

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2014

Bc. Radka Petrtýlová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

**Hodnocení dimenzí zdravotního stavu u pacientů se
spondylarthritis ankylopoetica pomocí dotazníku SF-36**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

doc. MUDr. Kohlíková, CSc.

Vypracoval:

Bc. Radka Petrtýlová

Praha, září 2014

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne

.....

podpis diplomanta

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní doc. MUDr. Kohlíkové, CSc. za její laskavé vedení diplomové práce, dále bych ráda poděkovala panu Mgr. Musálkovi, PhD., paní Mgr. Fechtnerové a Ing. Mohelskému, PhD. za pomoc při vypracování této diplomové práce.

Abstrakt

Název: Hodnocení dimenzí zdravotního stavu u pacientů se spondylarthritis ankylopoetica pomocí dotazníku SF-36

Cíle: Hlavním cílem diplomové práce byl výzkum a zhodnocení kvality života pacientů se spondylarthritis ankylopoetica v České republice.

Metody: Vlastní výzkum probíhal pomocí metody výběrového šetření prostřednictvím standardizovaného dotazníku Short Form 36 (zkráceně SF-36) o kvalitě života podmíněné zdravím. Byla použita jazyková mutace odpovídající překladu MUDr. Petra, Ph.D. (2000). Pro dosažení hlavního cíle celé práce byl výzkum kvality života proveden ve zkoumané skupině pacientů (n=101) a ve stejném rozsahu také na vzorku běžné populace. Dosažené výsledky pak byly v obou skupinách rozděleny dle věkových skupin a v každé věkové skupině byla následně ověřována statisticky významná odchylka mezi oběma analyzovanými soubory.

Výsledky: Průměrný věk pacientů se spondylarthritis ankylopoetica (SA) byl 51,6 let $\pm 14,9$, u běžné populace 52,3 $\pm 15,5$ let. V dimenzích týkajících se fyzického zdraví (dimenze fyzické funkce, fyzické omezení rolí, tělesná bolest a všeobecné zdraví) dosáhli pacienti s SA ve většině věkových kategorií signifikantně nižších výsledků oproti vzorku běžné populace. Naopak u dimenzí, které se týkají psychického zdraví (dimenze vitality, sociální funkce, omezení pro emoční problémy a duševní zdraví), se většina věkových kategorií u pacientů s SA statisticky významně nelišila od souboru běžné populace. Při porovnání dle pohlaví nebyly výsledky u mužů a žen statisticky významně odlišné.

Klíčová slova: spondylarthritis ankylopoetica, dimenze zdravotního stavu, kvalita života, SF-36

Abstract

Title: Guest dimensions of health status in patients with spondylarthritis ankylopoetica using the SF-36th

Objectives: The major aim of the diploma thesis was the study and the evaluation of the quality of life of patients with the spondylarthritis ankylopoetica in the Czech Republic.

Methods: The own research was conducted using the survey method by means of the standardized questionnaire Short Form 36 (SF-36), which deals with the Health Related Quality of Life . The Czech version of the SF-36 survey translated by MUDr. Petr, Ph.D. (2000) was applied. In order to reach the main aim of the thesis the research was conducted in a group of patients with spondylarthritis ankylopoetica (n=101) and among the same number of the general Czech population members. The achieved results were divided into particular age categories in the both groups. The statistically significant differences between the two analysed samples were subsequently verified.

Results: The mean age of the patients with spondylarthritis ankylopoetica was $51,6 \pm 14,9$ years, whereas it reached $52,3 \pm 15,5$ years in the sample of the general population. In the majority of the dimensions of the SF-36 questionnaire related to the physical health (physical functioning, role physical, bodily pain and general health) achieved the patients significantly lower results against the general population. On the contrary, the majority of the results within the dimensions dealing with the psychical health (vitality, social functioning, role emotional and mental health) did not show any significant differences between the analysed samples. The achieved results by men and by women were not significantly different either by patients with spondylarthritis ankylopoetica or by the general population.

Keywords : spondylarthritis ankylopetica, dimensions of health status, quality of life, SF-36

Obsah

1 ÚVOD	1
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE	3
2.1 Spondylarthritis ankylopoetica	3
2.1.1 Klasifikace spondylartritid	3
2.1.2 Epidemiologie a incidence choroby	4
2.1.3 Etiopatogeneze	5
2.1.4 Klinický obraz spondylarthritis ankylopoetica	6
2.1.5 Diagnostika Spondylarthritis ankylopoetica	9
2.1.6 Průběh a stadia SA	12
2.1.7 Možnosti léčby u Spondylarthritis ankylopoetica	13
2.1.8 Prognóza onemocnění	17
2.2 Kvalita života a kvalita života podmíněná zdravím	17
2.2.1 Pojem kvalita života	17
2.2.2 Definice pojmu	17
2.2.3 Chápání kvality života v různých oborech	18
2.2.4 Kvalita života podmíněná zdravím	20
2.2.5 Hodnocení kvality života	22
2.2.6 Instrumenty k hodnocení kvality života u pacientů s SA	24
2.2.7 Kvalita života u pacientů se Spondylarthritis ankylopoetica	28
3 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	32
3.1 Cíle práce	32
3.2 Pracovní hypotézy	32
4 METODIKA PRÁCE	33
4.1 Použité metody	33
4.2 Sběr dat	34
4.3 Analýza dat	35
5 VÝSLEDKY	38
5.1 Stručný demografický popis zkoumaných souborů	38
5.2 Hodnocení jednotlivých dimenzí zdravotního stavu	40
5.2.1 Hodnocení dimenze PF – fyzické funkce	40
5.2.2 Hodnocení dimenze RP – fyzické omezení rolí	42
5.2.3 Hodnocení dimenze BP – tělesná bolest	44
5.2.4 Hodnocení dimenze GH – všeobecné zdraví	46
5.2.5 Hodnocení dimenze VT - vitalita	48
5.2.6 Hodnocení dimenze SF – sociální funkce	50
5.2.7 Hodnocení dimenze RE – omezení pro emoční problémy	52
5.2.8 Hodnocení dimenze MH – duševní zdraví	54
5.3 Multidimenzionální srovnání analyzovaných souborů	56
5.4 Srovnání dosažených výsledků s existujícími studii	57
5.5 Srovnání dimenzí kvality života dle vzdělání	59
5.6 Srovnání dimenzí kvality života dle pohlaví	61
6 DISKUZE	65
7 ZÁVĚR	72

Seznam použitých zkratk	74
Seznam obrázků	76
Seznam tabulek	76
Seznam grafů	76
Použitá literatura	77
Elektronické odkazy	82
Příloha	85

1 ÚVOD

Spondylarthritis ankylopoetica (dále jen SA) je chronické zánětlivé revmatické onemocnění postihující především páteř, dále kořenové klouby, méně často bývají postiženy klouby periferní. Onemocnění způsobuje zánětlivou bolest zad a postupně vede ke strukturálnímu poškození páteře. Je známo, že toto onemocnění postihuje častěji muže než ženy. Nástup tohoto onemocnění je obecně v pozdní adolescenci nebo v brzké dospělosti, vliv onemocnění je tedy manifestován po většinu pacientova života. Pro tuto nemoc, stejně jako obecně pro všechny revmatické choroby, je charakteristickým rysem, že ve většině případů nezkracují délku života pacienta, ale přináší mu mnohá omezení a bolest. I přes včasnou diagnózu a optimální léčbu mají tendenci k postupnému zhoršování a nepředvídatelným atakám. Následky revmatického onemocnění mají tedy vliv nejen na fyzický stav pacienta, ale i na jeho psychický a sociální život, ovlivňují tedy významně jeho kvalitu života.

V současné době se řada studií zabývá souvislostmi mezi zdravotním stavem pacienta a kvalitou života. Z jejich výstupů je patrné, že mezi zdravotním stavem a kvalitou života existuje přímá závislost. Pojem kvalita života se proto stala v posledních letech velmi diskutovaným pojmem, který získává vedle objektivních měřitelných parametrů i význam v hodnocení léčebné a zdravotní intervence, proto nacházejí v lékařství uplatnění v nedávné době vyvinuté průzkumy hodnocení kvality života podmíněné zdravím, tedy tzv. Health Related Quality of Life (zkráceně HRQoL).

Hlavním cílem diplomové práce je výzkum a zhodnocení kvality života pacientů se Spondylarthritis ankylopoetica pomocí dotazníkového šetření, které bylo zpracováno dotazníkem Short Form 36 (SF-36), který se pro svou srozumitelnost a přehlednost používá pro hodnocení zdravotního stavu a kvality života v řadě českých i zahraničních studiích. Tento dotazník obsahuje celkem osm dimenzí hodnotících zdravotní stav, které se týkají fyzických, psychických i sociálních aspektů života jedince. Pro dosažení hlavního cíle celé práce byl výzkum kvality života proveden nejen ve zkoumané skupině pacientů, ale v totožném rozsahu také na vzorku populace bez diagnostikované Spondylarthritis ankylopoetica. Dosažené výsledky pak byly v obou skupinách rozděleny dle věkových skupin a v každé věkové skupině byla následně ověřována statisticky významná odchylka mezi oběma analyzovanými soubory. Logická struktura jednotlivých kapitol vychází z potřeby dosáhnout výše uvedeného hlavního cíle práce. Po úvodu následuje teoretická část, která definuje hlavní východiska práce, zasazuje celou práci do širšího rámce aktuálního stavu

zkoumané problematiky a vysvětluje hlavní přístupy, jež byly v průběhu tvorby celé práce aplikovány. V následující kapitole jsou podrobně představeny cíle diplomové práce a v detailu popsány hypotézy provedeného výzkumu. Třetí kapitola se zaměřuje na deskripci celkového metodologického přístupu, přičemž jsou zde uvedeny také použité metody výzkumu a způsob sběru dat a jejich následné analýzy. V hlavní části celé práce jsou představeny klíčové výsledky provedené výzkumu. Na úvod této kapitoly, ve kterém jsou stručně demograficky popsány oba zkoumané soubory respondentů, navazuje její hlavní část, jenž se věnuje popisu, grafickému znázornění a interpretaci dosažených výsledků. V samotném závěru předkládané práce je pak uveden souhrn hlavních výstupů provedeného výzkumného šetření, které jsou také v detailu diskutovány, je zde zhodnocena platnost pracovních hypotéz a vyhodnocen stupeň dosažení plánovaných cílů. Prostor je věnován také nastínění dalších možných směrů vědeckého bádání, které by tuto práci vhodně doplňovaly či by na ní navazovaly.

K vypracování této diplomové práce mne vedlo především poznání, že i přes vysoké množství zpráv, které se věnují zkoumání kvality života pacientů trpících různými chorobami, existuje v současné době v české literatuře jen omezené množství studií, které by se zabývaly jejím hodnocením u pacientů se Spondylarthritis ankylopoetica. Dalším podnětem byla i skutečnost, že jsem se ve své bakalářské práci věnovala komplexní fyzioterapii u pacientů se Spondylarthritis ankylopoetica, která byla zaměřena především na fyzický stav pacienta a zde jsem si uvědomila, že efekt fyzioterapeutické intervence byl podmíněn i aktuální kvalitou života pacienta. Proto jsem si vybrala tuto problematiku jako téma své diplomové práce a doufám, že může přispět ke zkvalitnění fyzioterapeutické intervence a k jinému pohledu na fyzioterapii u pacientů se Spondylarthritis ankylopoetica s ohledem na aktuální stav pacienta.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

Následující kapitola je věnována literárním poznatkům o spondylarthritis ankylopoetica a problematice kvality života. V této části jsem částečně vycházela ze své bakalářské práce (Petrtýlová, 2009), výrazně jsem rozšířila rozsah použitých literárních zdrojů a to zejména extenzivní rešerší cizojazyčných studií a výzkumů. Podklady byly sbírány z odborných časopisů (např.: The Journal of Rheumatology, Annals of Rheumatic Diseases, Rheumatology apod.), z katalogů knihoven (Národní lékařská knihovna v Praze, Ústřední vtělovýchovná knihovna na FTVS v Praze, knihovna Revmatologického ústavu) a odborných databází (PubMed, Pedro, atd.).

2.1 Spondylarthritis ankylopoetica

2.1.1 Klasifikace spondylartritid

Spondylarthritis ankylopoetica je hlavním představitelem skupiny tzv. séronegativních spondylartritid, jedná se o skupinu zánětlivých revmatických chorob, při kterých se běžnými detekčními testy v séru nedají prokázat revmatoidní faktory (séronegativita). Do této skupiny chorob mimo jiné patří psoriatická artritida, Reiterův syndrom, entezopatické artritidy, reaktivní artritidy, juvenilní idiopatická artritida, uveitid acuta anterior a Behcetova choroba. Klinickými příznaky této skupiny revmatických chorob jsou: nepřítomnost antiglobulinu typu revmatoidních faktorů, nepřítomnost podkožních uzlíků, artritida periferních kloubů, sakroiliitida a spondylitida, kožní, slizniční, oční, gastrointestinální a urogenitální projevy, rodinné nakupení, častá asociace s HLA-B27 a osifikující zánětlivé entezopatie (pelvis, os calcis, atd.). (Pavelka, 2003)

European Spondylarthropathy Study group (ESSG) stanovila tento soubor příznaků pro včasné rozpoznání spondylarthropathií:

- Bolesti páteře způsobené zánětem trvající déle než tři měsíce, spojené s ranní ztuhlostí, zlepšující se po rozcvičení; věk do 45 let.
- Synovitis, nesymetrický nebo převážně v distálních kloubech končetiny a minimálně jedno z následujících postižení
- Předcházející onemocnění na některou spondylarthropathii nebo iridocyklitidu nebo collitidu

- Psoriasis
- Collitis ulcerosa nebo Crohnova nemoc nebo akutní diarrhoe
- Střídavé bolesti v hýždích
- Entezopatie
- Radiologicky prokázaná sakroileitida

Vedlejší příznaky:

- Omezená pohyblivost bederní páteře
- Snížená vitální kapacita plic
- Zánět duhovky
- HLA-B27 pozitivní
- Zvýšení imunoglobulinu A v krvi při laboratorních testech
- Speciální bílkoviny přítomné v krvi při zánětu
- Rentgenový nález na bederní páteři
- Bolest v kříži, trvající déle než 3 měsíce
(Pavelka, 2005)

2.1.2 Epidemiologie a incidence choroby

Spondylarthritis ankylopoetica (SA), častěji nazývána jako ankylozující spondylitida, dříve nazývána jako Morbus Bechtěrev, postihuje především muže, průměrný věk nástupu onemocnění je mezi 25. – 30. rokem. (Braun, 2007, Brophy, 2001) Začátek po 35. roce života je vzácný a po 40. roce se prakticky nevyskytuje. U žen je její výskyt mnohem nižší, dnes se však dle výzkumů předpokládá, že se vyskytuje mnohem častěji, než se dříve udávalo. Uvádí se poměr 2,5 – 3 muži na 1 ženu (jedná se spíše o lehčí stupě onemocnění). U těžších forem jsou statistiky stále neúprosné z hlediska mužů (asi 9:1). Profesoři Van der Linden a Khan upozorňovali již v roce 1985 na skutečnost, že zánětlivé srůsty mezi kostmi os sacrum a os ilium (značící často počátek choroby), jsou prokazatelné u obou pohlaví téměř stejně často, ale že se choroba vyvíjí u žen pomaleji s méně výraznými RTG známkami postižení páteře, ale správné rozpoznání choroby a tím odpovídající léčení bývá opožděno. V jistých případech zůstává choroba u žen dokonce nerozpoznána. (Pavelka, 2005, Tomš, 2007).

