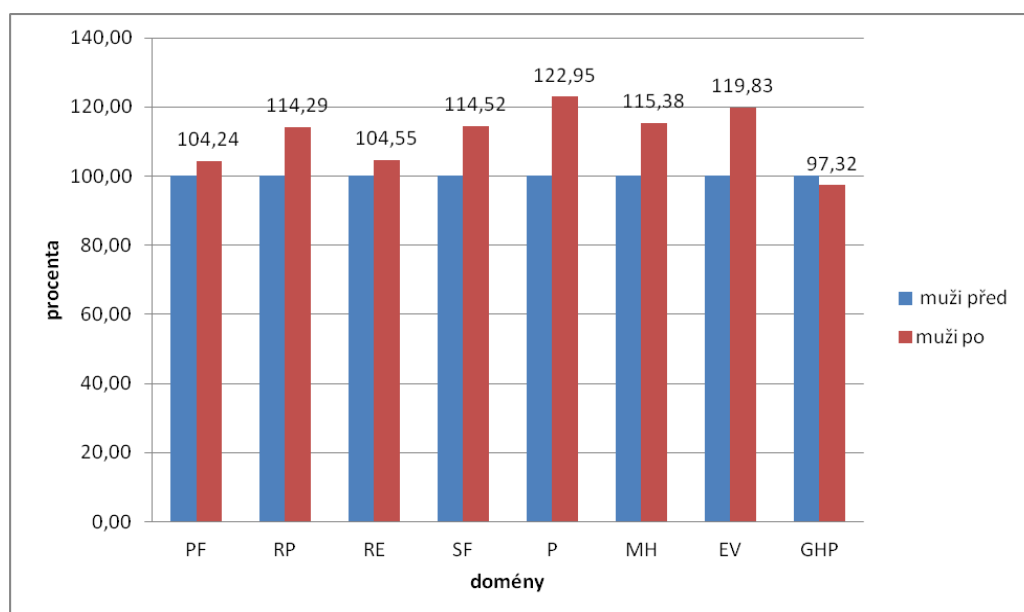
Specimen Bertiny lázně muži	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
před balneací	75,00	63,64	66,67	70,45	61,62	66,18	55,00	50,91
po balneaci	78,18	72,73	69,70	80,68	75,76	76,36	65,91	49,55
%	104,24	114,29	104,55	114,52	122,95	115,38	119,83	97,32
u	0,37	0,76	0,20	1,26	1,37	1,19	1,28	0,14

u – kritická hodnota = 1,72, n = 11

pozn. pokud **u** větší než 1,72 platí, že rozdíl je statisticky významný

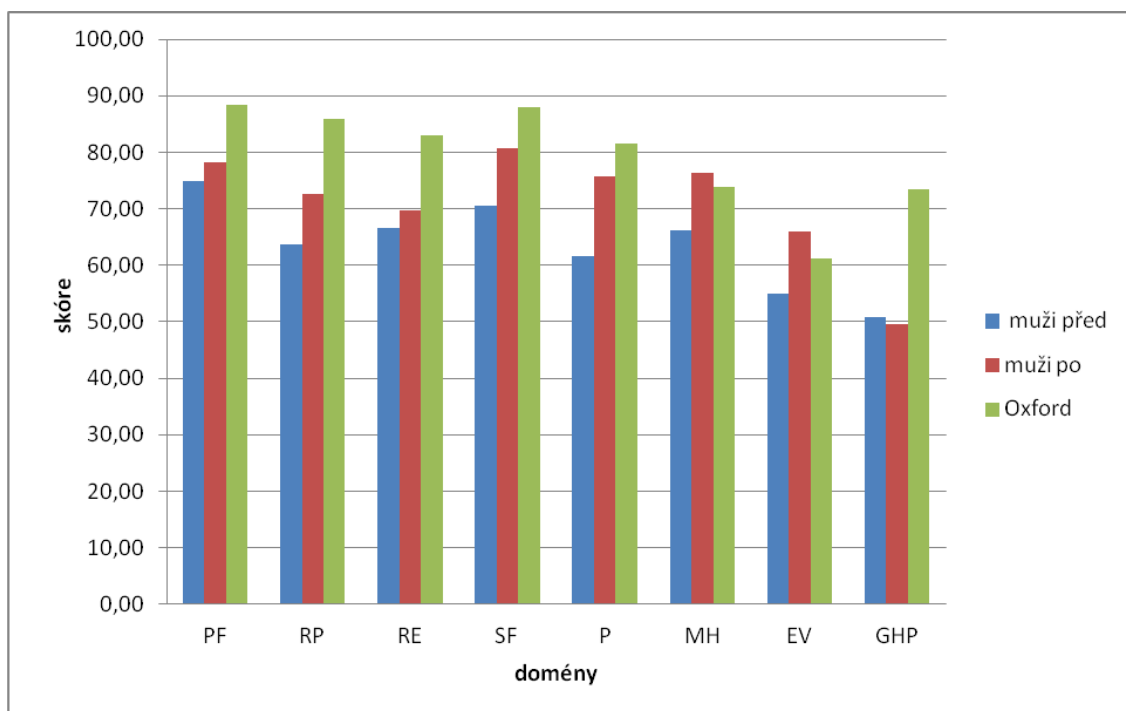
Tabulka 7 uvádí výsledné hodnoty skupiny mužů souboru Bertiny lázně v jednotlivých doménách kvality života před balneací a 3 měsíce po balneaci včetně procentického vyjádření. Výsledky prokazují zlepšení kvality života po balneaci v sedmi sledovaných doménách, rozdíly jsou však statisticky nevýznamné. V doméně všeobecné vnímání vlastního zdraví došlo po balneaci k mírnému poklesu hodnot. Graf 8 vyjadřuje procentní změny sledovaných hodnot.