Podle rozsáhlých studií SA se ukazuje, že se prevalence spondylarthritis ankylopoetica pohybuje kolem 0,1 – 0,3 % veškeré populace. Dle novějších odhadů pro centrální Evropu se hovoří o 0,9 %. V porovnání s Českou republikou (ČR) je výskyt nižší mezi černochoy, a to nejen v Africe, ale i u černochoů žijících v USA. Etnický vliv je zřejmě důležitější než

klimatické podmínky či způsob života. Důvodem je patrně souvislost s výskytem antigenu HLA-B27 podle ras. U obyvatel východní Asie je jeho výskyt také menší. (Pavelka, 2005, Tomš, 2007)

2.1.3 Etiopatogeneze

Na vznik SA má vliv řada faktorů, jmenujme základní:

- genetická predispozice postiženého jedince
- vliv zevního prostředí (infekčních činitelů)
- změněné imunitní reakce postiženého jedince

SA patří do skupiny tzv. seronegativních spondylartritid, které spojuje těsná vazba s nosičstvím HLA-B27 (HLA- z angličtiny = Human Leukocyte Antigen, B27 je skupinové označení). Samotná SA má tuto vazbu nejvyšší (90-95 %, někteří autoři uvádějí až 100 %). Antigen HLA-B27 se vyskytuje přibližně u 6-10 % světové populace, asi u 7 % obyvatel ČR, sama přítomnost antigenu ještě nepodmiňuje diagnózu tohoto onemocnění. Naopak je však pravděpodobnost onemocnění u osob s tímto antigenem až 300krát vyšší oproti těm, kteří antigen nemají. Tyto hypotézy pokoušející se o vysvětlení vztahu mezi HLA-B27 a SA musejí vzít v úvahu, že ne všichni jedinci s antigenem HLA-B27 onemocní SA, sama přítomnost antigenu (dokonce homozygotně) nestačí na rozvoj SA a malé procento pacientů s SA nemá antigen HLA-B27 vůbec. (Pavelka, 2003, 2005, Rovenský, 2006, Trnavský 1997)

Dle jiné teorie by spouštěcím mechanismem mohla být infekce. Nepřímé důkazy ukazují, že předešlá infekce může být spojena s pozdějším vývojem SA. Přibližně u 10-20% pacientů s chronickým zánětlivým onemocněním střev byla prokázána SA u 5-10% z těchto pacientů. Pozitivita HLA-B27 s chronickým zánětlivým onemocněním střev zvyšuje riziko vývoje SA. Chlamydia trachomatis je často spojována s rozvojem sakroiliitidy a SA. Urogenitální infekce může také přispívat k chronické spondylartritidě. Ukázalo se, že prostatitis podporuje pokračování kloubního nebo axiálního zánětu u SA. Předpokládá se, že také environmentální faktory (především virové infekce) hrají roli v závažnosti a věku nástupu onemocnění. Některé studie říkají, že SA a podobná onemocnění jsou závažnější v nižších sociálních vrstvách s nižším hygienickým standardem. Toto ukazuje, že trvající a opakované infekce, nejpravděpodobněji trávicího ústrojí velmi přispívají nejen v patogenezi, ale také v závažnosti SA. V patogenezi SA má nejspíše nejvýznamnější úlohu geneticky determinovaná odpověď vnímaného jedince na vnější faktory. Patogeneze SA je tedy složitou souhrou mezi vnitřními faktory (genetickými) a vnějšími faktory (pravděpodobně infekce), přičemž patogenetické

důsledky jsou zprostředkovány imunologicky (humorálně i buněčně). (Bijlsma, 2009, Pavelka, 2003, 2005, Rovenský, 2006, Trnavský 1997)

Hereditární aspekt tohoto onemocnění potvrzuje přibližně 16krát častější výskyt (Pavelka, 2003 udává výskyt až 20krát častější) SA u HLA-B27 pozitivních osob – příbuzných nemocného- oproti výskytu SA u HLA-B27 pozitivních jedinců v celé populaci. Studie zabývající se výskytem HLA-B27 u dvojčat potvrdily hereditární závislost. (Trnavský, 1993)

2.1.4 Klinický obraz spondylarthritis ankylopoetica

2.1.4.1 Subjektivní příznaky

Nejčastějším počátečním příznakem je tupá, nevýrazná bolest v lumbosakrální oblasti. Zpočátku je bolest intermitentní, později se stává trvalou a postupně nabývá zánětlivého charakteru. Atributy zánětlivé bolesti jsou:

- objevuje se zpravidla v klidu, v noci a před probuzením, budí ze spánku
- je spojena s pocitem ranní ztuhlosti trvajícím více než půl hodiny
- úlevu přináší lehké rozcvičení nebo aplikace tepla na ztuhlý úsek

Při sakroiliitidě bolest může vyzařovat do gluteální a stehenní oblasti, případně do třísel, připomíná bolesti při nevýrazném lumboischialgickém syndromu, nebývají přítomny kořenové příznaky, parestzie, obvykle nevyzařuje pod kolena a mění svoji intenzitu a lokalizaci. (Pavelka, 2003)

Méně často SA začíná bolestí v hrudní oblasti, která vyzařuje do okolí hrudní kosti a připomíná příznaky ischemické choroby srdeční. Často prvními příznaky choroby bývají bolesti dolních žebber. V krčním úseku choroba začíná zřídka a projevuje se bolestivou ztuhlostí. (Pavelka, 2003).

Kloubní příznaky

Jsou-li postiženy kořenové klouby, mluvíme o *rhizomelické formě SA*. Nejčastěji bývají postiženy kyčelní a ramenní klouby (asi u 50 % pacientů s SA), lze je prakticky považovat za součást onemocnění. (Trnavský, 1993). Poměrně častým úvodním projevem SA je epizodická artritida periferních kloubů (10-15%). Tzv. prespondylitická artritida je asymetrická, lokalizovaná do velkých kloubů končetin (nejčastěji kolenních), objevuje se měsíce i roky před projevem axiálního skeletu, nezanechává trvalejší změny. Jen u menšího počtu nemocných artritida přetrvává a vyústí do *periferní, tzv. skandinávské formy SA*. První příznaky SA se mohou lokalizovat do úponů šlach a vazů, nejčastěji v oblasti patní a sedací

kosti, úponů dolních žeber, sternokostálního skloubení. (Pavelka, 2003). Entezitis se vyskytuje velmi často u pacientů s SA, dle novějších výzkumů až u 84,9% pacientů. (Turan, 2009). Zahiroglu (2014) zjistil, že nejčastější místo entezitidy je úpon Achilovy šlachy, objevuje se u 55,8% pacientů s SA. Zřídka choroba začíná očními projevy, iritidou nebo iridocyklitidou. Prognosticky závažným časným projevem choroby, zejména u mladých jedinců, může být koxitida, která zpravidla zanechává těžší funkční postižení a je projevem *rizomelické formy SA*. Ojediněle Tato neurčitá první fáze nemoci může trvat roky do stanovení správné diagnózy, což je jeden z hlavních problémů tohoto onemocnění, u žen ještě výraznější. (Pavelka, 2003)

Mimokloubní příznaky

- Oční změny – iritida – iridocyklitida – vyskytuje se až u 30 % pacientů s SA. Bývá častější akutní a přechodná, ale při neléčení hrozí až nevratné postižení zraku. Každý pacient s SA by měl být upozorněn na možnost očních komplikací a sledován očním lékařem. (Mainda, 2008)
- Kardiovaskulární změny – probíhají zánětlivé změny ve výstupu aorty a na aortální chlopni, dochází k ukládání zmnožené vazivové tkáně (způsobeno poruchou imunitního systému u osob s SA), to vede nakonec k insuficienci aortální chlopně. Zánětlivé změny mohou postihnout v srdci celý vazivový prstenec kolem výstupu větších cév, v takovém případě může poruchou AV systému (tzv. AV blok) docházet k narušení srdečního rytmu. Zánětlivé změny mohou postihnout též srdeční sval (myokarditida) nebo osrdečník (perikarditida). Relativně často (až 30 % pacientů s SA) dochází ke zmnožení vazivové tkáně v srdečním sval. Zánět aorty se svými následky se vyskytuje u 1-2 % všech pacientů s diagnózou SA. Výsledky šetření v poslední době udávají u SA výrazně vyšší procento poruch srdečního rytmu (přes 10 %). (Andres, 1995)
- Plicní změny – s pokročilou SA trpí pacienti závažným omezením dýchacích pohybů hrudního koše. Pohyblivost bránice zůstává nepoškozená, takže její zesílené pohyby mohou vyrovnat omezené dýchání hrudníku. Proto se projevuje u většiny pacientů jen nepatrné omezení dýchacích funkcí. Vzniká však omezení celkové kapacity plic a snížení vitální kapacity plic, které se projevuje v podobě dušnosti. (Pavelka, 2005)
- Urogenitální příznaky – v počátečních stádiích onemocnění se u mužů může objevit nespecifická forma uretritidy. Chronická prostatitida je u pacientů s SA mnohem

častější než v běžné populaci. Projevuje se zvětšením prostaty, bolestmi, někdy i sexuálními potížemi. (Pavelka, 2005)

- Neurologické příznaky – je popisován jediný příznak a tj. cauda equina, který se projevuje bolestmi a slabostí v DKK a potížemi při močení a defekaci. Dále se může vyskytnout atlanto-axiální dislokace. (Pavelka, 2005)
- Renální příznaky – komplikací je zde amyloidóza, která může být komplikovaná nefrotickým syndromem, někdy i malabsorpcí. Bývají popsány i častější případy renální litiázy a neuropatie. (Pavelka, 2005)
- Gastrointestinální příznaky – u SA se vyskytuje ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. Při odebrání endoskopických vzorků střevní sliznice se prokázaly u 30 – 45 % pacientů s SA mikroskopické akutní nebo chronické zánětlivé změny srovnatelné s Crohnovou chorobou. Odhaduje se, že asi u 1-4 % pacientů s SA se nakonec rozvine doprovodný střevní zánět. (Bijlsma, 2009). Podle Pischona et al. (2010), který provedl studii v roce 2010 u pacientů s SA, je dalším problémem u SA také přítomnost většího výskytu (7krát vyšší riziko oproti běžné populaci) periodontální choroby. Periodontální choroba je zánětlivé onemocnění bakteriálního původu provázené destrukcí měkkých i tvrdých periodontálních tkání, v patogenezi této choroby se uplatňují tytéž procesy jako u revmatických onemocnění. Proto při léčbě SA by měla být i těsná spolupráce revmatologů, stomatologů a zubních hygieniků.

2.1.4.2 Objektivní příznaky

Hlavním objektivním příznakem spondylarthritis ankylopetica je omezování hybnosti páteře. Podstatou omezování hybnosti páteře je:

- reflektorický spazmus zádového svalstva
- bolestivost
- anatomické změny

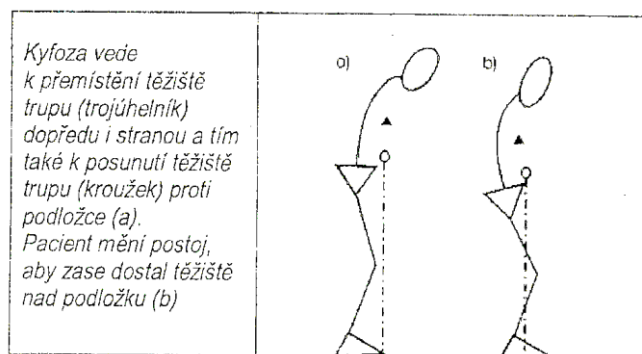
Omezování hybnosti je postupné, ale ne rovnoměrné. Omezení hybnosti však není přímo úměrné změnám na RTG, tj. hybnost může být omezena více, než ukazuje rentgenologické vyšetření. (Trnavský, 1993)

Příznaky jsou závislé na pokročilosti nemoci. Důležitým příznakem je klidový tvar páteře vstoje. Páteř ztrácí své fyziologické zakřivení tím, že se fyziologická lordóza napřimuje, akcentuje hrudní kyfóza, čemuž odpovídá lordóza krční svým kompenzačním prohloubením. Někdy však může ztuhnout páteř v postavení zcela plochém, bez zvětšení

hrudní kyfózy a prohloubení lordózy krční (tzv. extenční typ), kdy nemocný má zachované vzpřímené držení těla. (Trnavský, 1993)

Z biomechanického hlediska se pacientovi s SA s postupujícím tuhnutím páteře mění obvyklé držení těla, aby udržel rovnováhu. K udržení rovnováhy může použít jen pohyblivé klouby dolních končetin – extenze kyčelních kloubů, flexe koleních kloubů a pohyby v hlezenních kloubech proti chodidlu. Tyto změny nastavení v těchto kloubech jsou obzvlášť účinné při posunutí těžiště směrem dozadu, protože postačuje již nepatrná změna úhlu k tomu, aby se těžiště dostalo zpět nad plochu stojících nohou. Použije-li se ke kompenzaci kyfózy extenze kyčelních kloubů, je k tomu potřeba podstatně větší změna úhlu, přesto je tato extenze výhodná, protože se současně ovlivní natočení pánve směrem dozadu a tím posun celého trupu. Čím je trup více natočen dozadu, tím se posune vzhůru zorné pole očí a odlehčí se bederní páteři. Problém nastává, pokud dojde k zachvácení chorobou právě těchto kořenových kloubů. (Bot, 2006)

Obrázek 1: Změny v držení páteře u pacientů s SA



Zdroj: Bot (2006)

2.1.5 Diagnostika Spondylarthritis ankylopoetica

Diagnóza u plně vyvinutého klinického obrazu je celkem snadná, obtížnější však bývá stanovení diagnózy v počátečních stádiích onemocnění, kdy většina z popsaných příznaků chybí. I u mužů díky široké diferenciální diagnostice vertebrogenních obtíží a nepřítomnosti rentgenových změn v prvních letech onemocnění dochází ke zpoždění ve stanovení diagnózy přibližně o 6-9 let od prvních příznaků onemocnění (Sieper, 2005, Forejtová, 2008).