Graf 8 - Procentní změny hodnot před a po balneaci u skupiny mužů (%)



Srovnání výsledků skupiny mužů souboru Bertiny lázně před balneací, po balneaci a výsledků souboru Oxford uvádí Graf 9.

Graf 9 - Porovnání výsledků skupiny mužů před a po balneaci a Oxfordu



Stav před balneací u skupiny mužů Bertiny lázně prokazatelně nedosahuje normálu (Oxfordu), nejvýrazněji v doméně všeobecného vnímání vlastního zdraví. Po balneaci v doménách mentální zdraví a vitality stav skupiny mužů normál převýšil.

Tabulka 8 - Porovnání výsledků skupin muži a ženy před balneací

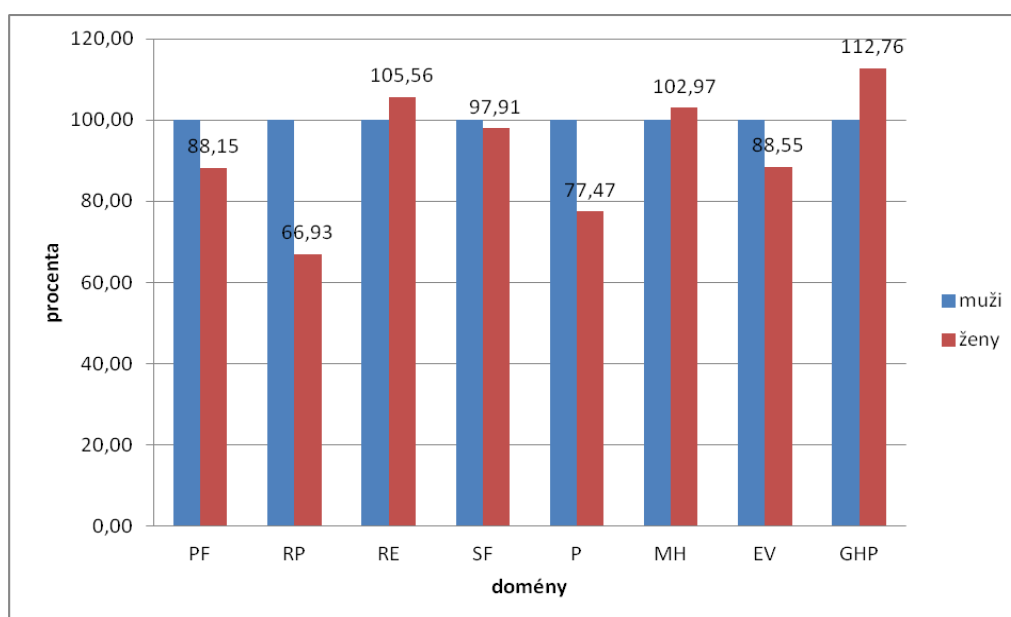
Specimen Bertiny lázně před balneací	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
muži	75,00	63,64	66,67	70,45	61,62	66,18	55,00	50,91
ženy	66,11	42,59	70,37	68,98	47,74	68,15	48,70	57,41
%	88,15	66,93	105,56	97,91	77,47	102,97	88,55	112,76
u	1,23	1,95	0,27	0,21	1,55	0,25	0,79	0,78

u – kritická hodnota = 1,67

pozn. pokud **u** větší než 1,67 platí, že rozdíl je statisticky významný

V Tabulce 8 jsou uvedeny výsledné hodnoty skupiny mužů a skupiny žen souboru Bertiny lázně v jednotlivých doménách kvality života před balneací včetně procentického vyjádření změn. Muži převyšují hodnoty žen v pěti doménách, v doméně fyzické omezení rolí je rozdíl statisticky významný. Ženy převyšují muže v doménách emoční omezení rolí, mentální zdraví a všeobecné vnímání vlastního zdraví. Graf 10 vyjadřuje procentní změny u skupiny žen vůči výchozím hodnotám u skupiny mužů.

Graf 10 - Procentní změny hodnot před balneací u skupiny mužů a žen (%)



Tabulka 9 - Porovnání výsledků skupin muži a ženy po balneaci

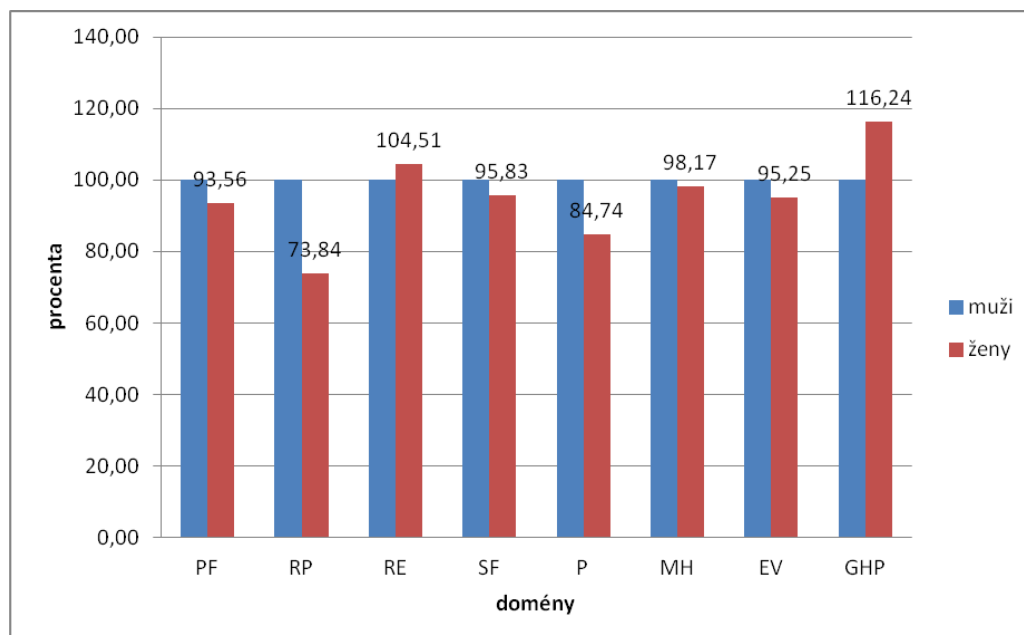
Specimen Bertiny lázně po balneaci	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
muži	78,18	72,73	69,70	80,68	75,76	76,36	65,91	49,55
ženy	73,15	53,70	72,84	77,31	64,20	74,96	62,78	57,59
%	93,56	73,84	104,51	95,83	84,74	98,17	95,25	116,24
u	0,79	1,84	0,29	0,51	1,69	0,22	0,56	1,00

u – kritická hodnota = 1,67

pozn. pokud **u** větší než 1,67 platí, že rozdíl je statisticky významný

V Tabulce 9 jsou uvedeny výsledné hodnoty skupiny mužů a skupiny žen souboru Bertiny lázně v jednotlivých doménách kvality života po balneaci včetně procentického vyjádření změn skupiny žen vůči výchozím hodnotám u skupiny mužů. Muži převyšují hodnoty žen v šesti doménách. Ženy převyšují muže v doménách emoční omezení rolí a všeobecné vnímání vlastního zdraví. Graf 11 vyjadřuje procentní změny.

Graf 11 - Procentní změny hodnot po balneaci u skupiny mužů a žen (%)

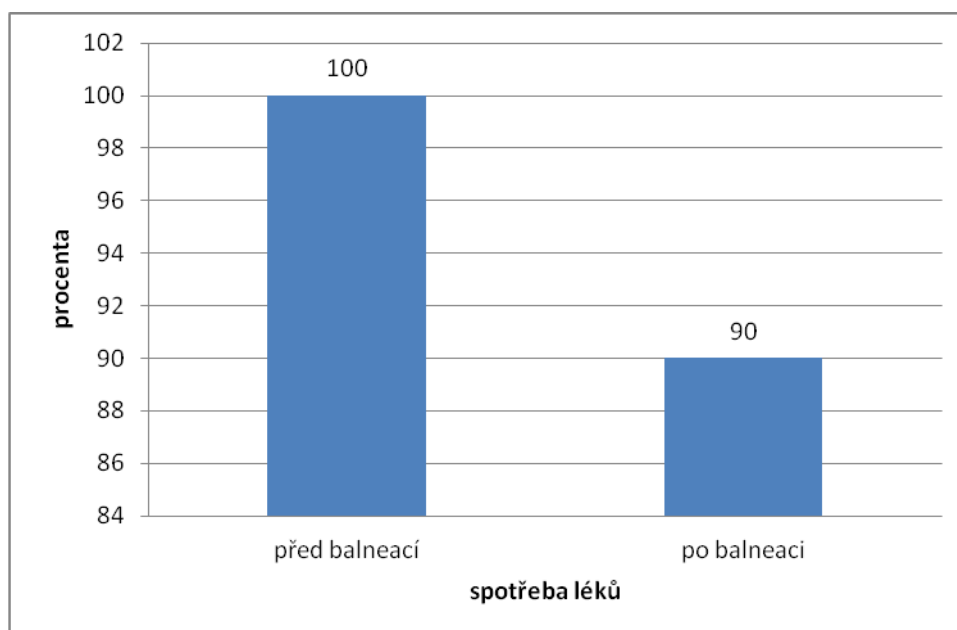


Tabulka 10 - Spotřeba léků u souboru BL

Měření	Průměrná hodnota indexu spotřeby léků $\Sigma \text{DDD} / n$	v %
před balneací	0,40	100
po balneaci	0,36	90

V Tabulce 13 jsou uvedeny hodnoty průměrné spotřeby léků vyjádřené jako definovaná denní dávka na osobu a den ($\Sigma(\text{DDD}/d):n$) před balneací a 3 měsíce po balneaci ze skupiny léků analgetika, antipiretika a nesteroidní antiflogistika. Procentické vyjádření tohoto indexu k výchozímu stavu ukazuje Graf 12.