Nedávná sonda ukázala zpoždění od počátku symptomů do stanovení diagnózy v ČR 9 let, což odpovídá i výše uvedeným mezinárodním zkušenostem. Nadějí v tomto smyslu mohou být nové diagnostické algoritmy pro SA. (Pavelka P., 2008 s. 65). Ke stanovení diagnózy je důležitá i osobní a rodinná anamnéza, rozbor chůze, držení těla pacienta, bolesti pat, noční a

klidové bolesti v páteři, proběhlá iritida, bolest bederní páteře a bolest v sakroiliakálním kloubu při Mennelově manévru. (Pavelka P., 2008).

Pro stanovení diagnózy SA sloužila kritéria stanovená v New Yorku v roce 1966, ale nebyla dostatečně specifická, proto byla stanovena Modifikovaná newyorská kritéria SA z roku 1984 či Římská kritéria navržená v říjnu 1986. Ukázalo se však, že mají nevýhodu, diagnóza SA může být stanovena jen v případech, kde RTG snímky jasně prokazují zřejmé změny na sakroiliakálních kloubech. Avšak tyto známky kloubního poškození se u žen objevují často až v pozdních stádiích choroby nebo se nevyskytují vůbec. Z tohoto důvodu jsou dnes tato kritéria používána velmi zřídka (Bijlsma, 2009).

Tabulka 1: Modifikovaná newyorská diagnostická kritéria SA z roku 1984

Klinická kritéria :
Bolest dolní části zad se ztuhlostí trvající déle než 3 měsíce, která se zlepšuje cvičením a klid nevede k úlevě
Omezení hybnosti bederní páteře ve frontální a sagitální rovině
Omezení expanzí hrudníku vzhledem k normálním hodnotám korigovaným pro pohlaví a věk
Radiologické kritérium:
Sakroilitida stadia 2 a výše oboustranně nebo stadia 3-4 jednostranně

Zdroj: Pavelka (2005)

2.1.5.1 Vyšetření hybnosti páteře

Nově se v klinických studiích využívá kombinace pěti odlišných nástrojů. Těmi jsou:

- Rotace krční páteře – hodnotí se pomocí goniometru. Norma je $> 70^\circ$.
- Vzdálenost tragus - stěna – hodnotí se pomocí pravítka přímá vzdálenost tragu – začátek ucha (nad dolním úhlem mandibuly) a stěny. Pacient stojí zády ke stěně, tak aby hýždě a paty spočívaly co nejbliže u stěny, hlava je v retrakci s bradou v horizontální poloze. Norma je < 15 cm.
- Lateroflexe bederní páteře – měří se ve vzpřímeném postoji, záda opřena o stěnu, paže podél těla, dlaně směřují k tělu, prsty nataženy. Vyšetřovaný provede úklon, nesmí flektovat kyčelní nebo kolenní klouby, obě paty spočívají trvale na podlaze. Vyšetřující umístí začátek krejčovského metru k vrcholu daktylionu a druhý konec přidrží na podlaze vedle zevního kotníku. Výsledná vzdálenost je rozdíl mezi počáteční a konečnou pozicí. Norma je > 10 cm.

- Modifikovaný Schoberův test – hodnotí flexi bederní páteře pomocí textilního metru. Naměří se 10 cm kraniálně od spojnice zadních horních spin, pacient provádí flexi trupu s udržení extendovaných DKK. Norma je prodloužení vzdálenosti > 4 cm.
- Intermaleolární distance – hodnotí se pomocí textilního metru vzdálenost vnitřních maleolů při stoji rozkročném. Norma je > 120 cm.

Tyto nástroje se sčítají a dohromady tvoří Bath Ankylosing Spondylitis Mobility Index (BASMI), který byl publikován Jenkinsonem v roce 1994.

Assessments in Ankylosing Spondylitis Working Group (ASAS) dokonce doporučuje pro zjištění mobility pacienta pouze modifikovaný Schoberův test, vzdálenost tragus-stěna a vyšetření hybnosti hrudního koše. Vyšetření hybnosti hrudního koše se měří pomocí textilního metru ve výši bradavek u mužů, u žen nad prsy při vdechu a výdechu.

(Bijlsma, 2009, Doherty, 2000, Khan, 2002, Van der Heijde, 2002)

Tabulka 2: Bath Ankylosing Spondylitis Mobility Index (BASMI): evaluation of spinal mobility

Nástroje	Skóre		
	0	1	2
Rotace krční páteře	>70°	20-70°	<20°
Vzdálenost tragus-stěna	<15 cm	15-30 cm	30 cm
Lateroflexe bederní páteře	>10 cm	5-10 cm	<5 cm
Modifikovaný Schoberův test	>4 cm	2-4 cm	<2 cm
Intermaleolární distance	>120 cm	70-100 cm	<70 cm

Zdroj: Bijlsma, 2009

Vysvětlivky: 0 normální pohyblivost, 1 mírné omezení pohyblivosti, 2 větší omezení pohyblivosti

2.1.5.2 Laboratorní vyšetření

Žádnou laboratorní zkoušku nelze pokládat pro SA za specifickou a rozhodující, ale jsou laboratorní vyšetření, jejichž typické výsledky napomáhají diagnostice.

- Sedimentace erytrocytů bývá zvýšená již na počátku onemocnění, často i nápadně, kolem 60mm/hod
- U některých nemocných, zejména s periferní formou, nacházíme anémii, polymorfonukleární leukocytózu a zvýšenou koncentraci reaktantů akutní fáze zánětu.

- Latex –fixační test a hemaglutinační reakce bývají negativní
- Jsou zvýšeny hladiny imunoglobulinu, zejména IgA a IgG
- HLA B-27 antigen se vyskytuje až u 95 % nemocných s SA, oproti jeho výskytu 5-10 % u ostatní populace, jeho přítomnost tedy nevylučuje možnost onemocnění SA (Pavelka, 2005, Trnavský, 1993)

2.1.5.3 RTG vyšetření

Při podezření na SA provádíme kromě přehledného snímku také i tomogramy, na kterých se lépe prokáží zánětlivé změny. Vyšetření můžeme doplnit podle možnosti i CT snímky. Tomografické, případně CT vyšetření sakroiliakálních kloubů doplněné předozadním a bočním snímkem bederní páteře je ke stanovení diagnózy zatím nutné. (Pudlač, 2007)

První změny jsou prokazatelné v 99 % na sakroiliakálních kloubech, kde je hodnocena především distální polovina štěrbiny, zde již v počátečních stádiích lze nalézt tzv. bunes Bild podle Dihlmana, tj. známky destrukce a produkce patologické novotvorby. Štěrbina se nejprve rozšiřuje, v okolí vzniká osteoporóza. V další fázi dochází k zanikání štěrbin, až nakonec dojde k úplnému zániku štěrbiny. Často jsou tyto změny symetrické na obou kloubech, někdy postupné. Na páteři dochází k drobným usuracím těl obratlů. Následně pak erozí těchto míst dojde k vápenatění jako výrazu reparace. Tvar obratle se tak mění, ztrácí konkavitu předního okraje a vzniká tak čtvercový tvar. Dále dochází ke vzniku osifikací mezi obratlovými těly a okrajů meziobratlových destiček. Na rentgenovém snímku lze vidět syndesmofyty (kalcifikace přemostujících těla obratlů). Kalcifikace destiček vytváří obraz tzv. bambusové páteře. Postupně také dochází k zužování až zániku kloubů intervertebrálních a kostovertebrálních. Nejčastěji se tak děje v krční a hrudní páteři. Mezi časné známky SA patří rovněž tzv. fibroostitidy, lokalizované při úponech šlach a vazů. (Pudlač, 2007, Trnavský, 1993,1997).

2.1.6 Průběh a stadia SA

Průběh nemoci je velmi rozmanitý a těžko je lze předem odhadnout. U mužů postupuje nemoc zpravidla ascendentně, u žen častěji descendentně. Od počátku nemoci do počátku deformit a ztuhnutí většího rozsahu uplyne obvykle řada let, ale nemoc může proběhnout i tak rychle, že k úplné ztuhlosti dojde během několika měsíců. (Pavelka, 2005, Trnavský, 1993)

Nemoc také může svůj průběh kdykoliv měnit, stabilizovat se nebo exacerbovat. Stadia bez obtíží se mohou charakteristicky střídat se silnou aktivací nemoci. Tyto ataky jsou

poznatelné podle subjektivního pocitu a zesílení bolesti v postižené oblasti pohybového aparátu, či objektivně dle odpovídajícího vyšetření. (Pavelka, 2005, Trnavský, 1993)

Aktivitu onemocnění můžeme určit podle indexu BASDAI (Bath ankylosing spondylitis disease activity index). Onemocnění je aktivní, pokud splňuje kritéria uvedená níže v tabulce. Funkční postižení se zpravidla hodnotí podle funkčního indexu BASFI (Bath ankylosing spondylitis functional index). (Pavelka, K., 2005, Trnavský, 1993)

Tabulka 3: Stadia SA

Stadium	KO	RTG
I.	Sulcus dorzalis perzistenc, zkrácení Schoberovy a Stiborovy distance, dvojhrb kontury páteře	Změny na SI kloubech žádné nebo nevýrazné, neumožňují diagnózu SA
II.	Stejně jako u 1. stadia	Změny jen na SI kloubech
III.	Snížené úklony a rotace v bederním úseku	Změny na SI kloubech, na bederní páteři (intervertebrálních kloubech nebo ligamentech páteře)
IV.	Přibývá omezení pohyblivosti hrudní, popřípadě krční	Jako u 3. stadia a navíc nález na hrudní páteři, krční páteř beze změn nebo nepatrné změny (syndesmofyty bez přemostění)
V.	Všechny předchozí, krční páteř klinicky nehybná, klouby AO nemusí být postiženy	Jako předešlé a navíc nález na krční páteři, tj. osifikace ligament, popřípadě ankylóza intervertebrálních kloubů

Zdroj: Trnavský (1993)

Pro rehabilitační postupy je bezpodmínečně nutné znát stadium SA, ale také aktivitu onemocnění jednotlivých pacientů.

2.1.7 Možnosti léčby u Spondylarthritis ankylopoetica

2.1.7.1 Fyzioterapeutické postupy

Fyzioterapie zaujímá v terapii SA zcela zásadní místo. (Kolář, 2009) Pro fyzioterapeutické postupy je bezpodmínečně nutné znát stadium SA, ale také aktivitu onemocnění jednotlivých pacientů.

- Léčebná tělesná výchova (LTV)

Pohybová léčba je důležitou součástí komplexní léčby SA, mimořádně ovlivňuje vývoj onemocnění a zlepšuje funkční možnosti jedince s SA. Pravidelné cvičení je pro pacienty s SA každodenní a celoživotní záležitostí. LTV se provádí individuálně nebo skupinově (v tělocvičně nebo v bazénu). (Hromádková, 2002, Králová, 1985)

Obecným cílem LTV je snaha o zpomalení ankylotizace páteře a působení proti kyfotizaci. LTV se zaměřuje na udržení hybnosti páteře a hrudníku, ovlivnění svalových dysbalancí, udržení rozsahu pohyblivosti kořenových kloubů, korekci postury, udržení maximální dechové výkonnosti a zlepšení celkové kondice pacienta.

Ve vztahu k neuroimunitním souvislostem je důležité cvičení celkové relaxace s nácvikem různých modifikací dechového stereotypu. Pro rozvoj koordinace a tím lepší kompenzační kontroly pohybových následků nemoci je důležitý nácvik somatognozie. (Kolář, 2009). Při cvičení může být využito různého typu náčiní, užitečným náradím jsou ribstoly, ale i různých forem cvičení, např.: spinální cvičení, Klappova metoda, Kaltenbornova metodika, Piltates, Jóga a další. Účinky různých druhů cvičení u pacientů s SA jsou hodnoceny v různých studiích (Levitová, 2008, Karapolat, 2009, Altan, 2011, Nghiem, 2008 a další).

- Polohování – má preventivní význam u pacientů v počátečních stádiích SA, napomáhá k udržení fyziologického zakřivení páteře. (Hromádková, 2002)
- Manuální léčba – využívá se postizometrické relaxace (PIR), antigravitační relaxace, měkké techniky a mobilizace. (Hromádková, 2002)
- Fyzikální terapie – využívá se prostředků mechanoterapie, elektroterapie s analgetickým a myorelaxačním účinkem, termoterapie a hydroterapie. V době remise onemocnění je pro pacienty s SA velmi vhodná opakovaná lázeňská léčba. Komplexní lázeňskou léčbu navrhuje revmatolog od II. Stadia onemocnění. (Kolář, 2009, Poděbradský, 1998). Efekt balneoterapie u pacientů s SA hodnotí např.: Altan, 2006.

2.1.7.2 Farmakoterapie Spondylarthritis ankylopetica

Téměř 90 % všech pacientů s SA užívá pravidelně léky. (Sieper, 2005)

Možnosti farmakoterapie SA jsou:

- **Nesteroidní antirevmatika (NSA)** – léčba vede u většiny pacientů k rychlé úlevě od bolesti, ranní ztuhlosti a do jisté míry i ke zlepšení funkce a umožňuje současně nezbytnou pohybovou léčbu. Jejich příznivý krátkodobý efekt je tedy nesporný.

Nakolik je jejich dlouhodobé užívání schopno ovlivnit dlouhodobou prognózu nebo strukturální změny, však jasné není. Navíc u dlouhodobého používání NSA je třeba myslet na zvýšené riziko gastrointestinální, kardiovaskulární nebo renální.

- **Chorobu modifikující léky :**

Sulfasalazin – účinek na axiální symptomatologii a na entezitidy není přesvědčivý. V léčbě SA má své místo především u formy periferní. Občas se podává z důvodu snížení rizika recidiv akutní přední iridocyklitidy.