Graf 12 - Vliv balneace na spotřebu léků u souboru BL (%)



5 Diskuse

Lázeňská léčba je v současné době nedílnou součástí zdravotní péče o pacienta a její úloha je obtížně zastupitelná zejména v léčbě řady chronických onemocnění. Pro svůj komplexní charakter má významný vliv na kvalitu života pacienta každého věku. Mnoho autorů se zabývá výzkumem, měřením a hodnocením kvality života, existuje celá řada metod a konceptů a kvalita života se tímto dostává do popředí zájmu odborné i laické veřejnosti. Výzkum kvality života se v praxi provádí pro vyhodnocení dopadu léčebných intervencí na kvalitu života jedince či skupiny, pro vyhodnocení účelnosti takto vynaložených prostředků a pro srovnání jednotlivých systémů poskytování péče a služeb.

Cílem této práce bylo návázat na předchozí výzkumy vlivu balneologie na kvalitu života a potvrdit příznivý vliv lázeňské léčby na zdravotní stav pacientů s onemocněním pohybového aparátu ve věku od 35 do 50 let. Metoda HRQoL patří k nejvýznamnějším koncepcím pro hodnocení kvality života a je vhodná pro kontrolu efektivnosti vynaložených prostředků v balneologii i tím, že umožňuje kvantifikovat obtížně prokazatelný celkový vliv balneace na zdravotní stav pacienta.

Dotazováním pomocí standardizovaného dotazníkového nástroje SF-36 o kvalitě života podmíněného zdravím bylo možno vyhodnotit skóre kvality života v jednotlivých doménách. Stejná metodika byla použita i u předcházejících studií a je tedy možné porovnat dosažené výsledky s jejich výsledky.

Na základě již provedených výzkumů lze předpokládat, že odborná komplexní lázeňská péče zlepšuje kvalitu života pacientů s onemocněním pohybového aparátu ve všech sledovaných oblastech života a snižuje spotřebu léků ze skupiny analgetika, analgetika-antipyretika a nesteroidní antirevmatika.

Základním předpokladem bylo, že kvalita života u pacientů s onemocněním pohybového aparátu bude nižší než u zdravé populace. Toto bylo potvrzeno srovnáním získaných výsledků sledovaného souboru respondentů Bertiny lázně se stavem zdravé populace, kterou předkládá studie Oxford Healthy Life Survey (hodnoty evropského normálu – viz Tabulka 1, str. 38). Při srovnání výsledků souboru respondentů Bertiny

lázně před balneací (viz Tabulka 3, str. 42) a 3 měsíce po balneaci (viz Tabulka 4, str. 43) s evropským normálem byl potvrzen výše uvedený předpoklad nižší kvality života u pacientů s onemocněním pohybového aparátu, a to před balneací, u všech sledovaných domén. Dosažené rozdíly byly zaznamenány jako statisticky významné. Výjimkou byly domény mentální zdraví a vitalita, kde výsledky 3 měsíce po balneaci lehce převyšují evropský normál. Nejvýraznější rozdíl mezi zdravou populací a pacienty s onemocněním pohybového aparátu byl zaznamenán v doménách fyzické omezení rolí a bolest, vlivem balneace se však tento rozdíl výrazně snížil (viz Graf 5, str. 45). Snížení rozdílu mezi kvalitou života pacientů s onemocněním pohybového aparátu a zdravou populací (popř. převýšení evropského normálu) lze přisuzovat cíleně zaměřené lázeňské léčbě.

Jedním z cílů práce bylo zjistit vliv lázeňské péče na kvalitu života pacientů s onemocněním pohybového aparátu ve věku od 35 do 50 let. Při porovnání výsledků jednotlivých domén kvality života u sledovaného souboru respondentů Bertiny lázně před balneací a 3 měsíce po balneaci se podařilo prokázat zlepšení u sedmi z osmi sledovaných domén (viz Tabulka 5, str. 44). Za významné lze považovat zlepšení kvality života v doméně bolest, které činilo 30 %, v doméně vitalita, kde došlo ke zlepšení o 26 % (viz Graf 3, str. 44) a zároveň mírně přesáhlo hodnotu standardu. V obou výše zmiňovaných doménách byly uvedené rozdíly statisticky významné. Nezanedbatelné není ani zlepšení o 21 % v doméně fyzické omezení rolí. V porovnání s dalšími pracemi se potvrzuje, že po balneaci dochází k nejvýraznějšímu zlepšení v doméně bolest a fyzické omezení rolí, kdy procentické vyjádření činí vždy více než 20 %. Zároveň je třeba konstatovat i mírné zhoršení kvality života po balneaci u domény všeobecné vnímání vlastního zdraví (viz Graf 3, str. 44). Zhoršení v této doméně po balneaci bylo zaznamenáno i ve studii Vlivu balneace v Lázních Bechyně na kvalitu života u onemocnění pohybového aparátu, avšak v ostatních studiích zaznamenává tato doména mírné zvýšení, a to od 2 do 7 % výchozích hodnot. Pokles v této doméně, jak uvádí Petr (2004), může být způsoben návratem do běžného života,

jeho koloběhu, stereotypu a s tím spojených problémů. Člověk pak může měnit úhel pohledu na život i vlastní zdraví.

Na základě zjištěných výsledků a jejich porovnání lze potvrdit hypotézu o příznivém působení lázeňské péče a jejích zdravotně sociálních intervencí na kvalitu života pacientů s onemocněním pohybového aparátu ve věku od 35 do 50 let. Účinek lázeňské léčby nemusí být u všech sledovaných domén dlouhodobý, ale přesto je prokazatelný.

V rámci výzkumu byly zvláště porovnány dosažené výsledky u skupiny žen a skupiny mužů, poté byly výsledky porovnány mezi sebou. Při srovnání výsledků u skupiny žen před balneací a 3 měsíce po balneaci se prokázalo zlepšení ve všech doménách kvality života (viz Tabulka 6, str. 46). K velmi výraznému a statisticky významnému zlepšení došlo v doménách bolest (34 %), vitalita (29 %) a v doméně fyzické omezení rolí, kde je však rozdíl statisticky nevýznamný (viz Graf 6, str. 46). U skupiny mužů se kvalita života zlepšila po balneaci v sedmi doménách (viz Tabulka 7, str. 48), nejvyššího zlepšení bylo dosaženo u domény bolest, a to 23 % (viz Graf 8, str. 48), zjištěné rozdíly byly statisticky nevýznamné. V doméně všeobecné vnímání vlastního zdraví došlo po balneaci k mírnému poklesu, a to pouze o necelé 3 %.

Při vzájemném porovnání dosažených výsledků skupiny mužů se skupinou žen před balneací i po balneaci (viz Tabulka 8, Tabulka 9, str. 50, 51) lze konstatovat, že ženy dosahují nižší kvality života oproti mužům téměř ve všech sledovaných doménách, a to v rozmezí od 66 % do 98 % výchozích hodnot mužů (viz Graf 10, Graf 11, str. 50, 51). Ženy vykazují vyšší kvalitu života v doméně emoční omezení rolí, a to zhruba o 5 % před i po balneaci, a v doméně všeobecné vnímání vlastního zdraví až o 16 % oproti mužům. Závěrem lze říci, že zjištěné výsledky u skupiny mužů a skupiny žen dokladují tvrzení Hnilici (2005), který uvádí, že se opakovaně potvrzuje rozdíl mezi pohlavími v kvalitě života, a to ve prospěch mužů vůči ženám.

Dalším cílem práce bylo monitorovat vliv lázeňské péče na spotřebu léků ve skupině analgetika, analgetika-antipyretika a nesteroidní antirevmatika. Denní spotřeba léků byla vyjádřena v definované denní dávce a průměrná spotřeba

definovanou denní dávkou na osobu a den. Dosažené výsledky (viz Tabulka 10, str. 52) ukazují pouze na 10-ti % snížení spotřeby léků po balneaci (viz Graf 12, str. 52). Tyto výsledky nevykazují tak výrazné snížení spotřeby léků ze skupiny analgetika, analgetika-antipyretika a nesteroidní antirevmatika po balneaci, jak tomu bylo u předchozích studií (např. studie Bertiny lázně 2003 zaznamenala snížení o 51 %, studie Lázně Třeboň 2009 o 38 %). Zjištěné výsledky lze odůvodnit nízkou definovanou denní dávkou spotřeby léků u většiny pacientů již před balneací. Přesto lze potvrdit hypotézu, že lázeňská léčba snižuje spotřebu léků ve sledované skupině pacientů. Je nutné poznamenat, že i velmi malé snížení spotřeby léků je pro pacienta velkým přínosem, a to z důvodu nežádoucích účinků této skupiny léků na lidský organismus.

Na souboru respondentů, klientů Bertiných lázní Třeboň, s onemocněním pohybového aparátu ve věku od 35 do 50 let (viz Tabulka 2, str. 41), bylo prokázáno:

- zlepšení kvality života a zdravotního stavu pacientů prostřednictvím lázeňské léčby,
- snížení rozdílu mezi kvalitou života pacientů s onemocněním pohybového aparátu a zdravou populací účelnou a cílenou aplikací lázeňské léčby,
- zlepšení kvality života 3 měsíce po balneaci v sedmi doménách z osmi,
- nejvýraznější zlepšení v doménách úleva od bolesti – 30 %, vitalita – 26 % a fyzické omezení rolí – 21 %,
- zlepšení u domén fyzické a emoční omezení rolí, bolest, mentální zdraví a vitalita, jsou statisticky významná na 5 % hladině významnosti,
- zjištění horší kvality života žen oproti mužům,
- dosažení výraznějšího zlepšení kvality života v porovnání hodnot před a po balneaci u žen oproti mužům,
- 10-ti % snížení spotřeby léků ze skupiny analgetika, analgetika-antipyretika a nesteroidní antirevmatika.

Výsledky práce potvrzují závěry předchozích studií o příznivém vlivu lázeňské léčby na kvalitu života pacientů s onemocněním pohybového aparátu a jednoznačně potvrzují efektivnost vložených prostředků do lázeňské péče. Na základě zjištěných

výsledků lze dokladovat, co si klienti lázeňské péče prostřednictvím svých zdravotních pojišťoven kupují. Na výrazném zlepšení kvality života po balneaci, a to zejména v doméně úleva od bolesti, má bezesporu významný podíl aplikace přírodních léčivých prostředků. Toto zlepšení souvisí i se zjištěním nižší spotřeby léků ze skupiny analgetika, analgetika-antipyretika a nesteroidní antirevmatika po prodělané balneaci. Komplexní lázeňská péče má bezesporu kladný vliv i na lepší životaschopnost pacienta, což dokazuje opakované zjištění zlepšení kvality života v doméně vitality.

Bylo by nezodpovědné nevyužít možností, které nám naše republika v lázeňské péči nabízí, ať již z pohledu veřejné zdravotní péče nebo prevence. Máme dostatečné množství přírodních léčivých zdrojů, moderních lázeňských míst i odborníků. Existující studie dostatečně prokazují efektivnost lázeňské léčby. Lze je využít k propagaci a podpoře lázeňské léčby, která je nedílnou součástí zdravotní péče již po staletí.