Metotrexát - v léčbě SA se využívá spíše výjimečně

Přípravky se solemi zlata – u SA se neukázaly jako účinné

- **Glukokortikoidy** - výsledky systémového perorálního podávání glukokortikoidů není u SA podloženo důkazy, nicméně injekční aplikace depotního glukokortikoidu do míst muskuloskeletálního zánětu je často účinná.
- **Ostatní léky** - Amitriptylin, atd.
- **Homeopatické preparáty** – v dnešní době vzrůstá počet pacientů, kteří využívají i možnosti homeopatie. Prokazatelné výsledky však nejsou k dispozici.

(Pavelka, 2005, Sieper, 2005, Šenolt, 2011)

- **Biologická léčba** - představuje zásadní průlom v léčbě SA a přináší tak pacientům zcela novou kvalitu života. Jedná se o podávání látek, které zpomalují, resp. tlumí aktivaci imunitních buněk účastnících se zánětlivé reakce, nebo zpomalují účinnost jejich produktů, tzv. cytokinů. Především se jedná o cytokin alfa (označován jako tumor nekrotizující faktor alfa – TNF α), který hraje klíčovou roli v rozvoji tohoto onemocnění. Blokáda TNF α je možná dvěma způsoby: protilátkou – chimerická monoklonální protilátka TNF α se nazývá infliximab (Remicade), plně humánní monoklonální protilátka je adalimumab (Humira) a nově golimumab (viz. studie Van der Heijde, 2014) nebo podání tzv. solubilního receptoru p75 s názvem etanercept (Enbrel). Jedná se tedy o ovlivnění patologického zánětlivého procesu na molekulární úrovni uvnitř buněk. Dle proběhlých studií je odpověď na léčbu dobrá. Např. u preparátu Remicade (podáván je infúzně) došlo během 12 týdnů ke snížení hodnoty BASDAI o 50 % a více. Dle pilotní studie o účinnosti infliximabu (podáván podkožně), kterou publikoval Braun v roce 2002, byl pokles BASDAI o 50% evidentní u 9/10 pacientů, došlo k normalizaci CRP. Při druhé randomizované studii provedené na 40 pacientech byl medián zlepšení obou kritérií o 73 a 76 %. Statisticky

byly významné rozdíly i v hodnocení BASDAI, BASFI, ranní ztuhlosti, oteklých a citlivých kloubů. (Praisová, 2008, Sieper, 2005, Kucharská, 2006)

Při vysokých nákladech na tuto léčbu, nejasnostech v optimálním použití a neznalosti dlouhodobých nežádoucích účinků je nezbytné definovat přesně pacienty, u kterých je tato léčba racionální. V České republice je přístup k TNF α inhibitorům omezován také směrnými čísly pojišťoven, kolik pacientů jsou ochotny hradit. (Kucharská, 2006). Nová kritéria České revmatologické společnosti pro zahájení biologické léčby u SA uvádí ve svém přehledovém článku Šenolt (2011).

Pokud hovoříme o biologické léčbě, je třeba si uvědomit i možné nežádoucí účinky, které mohou být od méně závažných po život ohrožující. Jedná se o nejrůznější alergické projevy – kopřivka, horečka, otok a zarudnutí v místě aplikace, anafylaktický šok. Dále se vyskytují infekce včetně sepsí a TBC, nádory, úbytek krvinek, zvýšení hodnot jaterních testů, neurologické projevy, srdeční selhání. Právě riziko reaktivace TBC vedlo k doporučení provádět screeningové vyšetření u každého nemocného – testování se provádí tuberkulinovým testem na předloktí a dále odběrem krve na tzv. quantiferron. (Kucharská, 2006)

2.1.7.3 Chirurgická léčba

U nemocných SA jde nejčastěji o totální endoprotézu (TEP) jednoho či obou kyčelních kloubů. Dle studie z roku 1996 je chirurgické řešení TEP kyčle častější u pacientů, u kterých začalo onemocnění v mladším věku. Předoperační a pooperační léčebná tělesná výchova se svou podstatou neliší od prvků užívaných u nemocných s totální endoprotézou kyčle na podkladě osteoartrótických změn. (Trnavský, 1993)

Těžké kyfózy páteře se ojediněle řeší osteotomií obratlů, jedná se však o zákrok značně rizikový. (Trnavský, 1993)

Zvláštní zlomeninou u SA je tzv. transdiskální fraktura páteře. Příčinou těchto fraktur je nejčastěji automobilová nehoda (při nepoužití přídavné opěrky na hlavu), následek pádu (nejčastěji v koupelně, dále velmi často při pádu na lyžích). Tyto fraktury jsou velice těžko identifikovatelné, a proto velmi často přehlédnuty. Často nestačí obyčejný RTG snímek, k diagnóze jsou nutná tomografická (CT) a magnetorezonanční (MR) vyšetření. Jako terapie je nutný okamžitý klid dotyčné části páteře, v těžkých případech je nezbytná operace. (Haag, 1999)

2.1.8 Prognóza onemocnění

Prognóza je ovlivněna nejen přirozeným průběhem onemocnění, ale i vůlí nemocného dodržovat komplexní léčebný program. Prognosticky závažněji lze hodnotit rhizomelickou formu SA, zejména z hlediska možného vývoje ankylózy kyčelních kloubů. Periferní typ se prognosticky blíží k revmatoidní artritidě.

Přidružená onemocnění, zejména, jsou-li spojena s dlouhodobým klidem na lůžku, mohou prognózu SA značně zhoršit. Ke zhoršení stavu může vést i nepřiměřená staticko-dynamická zátěž. (Pavelka, 2008, Trnavský, 1993)

2.2 Kvalita života a kvalita života podmíněná zdravím

2.2.1 Pojem kvalita života

Studium kvality života prodělává svůj „boom“ zejména v posledních deseti letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které se pokoušejí z různých aspektů uchopit toto zajímavé a důležité téma. Přestože je pojem kvalita života velmi frekventovaný, v oblasti jeho konceptualizace a zejména v metodologických otázkách nebyla nalezena názorová shoda. Je to způsobeno tím, že o kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to především psychologie, či sociologie, kulturní antropologie, ekologie a medicína. Je nutné zmínit, že i přes nespornou popularitu pojmu kvalita života se ozývají kritické hlasy, které poukazují na nejednoznačnost jeho vymezení a neexistenci jasné a obecně přijímané definice, která by se opírala o propracovaný teoretický model. Je kritizován proces tvorby dotazníků, jejichž konstrukce vychází často ze subjektivních názorů jejich tvůrců a jejichž validita je problematická. Kritici poukazují na tendenci rozhodnout, jak by měl vypadat „ kvalitní život“, a toto v jistém smyslu vnucovat jako určitou normu. I přes tyto oprávněné výhrady se však ukazuje, že studium kvality života je v současné vědě nosným a užitečným směrem. (Payne, 2005)

2.2.2 Definice pojmu

V literatuře existuje celá řada definic kvality života. Na nejjobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. S jistým zjednodušením lze konstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept v zásadě dvě

dimenze, a to objektivní a subjektivní. *Subjektivní kvalita života* se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. *Objektivní kvalita života* znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Zůstává stále otázkou, jak tyto dvě úrovně spolu souvisí, a jak by tedy měla být kvalita života nejlépe měřena. (Payne, 2005). Definice pojmu kvalita života je dle Velkého lékařského slovníku velmi podobná, je definována jako individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu k systému hodnot, kultuře, životním cílům, očekávání a k běžným zvyklostem“. Bývá někdy pojímána jako rozdíl mezi skutečností a individuálním očekáváním. Je do značné míry podmíněna zdravím, psychickým stavem, stupněm nezávislosti, ekonomickými okolnostmi, sociálními vztahy a celkovým životním prostředím (Vurm, 2007). Ke kategorizaci konceptů kvality života přispěla i Veenhovenová ve své teorii „čtyř kvalit života“. Za zmiňované čtyři kvality považuje (1) životní šance neboli předpoklady, (2) životní výsledky, (3) vnější kvality neboli charakteristiky prostředí včetně společnosti a (4) vnitřní kvality neboli charakteristiky individua. (Dragomirecká, 2005)

2.2.3 Chápání kvality života v různých oborech

2.2.3.1 Chápání kvality života v psychologii

Psychologické pojetí života a relevantní výzkumy se vztahují ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. V psychologii lze vysledovat tři podoby konceptualizace toho, co se pod pojmem , kvalita života skrývá. Jde o:

- Spokojenost se životem . tj. o zjišťování životní spokojenosti, kdy se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a také jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí.
- Prožívanou subjektivní pohodu – subjective well-being, štěstí – happiness, flow – kdy je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového. (Payne, 2005)

Nejvíce se doposud pracovalo a pracuje s termínem *subjective well-being*, jenž má dimenzi kognitivní a emocionální. Kognitivní dimenze reprezentuje víceméně racionální hodnocení vlastního života, tj. jak celkově vlastní život hodnotíme, a jak jsme s ním spokojeni či nespokojeni (Payne, 2005). Kučera (2004) definuje pojem kvalita života jako „úroveň životní pohody (wellbeing) spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí“. Můžeme tedy říci, že osobní pohoda je hodnocením kvality života jako celku (Šolcová, Kebza, 2004). Autoři Hartl,

Hartlová (2000) pojem kvality života také chápou jako vyjádření pocitu životního štěstí. K nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost. Psychologický význam pojmu tyto autoři uvádějí jako „míru seberealizace a duševní harmonie, čili míru životní spokojenosti a nespokojenosti“.

2.2.3.2 Chápání kvality života v sociologii

V sociologickém významu je kvalita života vnímána jako pocit životní úrovně specifických skupin jako jsou staří lidé, příslušníci etnických a jiných minorit, tedy hledisko jejich možnosti volby. Sociologové ale nesledují kvalitu života jen v rámci určité populace, ale i mezikulturně, a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. (Payne, 2005)

2.2.3.3 Chápání kvality života v lékařství

V současné době se kvalita života v medicíně považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví definovaného jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci“ (WHO, 1946), než mortalita a morbidita. Světová zdravotnická organizace (WHO) kvalitu života chápe jako 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“ (Dragomirecká, 2005).

Termín kvalita života je v medicíně užíván od 70. let 20. Století, zejména v průběhu 80. let se stále častěji začíná používat v klinických studiích. Přesto je ve zdravotnictví kvalita života problematikou stále poměrně novou, když zejména v posledních letech velmi zdůrazňovanou. V mnoha oblastech klinické medicíny dnes již existuje všeobecný konsenzus týkající se potřeby sledovat kvalitu života pacientů jako jednu z hlavních komponent různých medicínských či zdravotnických intervencí. Zjišťování kvality života doplňuje objektivní ukazatele zdravotního stavu tím, že popisuje dopad nemoci a léčby na každodenní život pacienta, zprostředkuje subjektivní pohled pacienta a hodnotí účinnost terapie, při které nedochází k úplnému vyléčení, jako je tomu u chronických poruch. Je logické, že v medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. (Dragomirecká, 2005)

V odborné veřejnosti se v poslední době hovoří o změně vzorců pro myšlení, chování a jednání zdravotníků (tzv. paradigmát). Tato změna je vyvolána nepochybnými změnami ve spektru prevalence nemocí. V poslední době začínají převažovat chronické nemoci a uvažování dle schématu etiopatogeneza – manifestace - vyléčení nepostihuje realitu. Další příčinou změn je celostní (holistický) pohled na člověka, zdraví a nemoc. Velkou roli zde

hraje pojem životních rolí a jejich omezení nemocí či handicapem (znevýhodnění). Zdravotníci začínají uvažovat o tzv. bio-psychosociálním modelu nemoci, který je charakterizován orientací na cílový dopad, na zajištění podkladů pro ošetřování a rehabilitaci, odpovídajícím klasifikačním systémem ICIDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicaps). Zdravotníci uvažují dle schématu: etiopatogeneza – poškození-porucha schopnosti-znevýhodnění. (Bittenglová, 2009, Kalová, 2004)

2.2.4 Kvalita života podmíněná zdravím

Kvalita života podmíněná zdravím, celosvětově označována jako Health Related Quality of Life (v následujícím textu uváděna jako HRQOL), tj. kvalita života ovlivněná zdravím, shrnuje subjektivní a přitom kvalifikované měření, jednak vnímání zdraví a také vnímání chodu životních funkcí ve fyzické, zdravotní a emoční sféře. (Vurm, 2007) Tento pojem je možné specifikovat jako „subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky“. (Payne, 2005) Konkrétně to znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí (Payne, 2005). Měření HRQoL přináší lékařům a zdravotníkům mnoho dalších důležitých informací, které se v běžné klinické praxi u pacientů vůbec nezjišťují. Často to jsou skutečnosti ze subjektivního hlediska a z hlediska zvládání života s nemocí pro pacienta rozhodující, patří mezi ně např.: emocionální prožívání nemoci, míra sociální podpory, partnerské vztahy a podobně. (Payne, 2005). To jak jednotlivec subjektivně vidí a prožívá sám sebe, jak je sám se sebou spokojen, je nesmírně důležité pro posouzení úspěšnosti či neúspěšnosti intervencí ošetřovatelských, rehabilitačních a medicínsko-terapeutických (Kalová, 2004). Široký konsenzus odborných autorit o významu konceptu kvality života podmíněné zdravím (HRQoL) může být bezpochyby považován za jeden z nejvýznamnějších přínosů vývoje zdravotní péče v posledním desetiletí. (Ware, 1992). Smyslem léčby a obecně řečeno zdravotní péče je docílit, aby pacient vedl „efektivnější“ život s uchováváním všech životních funkcí, s docílením dobrého životního pocitu a standardu (well – being). (Ware, 1992) U chronických onemocnění se hodnocení kvality života podmíněné zdravím (HRQoL) stává jedním z rozhodujících faktorů při přijímání zásadních strategických rozhodnutí o léčbě a o celkovém přístupu ke konkrétnímu pacientovi

i k celé nosologické jednotce. Kvalitu života lze sledovat na individuální úrovni, kde slouží především k sestavení terapeutického plánu a posléze k vyhodnocení aplikovaných postupů, na úrovni skupin pacientů s určitým typem obtíží, kde je měření kvality života indikátorem efektu léčby, dopadu vedlejších účinků léků nebo prostředkem k hodnocení komplexních programů nebo na úrovni populačních šetření kvality života, jejichž výsledkem je popis rizikových skupin obyvatelstva a slouží jako podklad pro preventivní programy a plánování zdravotní a sociální péče (Dragomirecká, 2005).