6 Závěr

Lázeňská léčba představuje nedílnou součást léčebného procesu, ale i přesto je v dnešní době nutné prokazovat kvalitu lázeňské péče vyhodnocením jejího vlivu na kvalitu života pacienta.

Pro většinu pacientů je lázeňská léčba přitažlivá nejen pro svou komplexnost v působení na organismus, ale i v prokazatelnosti zlepšení kvality života jednotlivce. Je však otázkou, do jaké míry by se měl pacient sám podílet na zajištění této péče. Do budoucna však není jasné, v jakém rozsahu bude lázeňská péče plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Cílem práce bylo zjistit vliv lázeňské léčby na kvalitu života pacientů s onemocněním pohybového aparátu ve věkové skupině 35 až 50 let a dále monitorovat její vliv na spotřebu léků ze skupiny analgetika, analgetika-antipyretika a nesteroidní antirevmatika. Sběr dat proběhl metodou dotazování technikou standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím. Respondenti byli vyšetřeni před balneací a poté 3 měsíce po skončení balneace, metodou "postal survey". Ze zjištěných výsledků lze potvrdit hypotézu, že lázeňská léčba má příznivý vliv na kvalitu života u pacientů ve věku od 35 do 50 let s onemocněním pohybového aparátu ve všech oblastech života. Výsledky ukázaly na zlepšení kvality života po balneaci v sedmi doménách z osmi, a to nejvýrazněji v úlevě od bolesti o 30 %, v životní vitalitě o 26 % a ve fyzickém omezení rolí o 21 %. Rozdíly prvních dvou uvedených domén byly zaznamenány jako statisticky významné na 5 % hladině významnosti. Zejména zlepšení v doménách bolest a fyzické omezení rolí je pro pacienty s onemocněním pohybového aparátu velmi významné, protože bolest a s tím související omezení provází pacienty s onemocněním pohybového aparátu téměř každý den. Výsledky monitoringu spotřeby léků před a po balneaci vykazovaly mírný pokles spotřeby léků ze skupiny analgetika, analgetika-antipyretika a nesteroidní antirevmatika, a to o 10 %. Přesto lze potvrdit hypotézu, že lázeňská léčba snižuje spotřebu léků ve sledované skupině pacientů.

Výsledky práce potvrzují zjištění předchozích studií a je možné je využít nejen při hodnocení kvality poskytované lázeňské léčby v Bertiných lázních Třeboň, ale i při posuzování potřebnosti a efektivnosti lázeňské péče obecně.

7 Seznam použitých zdrojů

Bertiny lázně Třeboň. [online]. © Bertiny lázně Třeboň, s.r.o. & yconix.com. [cit.2011-10-25]. Dostupné z: <http://www.berta.cz>.

EMMEROVÁ, M., 2011. Jaký je význam lázeňské léčby na počátku XXI. století. *Medical Tribune*. 2011. č. 18 [online]. © 2000-2012 MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o. a dodavatelé obsahu (ČTK). [cit. 2011-11-20]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/23707-jaky-je-vyznam-lazenske-lecby-na-pocatku-xxi-stoleti>.

GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Vydání 1. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HNILICA, K., 2005. Věk, pohlaví a kvalita života. In: Payne, J. A kol. *Kvalita života a zdraví*. Vydání 1. Praha: Triton. str. 415 -441. ISBN 80-7254-657-0.

JANDOVÁ, D., 2009. *Balneologie*. Vydání 1. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-247-2820-9.

JANEČKOVÁ, H. a H. HNILICOVÁ, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

KALOVÁ, H. a kol., 2004. Vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků u pacientů s chronickým onemocněním pohybového aparátu. *Kontakt, Zdravotně sociální fakulta JU*, ročník, 6. č.2. 2004. str.136-140. ISSN 1212-4117.

KALOVÁ, H. a kol., 2005. *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci*. Přehledové práce. *Klin Farmakol Farm* 2005. 19. s: 165–168. [online]. [cit. 2011-11-05]. Dostupné z: www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2005/03/08.pdf.

KERNOVÁ, V., 2010. *Aktualizace strategického dokumentu „Zdraví pro všechny v 21. století“*, 39. zasedání Rady pro zdraví a životní prostředí Praha 2.12.2010, [online]. [cit. 2011-11-05]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=11365&typ=application/pdf&nazev=SZÚ.pdf>.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. [online]. [cit. 2011-11-08].

Dostupné z: http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html.

Lázeňská péče 2010., 2011. Praha: ÚZIS ČR. 28 s. ISBN 978-80-7280-921-9.

[online]. © ÚZIS ČR / IHIS ČR 2010. [cit. 2011-10-08].

Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/lazenska-pecce-2010>.

MACHOVÁ J.a D. KUBÁTOVÁ a kol., 2009. *Výchova ke zdraví*. Vydání 1. Praha: Grada. s 296. ISBN 978-80-247-2715-8.

MORAVCOVÁ, M., 2009. *Vliv lázeňské léčby na kvalitu života a spotřebu léků u mladých pacientů do třiceti pěti let s onemocněním pohybového aparátu*. České Budějovice. s. 88. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

NĚMEC, F. a kol., 2009. *Hodnocení kvality života pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře*. Souborný referát. ACTA CHIRURGIAE ORTHOPAEDICAE ET TRAUMATOLOGIAE CZECHOSL., 76, p. 20–24. [online]. [cit. 2011-11-02].

Dostupné z: http://www.achot.cz/dwnld/0901_020_024.pdf.

PAYNE, J., 2007. Cíl medicíny: Kvalita života. *Zdravotnictví v České republice*. 4/X/2007. ISSN 1213-6050.

PECHOVÁ, I., 2008. *Analýza a potenciální rozvoj lázeňské destinace na příkladu vybraného města*. Pardubice, 2008. s. 87. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta ekonomicko-správní. RNDr. Šárka Brychtová, Ph.D.

[online]. [cit.2011-10-08]. Dostupné z: <http://dspace.upce.cz/handle/10195/29564>.

PETR, P., 2004. *Kvalita života v balneologii*. Vydání 1. České Budějovice: INPRESS. 118 s. ISBN 80-903427-1-X.

SF-36. [online]. SF-36®. [cit.2012-02-04].

Dostupné z: www.sf-36.org/tools/sf36.shtml#CONSTRUCT.

SILVEROVÁ, J.a R. BUŽGOVÁ., 2010. Měření kvality života dotazníkem WHOQoL-BREF u pacientů s tuberkulózou. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2010, ročník 1, č. 3. ISSN 1804-2740. [online]. [cit.2011-10-16].

Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-03/1_silverova_buzgova.pdf.

SLOVÁČEK, L., B. SLOVÁČKOVÁ, L. JEBAVÝ a kol., 2004. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské*

- zdravotnické listy*. 2004, ročník LXXIII, č. 1, s. 39. [online]. [cit.2011-10-20].
Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vzl1_2.%20Slovacek.pdf.
- Spa. [online]. © 2012 HOTEL.CZ a.s. [cit.2011-10-23]. Dostupné z: <http://www.spa.cz/>
- Státní zdravotní ústav. *Vadné držení těla u dětí*. [online] © Státní zdravotní ústav
[cit.2011-11-05]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/vadne-drzeni-tela-u-deti>.
- STESKALOVÁ, H., 2011. Lázeňští hosté se koupali v neckách. *HISTORY revue*, č.10, s.15. ISSN 1803-0440.
- Svaz léčebných lázní ČR, 2009 [online]. © 2009 Svaz léčebných lázní ČR.
[cit.2011-10-23]. Dostupné z: <http://www.lecebne-lazne.cz/cs/ceske-lazenstvi/>.
- SVOBODOVÁ, I., 2009. *Kvalita života adolescentů*. Brno. s. 89. Diplomová práce.
Masarykova univerzita Brno. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Prof. PhDr.
Marek Blatný, Csc., [online]. [cit.2011-10-15]. Dostupné z:
http://is.muni.cz/th/167270/ff_m/.
- ŠPIŠÁK, L., Z. RUŠAVÝ a kol., 2010. *Klinická balneologie*. Vydání 1. Praha:
Karolinum. 276 s. ISBN 978-80-246-1654-4.
- TRNAVSKÝ, K., 1994. *Revmatické nemoci*. Praha: Grada Avicenum. 128 s.
ISBN 80-7169-051-1.
- Třeboňsko. [online]. Trebonsko.cz - provozovatel Destinace Třeboňsko
[cit.2011-10-25]. Dostupné z: <http://www.trebonsko.cz>.
- VELEMÍNSKÝ, M. a kol. 2003. *Klinická propedeutika*. České Budějovice: JU ZSF.
106 s. ISBN 80-7040-642-9.
- VURM, V. a kol. 2004. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha:
Manus. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
- Výchova ke zdraví, 2009. *Proč vychovávat ke zdraví*. [online]. © 2009
vychovakezdravi.cz [cit.2011-11-05]. Dostupné z:
<http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/proc-vychovavat-ke-zdravi.html>.
- Základní fakta o medicíně založené na důkazu. Univerzita palackého v Olomouci.
[online]. [cit.2011-11-05]. Dostupné z:
http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF/IC/PROJEKTYduben07/WEB-KLF/INNO1.pdf.

ŽALOUĐÍKOVÁ, I., 2009. *Podpora zdraví a zdravého životního stylu s důrazem na onkologickou prevenci ve škole*. Brno. s. 224. Disertační práce. Masarykova univerzita Brno. Pedagogická fakulta. Doc. PhDr. Evžen Řehulka, CSc. [online]. [cit.2011-10-04]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/23671/pedf_d/.

8 Seznam grafů

Graf 1 – Porovnání stavu souboru BL před balneací a Oxfordu (%)	42
Graf 2 - Porovnání stavu souboru BL před balneací a Oxfordu (%)	43
Graf 3 - Procentní změny hodnot před a po balneaci u souboru BL (%)	44
Graf 4 - Hodnocení jednotlivých domén souboru BL	45
Graf 5 - Porovnání výsledků souboru BL před a po balneaci a Oxfordu	45
Graf 6 - Procentní změny hodnot před a po balneaci u skupiny žen (%)	46
Graf 7- Porovnání výsledků skupiny žen před a po balneaci a Oxfordu	47
Graf 8 - Procentní změny hodnot před a po balneaci u skupiny mužů (%).....	48
Graf 9 - Porovnání výsledků skupiny mužů před a po balneaci a Oxfordu.....	49
Graf 10 - Procentní změny hodnot před balneací u skupiny mužů a žen (%)	50
Graf 11 - Procentní změny hodnot po balneaci u skupiny mužů a žen (%)	51
Graf 12 - Vliv balneace na spotřebu léků u souboru BL (%)	52