2.2.4.1 Dimenze zdravotního stavu

Kvalita života podmíněná zdravím bývá rozdělována do čtyř základních kategorií:

- fyzický stav a funkční schopnosti – tato kategorie je určena dimenzemi zdravotního stavu: fyzické funkce, fyzické omezení rolí, tělesná bolest a všeobecné zdraví
- psychický stav a pocit pohody – kategorie je určena dimenzemi zdravotního stavu: vitalita, sociální funkce, omezení pro emoční problémy a vnímání všeobecného zdraví
- sociální vztahy
- ekonomická situace a zaměstnání (Vaďurová, 2005)

Informace o jednotlivých dimenzích zdravotního stavu:

- Fyzická činnost – physical functioning (PF) – určuje, zda je jedinec limitován při fyzických aktivitách (včetně koupání a oblékání) v důsledku zdravotních problémů
- Omezení pro fyzické problémy - role physical (RP) – značí problémy s prací nebo jinými denními aktivitami v důsledku fyzických zdravotních problémů
- Tělesná bolest – bodily pain (BP) – určuje intenzitu bolestí a jimi způsobené omezení
- Celkové zdraví – general health (GH) – určuje vnímání osobního zdraví
- Vitalita - vitality (VT) – značí trvalý pocit únavy a vyčerpání či pocit překypování elánem a energií
- Sociální funkce – social functioning (SF) – udává ovlivnění normálních sociálních aktivit v důsledku fyzických a emočních problémů

- Omezení pro emoční problémy – role emotional (RE) - značí problémy při práci nebo jiných denních aktivitách v důsledku emocionálních problémů. Těmi jsou myšleny zejména negativní emoce, jako jsou: pocity zlosti, zklamání, úzkosti, strachu, smutku, zoufalství, nenávisti a další.
- Duševní zdraví - mental health (MH) – značí trvalý pocit nervozity a deprese nebo pocit pokoje, štěstí a klidu
(Petr, 2001, Sobotík, 1998)

Dimenze zdravotního stavu se uplatňují v hodnocení kvality života podmíněné zdravím.

2.2.5 Hodnocení kvality života

Nástroji ke zjišťování a hodnocení kvality života podmíněné zdravím jsou dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Je to cesta k velmi efektivnímu ohodnocení zdravotního stavu (Zeman, 2008). V posledních 15ti letech se řada výzkumných pracovišť systematicky zabývala vytvářením pečlivě zkonstruovaných sad dotazníkových otázek určených k hodnocení konceptu kvality života podmíněné zdravím, a to tak, aby stupnice odpovědí na tyto otázky byly neodvislé od věku a pohlaví hodnocené osoby. Metoda dotazníků byla doposud používána pro stanovení tíže onemocnění, případně jeho aktivity (Kalová, 2004). Důležité pro hodnocení kvality života jsou i rozdíly mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Lidé, kteří jsou nemocní a svůj stav přijmou, mohou po období nutném k adaptaci na nemoc pozměnit své plány a očekávání a přizpůsobit se tak životu s nemocí., mohou získat zpět i určitý pocit životní pohody. Jiní pacienti se za stejných podmínek mohou být více nespokojenými se svou životní situací a mohou hodnotit svou celkovou kvalitu života jako velmi nízkou. Jinými slovy, postoje k vlastnímu zdravotnímu stavu jsou důležité prediktory průběhu nemoci a jsou nezávislé na skutečném klinickém stavu. (Bittenglová, 2009, Kalová, 2004)

Dle Křivohlavého (2002) jsou tři skupiny přístupů k měření kvality života:

- Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba
- Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba
- Metody smíšené, vzniklé kombinací metod výše uvedených

V této práci jsem se soustředila především na dotazníky, kde je hodnotitelem sama daná osoba. Tyto tzv. externí přístupy jsou zaměřeny na chování či jednání pacientů, které je objektivně (či téměř objektivně) měřitelné. Pracují s tzv. modelem „obecného pacienta“, a dávají tak možnost srovnávání kvality života pacientů v různém stadiu onemocnění, a to jak při jejím zhoršování, tak i při zlepšování zdravotního stavu. Celkový stav pacienta se jimi dá vyjádřit číselně – i když s určitými problémy. Na druhé straně vykazuje externí přístup k hodnocení kvality pacientova života řadu nedostatků. Proto Patrick a Ericson (1993) navrhuji zjišťovat u každého pacienta nejprve priority dimenzí kvality života a teprve poté brát v úvahu při měření kvality života jen ty dimenze, které daný pacient považuje za nejpodstatnější (z jeho vlastního – osobního hlediska). Interní pohled na kvalitu života znamená radikální změnu v měření kvality života. (Kalová, 2004, Křivohlavý, 2002)

Existují tři typy dotazníků, tedy nástrojů ke zjišťování stavu kvality života podmíněné zdravím (HRQoL):

- Globální typ (Global) - tento typ poskytuje všeobecné zhodnocení kvality života, většinou však nelze identifikovat postižení v jednotlivých oblastech – doménách (fyzikální, emoční, vitalita, atd.)
- Generický typ (Generic) - umožňuje demonstrovat podobnosti či naopak rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami a umožňuje porovnat, jak se jednotlivé nemoci - nosologické jednotky - vzájemně liší či naopak podobají co do vlivu na kvalitu života podmíněnou zdravím (HRQoL).
- Specifický typ (Specific) - pro určitou nemoc. Tento typ je vytvořen tak, aby umožňoval zejména hodnotit vývoj stavu nemoci v čase. Dotazníky tohoto typu jsou schopny zachycovat klinicky významné změny, ale jejich výsledky lze obtížněji srovnávat nebo zobecňovat. (Kalová, 2004, Petr, 2001)

Kalová (2004) uvádí, že základní typy dotazníků mají určité přesahy, ale rozdělení takto podané je všeobecně akceptováno. Mezi dotazníky generického typu patří již zmíněný SF- 36. (Kalová, 2004). Tyto nástroje jsou všechny konstruovány tak, aby byly použitelné i formou samostatného vyplňování pacientem, tedy bez asistence další osoby. (Kalová,2004, Dragomirecká, 2005).

Zdrojem informací o instrumentech kvality života je databáze PROQOLID, kterou provozuje mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života MAPI Research Institute. Databáze je rozšířením původní databáze QOLID (Quality of Life Instruments Database) o

instrumenty podchycující další subjektivní indikátory zdraví, označované zkratkou PRO (Patient Reported Outcome). V databázi obsahující tisíc dokumentů je možné vyhledávat podle různého třídění. U každého dotazníku je uvedena zkratka, plný název, autoři, účel měření, cílová populace, způsob administrace, počet položek, původní jazyk, ověřené jazykové verze a další informace. Další třídění popisuje oblast, které se instrumenty týkají, jako je např.: kvalita života obecně, spokojenost, zdravotní stav, práce, kvalita konce života, zvládání životních situací apod. Instrumenty se dále dělí dle toho, komu jsou určeny (např.: dětem, pečovatelům, atd.), a podle způsobu administrace. (Dragomirecká, 2005)

2.2.6 Instrumenty k hodnocení kvality života u pacientů s SA

2.2.6.1 Generické dotazníky

Dnes je v literatuře je uváděno široké spektrum generických dotazníků zaměřených na kvalitu života, proto v následujícím textu uvádím jen ty nejčastěji používané.

- Dotazník Short Form -36 (SF-36)

Základní verze byla přeložena do českého jazyka. Copyright na tento test je majetkem neziskové organizace Medical Outcomes Study Trust. Oxford Health Life Survey- studie provedená v Oxfordu v letech 1991/1992 zajistila normativní reprezentativní data pro evropskou populaci pro dotazníkový nástroj SF-36. (Petr, 2001) Normály pro středoevropský region předložil MUDr. Petr, PhD. (1999, 2000, 2001) v práci, která hodnotí kvalitu života podmíněnou zdravím (HRQoL) u příslušníků policie České republiky.

Short Form – 36 je generický typ dotazníku, který se používá ve studiích obecné, tak i specifické populace. (Petr, 2001, Vaňásková, 2004). Tento dotazník je schopen kvantifikovat stav kvality života (ve smyslu koncepce HRQoL) jako celku i jednotlivých dimenzí zdravotního stavu. Dotazník je sestaven z 36 otázek, poskládaných do 8 dimenzí zdravotního stavu (každá obsahuje dvě až deset otázek) a jedné individuální otázky. Všechny 8 dimenzí dohromady dobře vypovídá o celkovém stavu respondenta.

V rámci každé dimenze jsou jednotlivé otázky ohodnoceny, hodnoty sečteny a výsledná hodnota transformována na škálu 0 - 100, přičemž 100 značí dobrý zdravotní stav a 0 špatný zdravotní stav. Skóre pod 50 může být interpretováno pod normou obecné populace. Nižší skóre signalizuje horší zdravotní stav či dlouhodobé onemocnění. Ženy mají obecně nižší skóre. (Jenkinson et al., 1993). Takto dostaneme jednu hodnotu pro každý blok. Těmito 8 hodnotami je popisován zdravotní stav respondenta.

Test je uzpůsoben pro vyplnění osobami staršími 14 let, lze jej vyplnit i na základě rozhovoru a případně po telefonu s poučenou osobou. U tohoto dotazníku byla prokázána spolehlivost, validita (platnost) a citlivost. Doba administrace je cca 10 min. Popularita SF-36 je způsobena stručností a komplexností dotazníku. (Vaňásková, 2004)

V roce 1996 byla představena nová verze dotazníku SF-36 - verze 2.0, která byla konstruována k upravení nedostatků v původní verzi. Zdokonalení se týkalo instrukcí, některé části dotazníku byly zkráceny, byly zjednodušeny formulace textu, zdokonalena struktura otázek a odpovědí za účelem zjednodušení vyplnění dotazníku a redukci chybějících (nevyplněných) odpovědí u dotazovaných. Tato verze umožňuje širší komptabilitu s překlady v dalších zemích. (Ware, 2002)

- Dotazník Short Form – 12

Byl vytvořen jako kratší varianta k předchozímu dotazníku pro použití ve velkých výzkumech. Vyplnění zabere maximálně 5 minut. Byl vytvořen v roce 1996 Warem a spol. (Ware, 1996). Jeho vyplnění je možné jako u předchozího dotazníku vlastním pacientem či jako pohovor, po telefonu nebo zaslán poštou či e-mailem.

- Dotazník Short Form – 6D

Jedná se o dotazník vycházející z dotazníku SF-36. Je postaven na 6 dimenzích z dotazníku SF-36. Byl vytvořen Brazierem a spol. (Brazier, 2002). Byla u něj prokázána dobrá použitelnost, validita i spolehlivost.

- Sickness Impact Profile (SIP)

Dotazník byl poprvé publikován v roce 1976. Obsahuje 136 otázek. Může být vyplněn samotným pacientem nebo může být veden jako pohovor. Délka administrace dotazníku je 20 – 30 min. Dotazník je dostupný v několika světových jazycích, jeho výsledkem jsou dvě hlavní kategorie – fyzická a psychosociální, každá obsahuje dvanáct podkategorií. Fyzická kategorie obsahuje např.: pohyblivost, schopnost chůze, sebeobsluhu. Psychosociální obsahuje např.: sociální vztahy, komunikaci, emoční chování, spánek a odpočinek a další. Dotazník je označován jako spolehlivý nástroj, je validizován. SIP používá ve spojení s SA např.: Hidding (1993). (Němec, 2009)

- Nottingham Health Profile (NHP)

Tento dotazník obsahuje celkem 38 položek rozdělených do 6 sekcí. Kategoriemi jsou mobilita, bolest, sociální izolace, emoční reakce, vitalita a spánek. Každá z kategorií má rozsah od 0 do 100, následně se vypočítá souhrnné průměrné skóre. Doba administrace je asi 10 minut, je k dispozici v několika jazykových verzích. (Němec, 2009)

- Dotazník Euro Quality of Life

Dotazník hodnocení kvality života Euro Quality of Life (EuroQoL) byl vyvinut skupinou mezioborových odborníků, výhodou tohoto dotazníku je jeho jednoduchost. Opět existuje mnoho jazykových verzí. Dotazník je použitelný v populačních zdravotních studiích ne ke kombinaci se specifickými dotazníky k vyhodnocení určitých onemocnění. Má dobrou spolehlivost a validitu. Dotazník obsahuje pět dimenzí, ve kterých respondenti odpovídají na míru potíží v dané oblasti (pohyblivost, soběstačnost, běžné činnosti, bolest, strach/deprese). (Němec, 2009)

Respondent má možnost v každé z pěti oblastí vybrat jednu z 3 možných odpovědí: 1 = nemá obtíže, 2 = s určitými obtížemi, 3 = velké obtíže/nejsm schop. Takto získané hodnoty se uspořádají za sebe a získá se tak pětimístné číslo, které reprezentuje stav respondenta. Výsledná hodnota dotazníku EuroQoL je pak tabulková hodnota, která odpovídá danému pětimístnému číslu. Čím menší číslo tím se stav respondenta zhoršuje. Dotazník má navíc druhou část – 20 cm vizuální analogovou škálu (VAS), s koncovými možnostmi „můj nejhorší zdravotní stav“ a „můj nejlepší zdravotní stav“. Z uvedeného dotazníku lze vytěžit 3 typy dat: popisný profil pacienta, který udává rozsah problému u každé z pěti dimenzí, skóre vzhledem k dané populaci, které je založeno na popisných datech a vlastní pohled pacienta na svůj zdravotní stav, tj. pomocí VAS. (Němec, 2009)

- Dotazník kvality života World Health Organization Quality of Life Assessment

Světová zdravotnická organizace vyvinula dotazník zaměřený právě na měření kvality života World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL) – WHOQoL - 100 a jeho zkrácenou verzi WHOQoL-BREF. Autorkami české verze jsou Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová. (Dragomirecká, 2005)

Dotazník WHOQoL-100 je sestaven ze 100 položek. Dotazník WHOQoL-BREF obsahuje 24 položek sdružených do 4 domén a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav (celkem tedy 26 položek). Tato zkrácená forma dotazníku vychází z dotazníku WHOQoL-100. Výběr položek byl proveden tak, aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektů kvality života. Oba dotazníky slouží k sebesouzení kvality života jedince. Respondent je vyplňuje sám, pouze v případě potřeby se předkládá formou standardizovaného rozhovoru. Oba dotazníky jsou určeny pro hodnocení kvality života skupin nebo populací. Umožňují mezinárodní nebo regionální srovnání nebo srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami. Dotazník je určen pro populaci do 65 let. Vyplnění dotazníku WHOQoL-100 trvá 20-30 minut a WHOQoL-BREF přibližně 5-10 minut. (Dragomirecká, 2005). V praxi je účelnější zkrácená verze WHOQoL-BREF. Vzhledem k výsledkům retestové reliability není vhodné dotazník WHOQoL-100 používat k podchycení vlivu bezprostřední nálady nebo krátkodobých změn. (Šťastná, 2007).

2.2.6.2 Specifické dotazníky zaměřené na spondylarthritis ankylopoetica

- Bath Ankylosing Spondylitis disease activity index

Bath Ankylosing Spondylitis disease activity index (BASDAI) je dotazník, který byl vyvinut za účelem subjektivního hodnocení aktivity onemocnění u pacientů se Spondylarthritis ankylopoetica (SA). Jedná se tedy o specifický dotazník pro SA. BASDAI se skládá z 6 vizuálních analogových škál (VAS), vztahujících se k hlavním symptomům relevantním k ankylozující spondylitidě: únavě, bolesti zad, bolesti kloubů, palpační bolestivosti a ranní ztuhlosti.

Jednotlivé položky jsou pak hodnoceny na škále od žádných (0) k těžkým (100) symptomům. Průměr z hodnot 5. a 6. VAS (obě se týkají únavy) se pak průměruje s hodnotami na 1.- 4. VAS. Takto získané skóre je výslednou hodnotou BASDAI a má rozsah 0 - 100, kde hodnota 100 značí velkou míru potíží.

- Dotazník Ankylosing Spondylitis Quality of Life

Dotazník hodnocení kvality života u pacientů s ankylozující spondylitidou Ankylosing Spondylitis Quality of Life (ASQoL) se skládá z 18 otázek, ve kterých respondenti odpovídají „ano“ či „ne“. Jedná se o specifický typ dotazníku pro pacienty s SA. Respondentům jsou

otázky kladené ve smyslu negativním, tedy pokud odpovídají na otázky „ano“, pak je jejich zdravotní stav špatný (např.: „Mám potíže s oblékáním“, „Stále se cítím unavený“).

Odpovědí „ano“ je následně přiřazena hodnota 1, odpovědí „ne“ hodnota 0. Výsledná hodnota dotazníku ASQoL je pak součet hodnot z 18 jednotlivých otázek. Skóre tak nabývá hodnot na stupnici od 0 do 18, přičemž 0 značí dobrou kvalitu života a 18 špatnou kvalitu života.

U testu byla prokázána výborná vnitřní soudržnost, reliabilita a validita. Bylo prokázáno, že ASQoL poskytuje cenný nástroj k hodnocení vlivu intervencí pro SA. Je dobře akceptován pacienty, jeho vyplnění zabere okolo čtyř minut a má výborné skórovací a psychometrické vlastnosti. (Doward, 2003)

2.2.7 Kvalita života u pacientů se Spondylarthritis ankylopoetica

Spondylarthritis ankylopoetica (SA) je chronické zánětlivé onemocnění, které postihuje sakroiliakální klouby a páteř v různých stupních, méně často bývají postiženy i periferní klouby. Nástup tohoto onemocnění je obecně v pozdní adolescenci nebo v brzké dospělosti, každopádně vliv onemocnění je manifestován po většinu pacientova života. U pacientů s SA často nacházíme také extraspinální a extraartikulární manifestace jako je chronická uveitis a zánětlivé střevní onemocnění. (Doward, 2003)

Typickým znakem revmatických chorob obecně jsou viditelné tělesné změny, které narušují představu o vlastním těle, tzv. tělový obraz. Fyzický vzhled je podstatný pro sebevědomí a sebehodnocení, a to především u mladých lidí (do této věkové skupiny patří i pacienti se SA). Pacienti považují za nejtěživější ty příznaky, které jsou na první pohled viditelné, u pacientů se SA je to ankylóza páteře. Dalším znakem u onemocnění SA je bolest, ta je problémem většiny revmatiků obecně. Bolest má psychologické následky, brání v intelektuálních činnostech a deformuje prožívání nemocného. U některých pacientů již pouhé očekávání, že se bolest dostaví, brání v odreagování se i ve chvílích bez bolesti. Dalším znakem u pacientů se SA je únava a ztráta energie. Tělesnou únavu může pacient prožívat jako charakterovou vadu. Dalším typickým znakem revmatických chorob je ztráta funkční schopnosti, která je následkem bolesti a únavy. To jak pacient vnímá svou neschopnost, je ryze subjektivní a není přímo úměrné stupni onemocnění. Nemocní, kteří se hůře přizpůsobují změnám (v psychologii označována jako premorbidní osobnost), mohou prožívat deprese a úzkosti. Posledním znakem revmatických chorob je závislost na druhých osobách. SA a ostatní revmatické choroby narušují jednu ze základních potřeb člověka- potřebu nezávislosti

a soběstačnosti. Řada revmatiků žije v obavě ze ztráty postarat se o sebe a upadají do těžkých depresí. (Baštecký, 1993)

Za nejčastější problémy považují pacienti s SA ranní ztuhlost, rušení ze spánku kvůli bolesti a poruchu schopností (disabilita), která vzrůstá s délkou onemocnění. Tyto problémy a to, jak se pacient s nimi vyrovnává, mohou mít vliv na kvalitu jeho života. Jak bylo řečeno v úvodní kapitole o SA je velmi častým nálezem u pacientů s SA entezitis a často právě entezitidy jsou zdrojem bolesti. Dle Turana (2009) ovlivňuje entezitis kvalitu života pacienta negativně.

Podle studie uveřejněné v roce 2007 je únava přítomna u 76,5% pacientů se SA. Byla nalezena korelace mezi únavou - Multidimensional assessment of fatigue (MAF) a BASDAI, BASFI skóre. Únava tedy může zvýšit funkční disabilitu, která je jedním z rysů SA. (Turan, 2007)

Průřezová studie v Maroku (Hakkou, 2012) ukázala vysoký výskyt poruch spánku, deprese a úzkosti u pacientů s SA. Poruch spánku jsou dány především probouzením během noci z důvodu zánětlivé nemoci a deprese. Každá z těchto poruch se vyskytuje u více než poloviny pacientů s SA. Detailněji, poruchy spánku byly zjištěny u 64,5% probandů, deprese u 55,5% a úzkost u 61%. Poruchy spánku byly častější u pacientů s vyšší závažností bolesti, vyšší aktivitou choroby a větším fyzickým omezením. Deprese a frustrace byly zaznamenány spolu se zhoršeným sebevědomím a sociálními dovednostmi. Všechny tyto vlivy ukazují na signifikantní vliv tohoto onemocnění na styl života. (Doward, 2003)

Pracovní disabilita může být největším problémem u pacientů s SA v produktivním věku, s potencionálně negativním efektem na wellbeing a kvalitu života. Mít placené zaměstnání může mít pozitivní efekt právě na kvalitu života a wellbeing. (Chorus, 2002). Haywood (2002) uvádí, že nekontrolované onemocnění může ohrozit schopnost mladého muže udržet se v zaměstnání a odtud také podporovat jeho manželku a rodinu jak finančně tak emocionálně. Následkem toho je pochybena jeho schopnost naplnit roli jako manžela, otce a člena společnosti. Jak již bylo řečeno, SA je manifestována nejčastěji v časně dospělosti a nejdůležitějšími sociálními rolemi právě v tomto období jsou zaměstnanec, partner a rodič a s vývojem chronického onemocnění může dojít ke schopnosti tyto role naplnit.

Žít s jakoukoliv formou onemocnění může mít vliv na sexuální život pacienta. Sexuální problémy spojené s nemocí často zůstávají nevyřešeny, protože pacienti jsou v rozpacích, pokud mají hovořit o jejich sexuálním životě. Sexuální problémy u pacientů s SA mohou být spojeny s periferním postižením, sníženou funkcí, vyšší aktivitou onemocnění,

zdravotním stavem a depresí. V roce 2009 byl ve Velké Británii proveden výzkum týkající se sexuálních problémů u pacientů s SA. Z výzkumu vyplynulo, že SA má signifikantní vliv na sexuální vztahy pacienta, přičemž byl signifikantní tento trend se vzrůstajícím věkem. Na sexuálním vztahu pacienta se signifikantně podílely fyzické tak i psychické faktory.(Healey, 2009). Další studie týkající se sexuality, ve které bylo zahrnuto celkem 1000 pacientů se SA, většina z nich (71,6%) byli muži ve věku průměrně 50 let, ukázala podobné výsledky. Pacienti se SA vyplňovali dotazník, jehož cílem bylo ozřejmit kvalitu jejich života. V otázkách na sexuální vztahy, pacienti popisovali dopad choroby na sexuální život. Jako důvody udávali nejčastěji poruchu hybnosti, nezaměstnanost a také nízkou sebedůvěru. (z www.revmaticke-nemoci.cz). Demir (2013) zkoumal problémy se sexualitou u žen, z výzkumu vyplynulo, že se statisticky neliší sexuální dysfunkce u žen s SA a žen běžné populace.

Ward (1998) udává, že symptomy u SA jako je bolest, ztuhlost a únava jsou časté, z tíží onemocnění může vést SA k funkční disabilitě a ovlivňuje tak zaměstnanost pacientů. Udává také, že deprese není neobvyklá. Naproti tomu Pavelka, P. (2008) udává, že z celkového hlediska lze nemocné se SA hodnotit kladně. Dle studie zabývající se hodnocením kvality života s využitím mezinárodního dotazníku SF 36 většina respondentů hodnotila kvalitu svého života poměrně vysoko, protože necelých 80% jich označilo jako průměrnou až dobrou. Jenom 34% jich potřebuje pomoc druhé osoby. Odchytky psychiky ve smyslu depresí u těchto pacientů vcelku nepozorujeme.

Ve většině článků týkajících se kvality života podmíněné zdravím (HRQoL) u pacientů se SA je nejčastějším hodnotícím nástrojem SF-36. SF-36 je skutečně brán jako zlatý standard hodnotící kvalitu života u tohoto onemocnění. Dalším velmi častým nástrojem je BASDAI a BASFI. Velmi oblíbeným se stal EuroQol 5D a ASQoL, který je považován za jediný specifický dotazník, hodnotící HRQoL u pacientů s SA. Aplikace specifických dotazníků na SA roste, ale větší zřetel je přeci jenom brán na roli generických dotazníků. (Ward, 1998).

Často je srovnávána kvalita života pacientů s SA a obecné populace, Kiltz, (2009) uvádí, že je signifikantní snížení kvality života podmíněné zdravím (HRQoL) ve srovnání s obecnou populací. V řadě studií se věnují srovnání HRQoL u pacientů se SA a Revmatoidní artritidou (RA). Ve studiích HRQoL týkajících se pacientů se SA se většinou srovnává kvalita života před a po aplikaci biologické léčby, Van Der Heijde, (2009) uvádí, že

Adalimumab významně zlepšil aktivitu SA, fyzickou funkci a HRQoL a tento výsledek se nezměnil po více než 3 roky léčby Adalimumabem. V jiné studii, zaměřené na vliv Infliximabu na terapeutickou účinnost léčby SA a jeho vliv na kvalitu života u pacientů s SA uvádí Haibel, (2008), že zlepšení o 50% v indexu BASDAI nastalo u 66,3% probandů, srovnatelné zlepšení nastalo i u BASFI a BASMI a tělesné bolesti. Podobné výsledky uvádí ve studii i Boonen, (2008), který se zaměřil na dlouhodobé podávání Etanerceptu u pacientů se SA, opět došlo ke zlepšení HRQoL. Van der Heijde (2014) zkoumal efekt golimumabu na (HRQoL) u pacientů s SA, během týdnů došlo k významnému zlepšení celkového skóre dotazníku SF-36.

3 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem předkládané diplomové práce je výzkum a zhodnocení kvality života pacientů se Spondylarthritis ankylopoetica. Pro dosažení tohoto cíle byla zvolena metoda dotazníkového šetření, které bylo zpracováno pomocí tzv. dotazníku Short Form 36, který se pro svou srozumitelnost a přehlednost používá pro hodnocení zdravotního stavu a kvality života v řadě českých i zahraničních studiích. Tento dotazník obsahuje celkem osm dimenzí hodnotících zdravotní stav, které se týkají fyzických, psychických i sociálních aspektů života jedince.

Pro dosažení hlavního cíle celé práce byl výzkum kvality života proveden nejen ve zkoumané skupině pacientů, ale v totožném rozsahu také na vzorku běžné populace. Dosažené výsledky pak byly v obou skupinách rozděleny dle věkových skupin a v každé věkové skupině byla následně ověřována statisticky významná odchylka mezi oběma analyzovanými soubory.

3.2 Pracovní hypotézy

S ohledem na dosažení výše vytyčeného cíle diplomové práce jsem si stanovila čtyři hlavní pracovní hypotézy, které byly v průběhu provedeného výzkumu ověřovány.

Hypotéza 1: Kvalita života jednotlivce je výrazně ovlivněna onemocněním Spondylarthritis ankylopoetica. Sledovaní pacienti dosahují nižší úrovně kvality života z pohledu fyzického stavu než běžná populace.

Hypotéza 2: Kvalita života jednotlivce je výrazně ovlivněna onemocněním Spondylarthritis ankylopoetica. Sledovaní pacienti dosahují nižší úrovně kvality života z pohledu psychického stavu než běžná populace.

Hypotéza 3: Kvalita života pacientů s Spondylarthritis ankylopoetica je výrazně ovlivněna jejich pohlavím. Sledované respondentky-pacientky (ženy) dosahují ve srovnání s respondenty-pacienty (muži) nižší úrovně kvality života.

Hypotéza 4: Kvalita života běžné populace je výrazně ovlivněna jejich pohlavím. Sledované respondentky (ženy) dosahují ve srovnání s respondenty (muži) nižší úrovně kvality života.

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Použité metody

Z perspektivy vědeckých metod aplikovaných v průběhu celé práce byla využita kombinace takových postupů, která umožnila nejen dosažení stanovených cílů, ale která zároveň vedla k ověření všech pracovních hypotéz. Využito bylo zejména vlastního výzkumného šetření, z jehož detailní analýzy a dosažených výsledků jsou interpretovány výsledky aplikované na potvrzení či zamítnutí testovaných hypotéz. S ohledem na zasazení analyzovaného tématu do širšího teoretického rámce byla využita rešerše jak existující literatury z České republiky, tak dostupných zdrojů ze zahraničí.

V předkládané práci bylo využito relevantních dostupných českých a zahraničních odborných zdrojů, studií a výzkumných zpráv, a to jak v tištěné, tak v elektronické podobě. Ve snaze o co největší aktuálnost byly kromě odborných publikací do určité míry využívány také časopisy, novinové články a internetové zdroje. Informace uvedené v této práci odpovídají stavu poznání ke konci roku 2013.

Vlastní výzkum probíhal pomocí výběrového šetření prostřednictvím standardizovaného dotazníku Short Form 36 (zkráceně SF-36) o kvalitě života podmíněné zdravím. Autory tohoto hojně využívaného dotazníku jsou J.E. Ware a C. D. Sherbourne (1996). Použitá jazyková mutace odpovídá překladu MUDr. Petra, Ph.D. (2000).

V této práci použitý dotazník obsahuje dvě části. První část byla vytvořena za účelem získat základní socio-demografická data (pohlaví, věk, dosažené vzdělání) od obou analyzovaných souborů (pacienti s SA, běžná populace), celkem se jedná o tři otázky. Z těchto tří otázek jsou dvě uzavřené (pohlaví, dosažené vzdělání), ve kterých respondenti vybírají z nabídnutých odpovědí. Otázka týkající se věku je otázkou otevřenou. Na tomto místě ještě jednou připomínám, že dotazník byl u obou sledovaných souborů vyplňován a následně vyhodnocován jako zcela anonymní. Druhou část tvoří vlastní dotazník SF-36, přičemž rozmezí skóre u každé otázky je od 0 do 100 bodů. Položky dotazníku jsou postavené tak, že vyšší skóre signalizuje lepší úroveň kvality života, tedy tzv. HRQoL. Nižší skóre naopak signalizuje horší zdravotní stav či dlouhodobé onemocnění, které negativně ovlivňuje život sledovaného jedince. Dotazník se skládá celkem z 36 otázek, které jsou rozděleny do osmi dimenzí (domén), když každá z nich obsahuje od 2 do 10 otázek:

Fyzická činnost (PF) – 10 otázek

Fyzické omezení rolí (RP) – 4 otázky

Bolest (BP) – 2 otázky

Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GH) - 5 otázek

Vitalita (VT) - 5 otázek

Sociální funkce (SF) – 2 otázky

Omezení pro emoční problémy (RE) – 3 otázky

Duševní zdraví (MH) – 5 otázek

Každá otázka (položka) obsahuje několik navržených odpovědí na principu škálové stupnice (např.: Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově? Výborné, velmi dobré, dobré, dosti dobré, špatné). Získaná data byla následně zaznamenána do elektronické podoby v programu MS Excel a pomocí klíče k vyhodnocení, tzv. TS skóre (Transformed Scales Score), byla ke každé odpovědi přiřazena odpovídající hodnota v intervalu 0-100 (Ware). Na úrovni jednotlivých dimenzí pak byly pro každého respondenta zkalkulovány aritmetické průměry relevantních otázek. Sledování jedinci byli následně rozděleni do šesti věkových skupin:

15 – 34 let

35 – 44 let

45 – 54 let

55 – 64 let

65 – 74 let

75 a více let

Ve srovnání s rozdělením populace, které ve své práci použil Sobotík (1998), jsem z důvodu nízkého počtu odpovídajících v daných věkových skupinách v tomto výzkumu spojila věkové kategorie 15 – 24 let a 25 – 34 let v jednu agregovanou.

Závěrečným krokem celého výzkumu bylo srovnání získaných výsledků mezi skupinou pacientů s SA a vzorkem běžné populace (případně dle jiných zvolených demografických proměnných, např. dle pohlaví), zhodnocení statisticky významných rozdílů v získaných hodnotách a interpretace dosažených výsledků.

4.2 Sběr dat

Předkládaná diplomová práce se zabývá zhodnocením kvality života pacientů s diagnostikovanou Spondylarthritis anyklopoetica, přičemž jako výzkumná metoda je zvoleno srovnání se vzorkem běžné populace. Z tohoto důvodu bylo nutné oslovit respondenty z obou analyzovaných skupin.

Pro skupinu pacientů s diagnostikovanou Spondylarthritis anyklopoetica (SA) byl dotazník vybrán na základě dobrovolnosti v lázeňských či ambulantních zařízeních,

v Revmatologickém ústavu v Praze a pobočce klubu Bechtěreviků v Praze. Dotazník byl zcela anonymní. Počet rozdaných dotazníků byl 130, přičemž jeho návratnost dosáhla 120 dotazníků (92,3%), což pokládám za velmi uspokojivé. Ze vzorku byly poté odstraněny neúplně nebo špatně vyplněné dotazníky, který bylo celkem 19, tedy přibližně 16% ze všech vybraných. Celkem tedy zůstalo 101 řádně vyplněných dotazníků. Dotazníky byly distribuovány na pracoviště v různém počtu dle frekventovanosti pacientů s touto diagnózou. Sběr dat probíhal v rozmezí let 2012 – 2013, a to vždy na podzim, kdy předpokládám mírné zhoršení onemocnění u pacientů s SA. V lázeňských zařízeních byl dotazník vyplněn vždy před zahájením lázeňské léčby. Na vyplňování dotazníku jsem dohlížela buď osobně nebo jiný erudovaný fyzioterapeut na daném pracovišti.

Pro dosažení relevantního srovnání jsem si na vzorku běžné populace (populace bez diagnózy SA) stanovila cíl dosáhnout totožného počtu relevantních dotazníků jako u skupiny pacientů s SA, tedy celkem 101 respondentů. Respondenti byli vybráni pomocí náhodného výběru v Mladé Boleslavi a Jičíně. Také v tomto případě byl dotazník zcela anonymní. Na vyplňování všech dotazníků jsem dohlížela osobně, z tohoto důvodu se mi podařilo dosáhnout nulové míry neúplně či nesprávně vyplněných dotazníků. Sběr dat probíhal stejně jako u pacientů s SA v rozmezí let 2012 – 2013.

4.3 Analýza dat

Pro identifikaci významných rozdílů ve výsledcích, které byly dosaženy u sledovaných skupin respondentů, byla provedena jejich statistická analýza v programu MS Excel. Grafické znázornění výsledků bylo ve všech sledovaných dimenzích zachyceno pomocí srovnání průměrů dosažených hodnot v jednotlivých věkových skupinách mezi souborem pacientů se SA a vzorkem běžné populace, případně dle jiných zvolených demografických proměnných (pohlaví). Statistická významnost dosažených výsledků byla následně ověřována prostřednictvím dvou nejčastěji používaných parametrických testů, tedy tzv. F-testu a T-testu (s oboustrannou alternativní hypotézou). Výsledky T-testu (konkrétně dosažená P hodnota) pak byla hodnocena na hladině významnosti 0,05 a 0,01.

Prostřednictvím F-testu je verifikována nulová hypotéza shodnosti středních hodnot obou zkoumaných vzorků. Výpočet F-testu vychází z podílu rozptylů sledovaných souborů, jehož výše se po určení stupňů volnosti a hladiny významnosti porovnává s odpovídající kritickou hodnotou, která vychází z tzv. Fisher-Snedecorova rozdělení. Je-li kalkulována výše podílu rozptylů vyšší než kritická hodnota, je nulová hypotéza zamítnuta a lze tvrdit, že

rozptyly obou souborů se statisticky významně liší. Pokud je naopak výsledek F-testu nižší než kritická hodnota, nelze nulovou hypotézu zamítnout a lze tedy konstatovat, že rozptyly obou souborů se statisticky významně neliší.

Výpočet T-testu vychází z odhadů parametrů obou srovnávaných souborů (v mém případě tedy pacientů se SA a vzorku běžné populace), tj. aritmetického průměru a výběrového rozptylu, přičemž vypočtené testovací kritérium je porovnáno s tabulkovou kritickou hodnotou pro daný počet stupňů volnosti a hladinu významnosti. Jelikož cílem této práce je srovnat dva soubory, u kterých předpokládám jejich nezávislost, zvolila jsem pro statistickou analýzu tzv. nepárový T-test (s oboustrannou alternativní hypotézou). Protože testované soubory mohou pocházet z populací, které mají stejný nebo naopak různý rozptyl hodnot sledované veličiny, je nejprve nutno otestovat rozdíl rozptylů obou souborů pomocí F-testu (viz výše). Na základě výsledků F-testu jsem při analýze jednotlivých dimenzí zdravotního stavu dle věkových skupin následně zvolila nepárový T-test pro soubory se shodnými nebo s rozdílnými rozptyly. V obou případech T-test ověřuje nulovou hypotézu o rovnosti středních hodnot obou zkoumaných souborů. Při interpretaci výsledků T-testu jsem použila tzv. P hodnotu, což je nejnižší možná hladina významnosti určená na základě hodnoty testového kritéria (tj. na základě výsledků dosažených v T-testu), při které lze ještě zamítnout nulovou hypotézu. Tuto metodu jsem zvolila kvůli tomu, že P hodnota obecně poskytuje více informací o výsledku testování než pouhé (ne)zamítnutí nulové hypotézy. Pokud například P hodnota vyjde 0,03, lze nulovou hypotézu zamítnout na hladině významnosti 0,1 a 0,05, ale již nikoli na hladině 0,01. Obecně čím nižší je výsledná P hodnota, tím pravděpodobnější je nepravdivost nulové hypotézy.

Získané výsledky jsou pro jejich snazší interpretovatelnost zachyceny nejen prostřednictvím tabulek, ale také v grafickém vyjádření. Pro dosažení optimální míry přehlednosti byly použity zejména skupinové sloupcové grafy zachycující výši průměrných výsledků v jednotlivých analyzovaných dimenzích, spojnicové grafy se značkami pro zdokumentování získaných dat dle věkových skupin a výsečové grafy pro znázornění rozdělení zkoumaných souborů dle vybraných socio-demografických parametrů (pohlaví, vzdělání).

V tabelárním znázornění dosažených výsledků jsou použity následující zkratky a symboly:

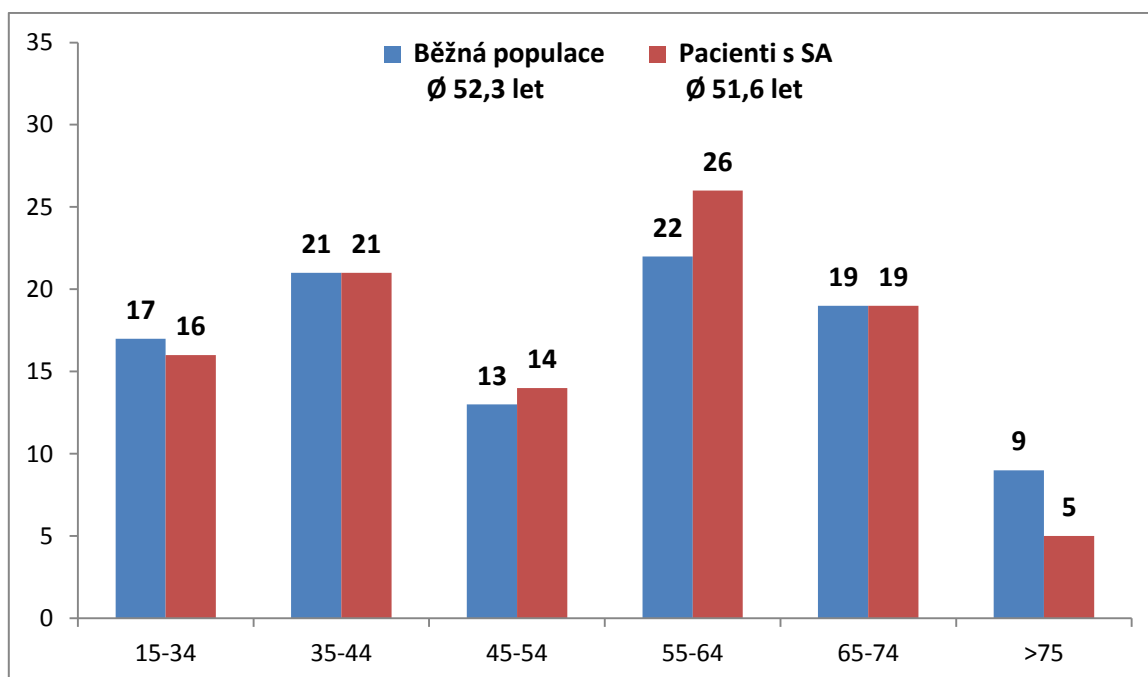
n_b	počet respondentů ve vzorku běžné populace, tedy populace bez diagnózy SA
n_p	počet respondentů ve vzorku pacientů s diagnostikovanou SA
\bar{X}_b	průměrné skóre dosažené ve vzorku populace bez diagnózy SA
\bar{X}_p	průměrné skóre dosažené ve vzorku pacientů s diagnostikovanou SA
δ_b^2	rozptyl skóre ve vzorku populace bez diagnózy SA
δ_p^2	rozptyl skóre ve vzorku pacientů s diagnostikovanou SA
F hodnota	dosažený výsledek F-testu
P hodnota	dosažená P hodnota, tedy výsledek T-testu
$\alpha_{0,05}$	pětiprocentní hladina významnosti
$\alpha_{0,01}$	jednoprocentní hladina významnosti
n_M	počet respondentů - mužů
n_Z	počet respondentek – žen
\bar{X}_M	průměrné skóre dosažené mezi respondenty - muži
\bar{X}_Z	průměrné skóre dosažené mezi respondentkami - ženami
δ_M^2	rozptyl skóre mezi respondenty - muži
δ_Z^2	rozptyl skóre mezi respondentkami - ženami

5 VÝSLEDKY

5.1 Stručný demografický popis zkoumaných souborů

V obou sledovaných souborech bylo analyzováno celkem 101 relevantních dotazníků. Oba soubory si jsou z hlediska rozdělení do věkových skupin velice podobné. Skupina pacientů s SA vykazuje lehce nižší průměrný věk ($51,6 \text{ let} \pm 14,9$) oproti běžné populaci ($52,3 \pm 15,5$), což je způsobeno vyšším počtem jedinců ve věkové skupině 55-64 let (26 vs. 22 respondentů). Na druhé straně je vyšší průměrný věk vzorku běžné populace zapříčiněn větším počtem sledovaných jedinců z věkové skupiny 75+ (9 vs. 5 respondentů). Z pohledu věkového rozdělení jsou tedy obě skupiny porovnatelné, a nepředpokládám proto zkreslení výsledků výzkumu z důvodu rozdílných věkových struktur zkoumaných souborů. Drobnou nevýhodou provedeného výzkumu je nízká vypovídací hodnota výsledků u věkové skupiny 75 a více let, která je způsobena nízkým počtem respondentů v obou vzorcích.

Graf 1: Rozdělení zkoumaných souborů dle věkových skupin¹



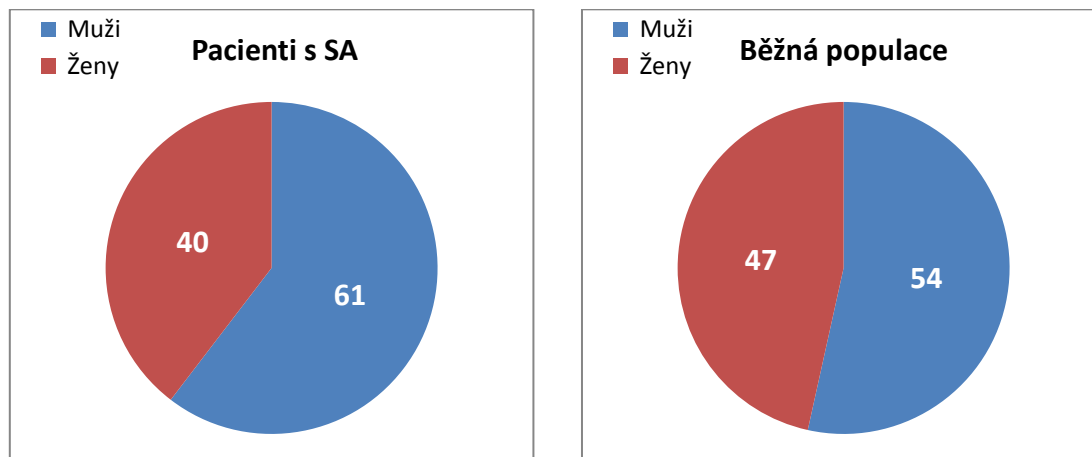
Zdroj: Vlastní výzkum

Také z pohledu rozdělení sledovaných souborů dle pohlaví si jsou obě analyzované skupiny relativně podobné. Mezi pacienty s SA je vyšší zastoupení mužů (64 ze 101 dotazovaných), zatímco ve vzorku běžné populace je naopak relativně o něco větší zastoupení žen, přičemž ale i nadále pochází více než polovina zkoumaných dotazníků od mužů (54 ze

¹ Na ose x jsou znázorněny sledované věkové skupiny, na ose y pak počet respondentů.

101 odpovídajících). I z perspektivy rozdělení dle pohlaví jsou tedy oba sledované soubory porovnatelné a ani v tomto případě by nemělo dojít k zásadnímu zkreslení výzkumu z důvodu odlišné struktury obou datových skupin.

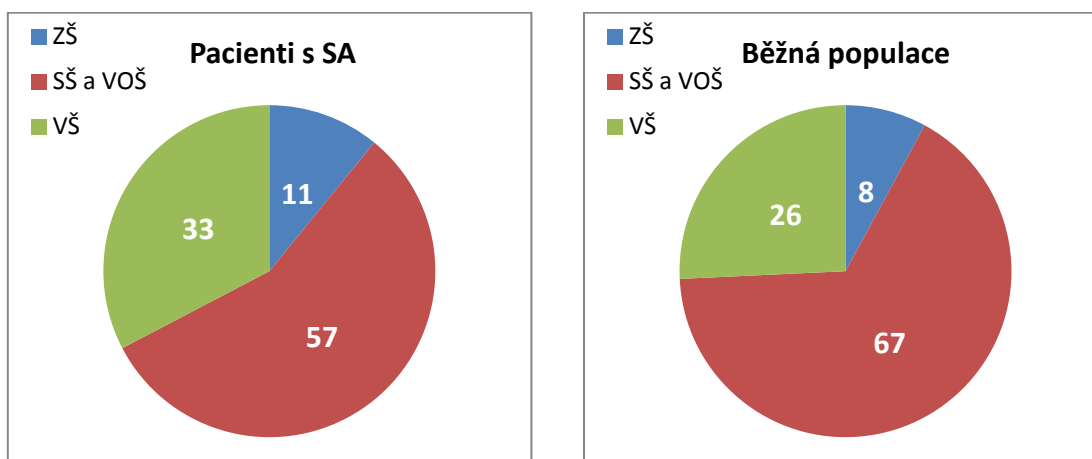
Graf 2: Rozdělení zkoumaných souborů dle pohlaví²



Zdroj: Vlastní výzkum

Srovnání obou analyzovaných souborů dle stupně dosaženého vzdělání nabízí přeci jen drobné odlišnou strukturu. Mezi dotazovanými pacienty s SA je zastoupeno relativně větší množství lidí na jedné straně se základním a na druhé straně s vysokoškolským vzděláním. Z tohoto důvodu dosahuje zastoupení středoškoláků ve vzorku pacientů s SA pouze 56% (57 lidí ze 101 respondentů), zatímco ve vzorku běžné populace je tento podíl více než dvoutřetinový (67 lidí ze 101 respondentů).

Graf 3: Rozdělení zkoumaných souborů dle dosaženého vzdělání³



Zdroj: Vlastní výzkum

² V obou znázorněních se jedná o rozdělení celkového počtu 101 respondentů dle pohlaví.

³ V obou znázorněních se jedná o rozdělení celkového počtu 101 respondentů dle dosaženého vzdělání.

5.2 Hodnocení jednotlivých dimenzí zdravotního stavu

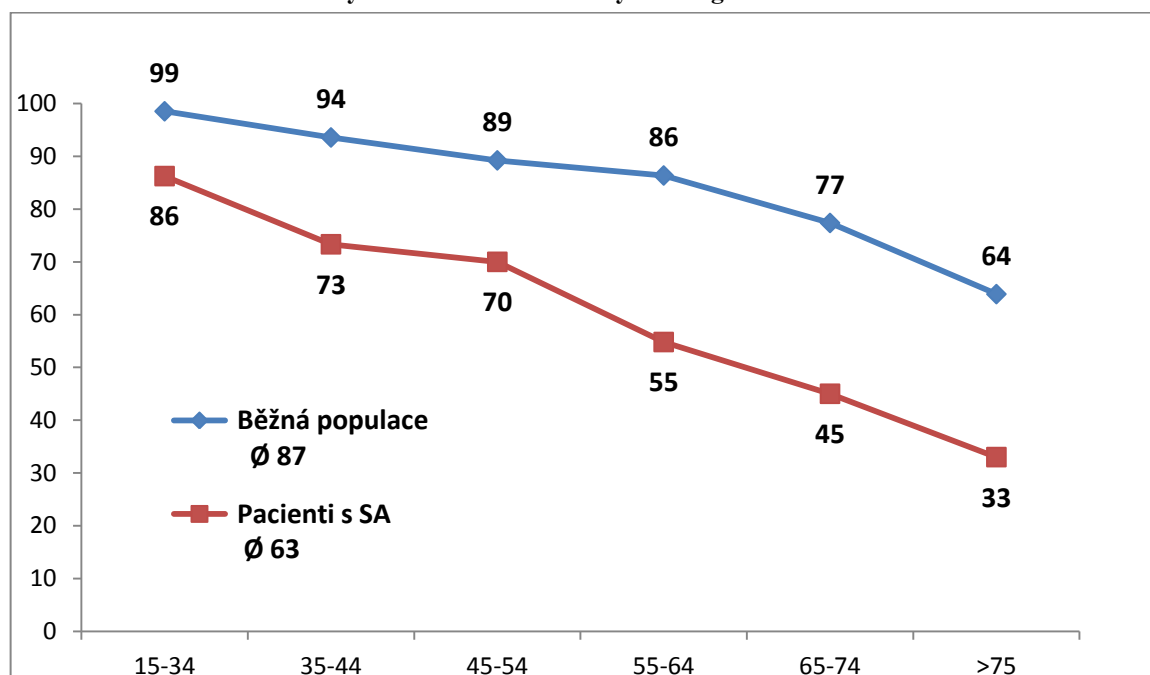
V této kapitole budou postupně představeny výsledky provedeného výzkumu ve všech osmi sledovaných dimenzích zdravotního stavu. V závěru pak bude prostor věnován také multidimenzionálnímu srovnání dosažených výsledků mezi skupinou pacientů s SA a vzorkem běžné populace, přičemž bude provedena také stručná analýza získaných výstupů dle základních demografických charakteristik (vzdělání, pohlaví).

5.2.1 Hodnocení dimenze PF – fyzické funkce

Dosažené výsledky, které jsou graficky znázorněny níže, jednoznačně ukazují, že na dimenzi fyzické funkce má výrazný vliv věkový faktor, tedy stárnutí, a to jak u pacientů se SA, tak u vzorku běžné populace. Tento závěr není překvapivý a již před začátkem výzkumu jsem ho očekávala, jelikož na obecné úrovni platí, že s postupujícím věkem klesá fyzická funkce jednotlivce.

Ze srovnání výsledného skóre pacientů se SA s běžnou populací lze vyčíst výrazně nižší dosažené hodnoty prvního vzorku a to ve všech sledovaných skupinách. S narůstajícím věkem se navíc rozdíl mezi respondenty s SA a zdravými dotazovanými rozdíl v jejich odpovědích postupně zvyšuje. Zatím ve věkové skupině 15-34 let dosahují pacienti s SA úrovně takřka 87% běžné populace (skóre 99 vs. 86), mezi lidmi staršími 75 let již pacienti s SA nedosahují ani 52% výsledku běžné populace (skóre 64 vs. 33).

Graf 4: Hodnocení dimenze PF – fyzické funkce dle věkových kategorií⁴



Zdroj: Vlastní výzkum

⁴ Na ose x jsou znázorněny sledované věkové skupiny, na ose y průměrné dosažené skóre zkoumané dimenze.

U výsledků byla provedena také jejich statistická analýza, a to nejprve tzv. F-test pro ověření proměnlivosti rozptylů obou sledovaných souborů a na základě jeho výsledků také T-test, jehož cílem je ověřit (či naopak vyvrátit) statisticky významné rozdíly mezi analyzovanými soubory dat.

V tabulce je vidět, že ve všech věkových kategoriích (s jedinou výjimkou kategorie 45-54 let na hladině významnosti 1%) se dosažené výsledky pacientů s SA statisticky významně odlišují od získaných výsledků vzorku běžné populace. Jinými slovy, nemoc má prokazatelný negativní vliv na jejich fyzickou funkci. Hlavní důvod, proč nebylo výše uvedeno tvrzení prokázáno ve všech případech také na hladině významnosti 1%, spatřuji v relativně vysoké míře rozptylu v odpovědích příslušníků běžné populace ve věkové skupině 45-54 let. Pro lepší statistickou prokazatelnost také v tomto věkovém rozpětí by bylo vhodné analyzovat kvantitativně větší počet respondentů.

Tabulka 4: Statistické hodnocení dimenze PF – fyzické funkce dle věkových kategorií

Věková skupina	Počet respondentů		Průměr		Rozptyl		F-test		T-test		
	n_b	n_p	\bar{X}_b	\bar{X}_p	σ_b^2	σ_p^2	F hodnota	Rozptyly	P hodnota	$\alpha_{0,05}$	$\alpha_{0,01}$
15-34	17	16	99	86	5,5	148,3	26,9	rozdílné	0,0011	ano	ano
35-44	21	21	94	73	122,9	443,3	3,6	rozdílné	0,0005	ano	ano
45-54	13	14	89	70	174,4	496,2	2,8	shodné	0,0122	ano	ne
55-64	22	26	86	55	105,2	407,0	3,9	rozdílné	0,0000	ano	ano
65-74	19	19	77	45	303,8	652,8	2,1	shodné	0,0001	ano	ano
> 75	9	5	64	33	161,1	332,5	2,1	shodné	0,0028	ano	ano

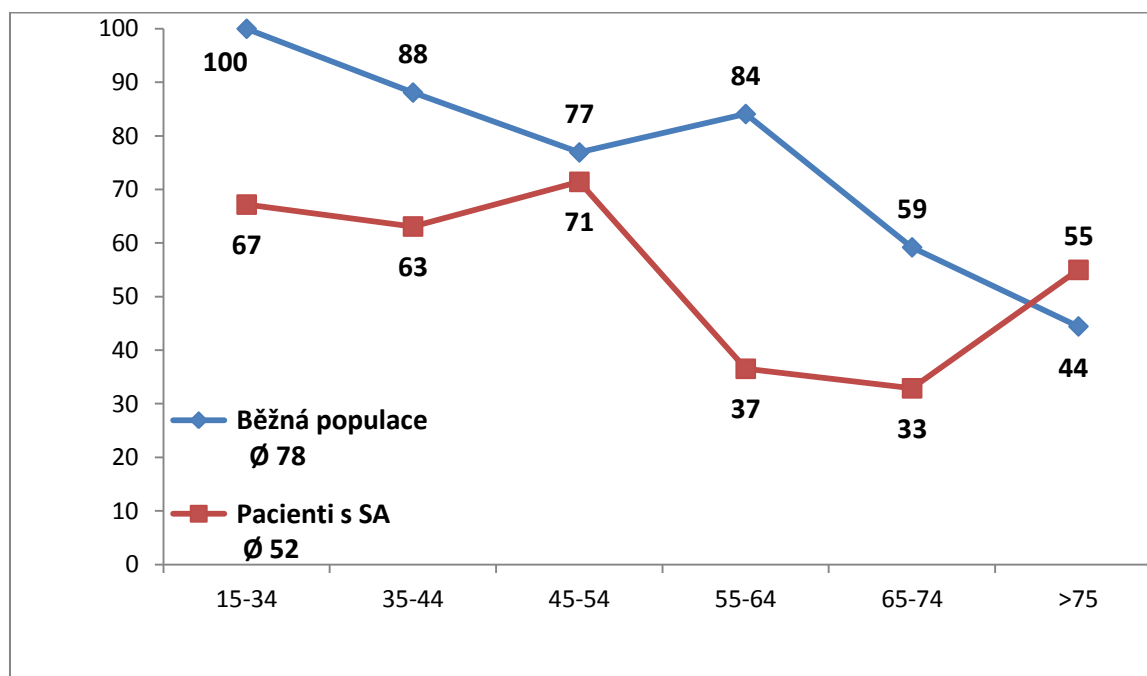
Zdroj: Vlastní výzkum

5.2.2 Hodnocení dimenze RP – fyzické omezení rolí

Dosažené výsledky graficky znázorněné níže ukazují, že na dimenzi fyzické omezení rolí