9 Seznam tabulek

Tabulka 1 - Evropský normál výsledků v metodě SF-36	38
Tabulka 2 - Počet šetřených mužů a žen, průměrný věk	41
Tabulka 3 - Porovnání výsledků souboru BL před balneací s Oxfordem.....	42
Tabulka 4 - Porovnání výsledků souboru BL po balneaci s Oxfordem.....	43
Tabulka 5 - Porovnání výsledků souboru BL před a po balneaci	44
Tabulka 6 - Porovnání výsledků skupiny žen před a po balneaci.....	46
Tabulka 7 - Porovnání výsledků skupiny mužů před a po balneaci	48
Tabulka 8 - Porovnání výsledků skupin muži a ženy před balneací.....	50
Tabulka 9 - Porovnání výsledků skupin muži a ženy po balneaci.....	51
Tabulka 10 - Spotřeba léků u souboru BL	52

10 Klíčová slova

Balneologie - lázeňská léčba - přírodní léčivé prostředky - indikace - onemocnění pohybového aparátu - zdraví - kvalita života – HRQoL – SF-36

Přílohy

Příloha č. 1 - Vyhodnocení dotazníků

Následující tabulky udávají hodnoty vyhodnocených dotazníků, které byly použity pro konečné zhodnocení výsledků.

Vyhodnocení dotazníků souboru BL před a po balneaci

Specimen:	Bertiny lázně - před balneací
Date:	14.3.2012

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	68,68	316,69	17,80
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	48,68	1116,69	33,42
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	69,30	1367,34	36,98
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	69,41	384,02	19,60
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	51,75	450,14	21,22
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	67,58	418,35	20,45
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	50,53	443,14	21,05
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	55,53	499,72	22,35
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	44,74	399,93	20,00

Specimen:	Bertiny lázně - po balneaci
Date:	14.3.2012

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	74,61	274,19	16,56
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	59,21	1066,48	32,66
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	71,93	966,45	31,09
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	78,29	359,25	18,95
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	67,54	340,36	18,45
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	75,37	325,50	18,04
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	63,68	228,53	15,12
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	55,26	477,56	21,85
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
38	58,55	436,72	20,90

Vyhodnocení dotazníků skupiny žen před a po balneaci

Specimen:	Bertiny lázně - před balneací (F)
Date:	14.3.2012

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	66,11	228,40	15,11
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	42,59	1102,54	33,20
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	70,37	1262,00	35,52
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	68,98	374,66	19,36
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	47,74	263,51	16,23
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	68,15	379,83	19,49
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	48,70	391,84	19,79
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	57,41	459,95	21,45
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	43,52	351,51	18,75

Specimen:	Bertiny lázně - po balneaci (F)
Date:	14.3.2012

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	73,15	235,46	15,34
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	53,70	1097,39	33,13
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	72,84	990,70	31,48
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	77,31	370,80	19,26
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	64,20	277,40	16,66
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	74,96	339,67	18,43
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	62,78	213,58	14,61
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	57,59	434,02	20,83
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
27	56,48	305,21	17,47

Vyhodnocení dotazníků skupiny mužů před a po balneaci

Specimen:	Bertiny lázně - před balneací (M)
Date:	14.3.2012

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	75,00	477,27	21,85
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	63,64	836,78	28,93
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	66,67	1616,16	40,20
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	70,45	405,48	20,14
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	61,62	771,35	27,77
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	66,18	510,15	22,59
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	55,00	540,91	23,26
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	50,91	567,36	23,82
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	47,73	506,20	22,50

Specimen:	Bertiny lázně - po balneaci (M)
Date:	14.3.2012

Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	78,18	351,24	18,74
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	72,73	733,47	27,08
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	69,70	899,91	30,00
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	80,68	322,83	17,97
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	75,76	399,96	20,00
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	76,36	289,32	17,01
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	65,91	258,26	16,07
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	49,55	538,43	23,20
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
11	63,64	723,14	26,89

Vyhodnocení dotazníků spotřeby léků před a po balneaci

Lék	DDD v g před balneací	DDD v g po balneaci
Algifen	1,2	1,2
ApoDiclo	0,1	0,1
Arcoxia	0,06	0,06
Coxtral	0,2	0
Diclofenac	0,1	0
Ibalgín	1,2	1,2
Indomethacin	0,1	0
Lyrice	0,3	0,3
Methotrexat	0,0025	0
Nimesil	0,2	0,2
Plaquenil	0,516	0,516
Prednison	0,01	0,01
Recoxa	0,015	0,015
Salofalk	1,5	1,5
Tramal	0,3	0,2
Veral	0,2	0,1

sa n=15	6,0035	5,4010
prům. hod. indexu spotřeby léků	0,40	0,36
v %	100	90

Příloha č. 2 – 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)</i> <i>vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
Nemoc/stav :		<i>(položka ze seznamu nemoci)vyplní Váš</i> <i>lékař /zdravotník</i>
Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní-střední-vysokoškolské	<i>Nehodící se škrtněte</i>

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
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

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

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

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2

- c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně **pozorný(á)** než obvykle? 1 2

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

Jak často v předchozích 4 týdnech:

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

10. Uved'te, 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 kdokoli 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:
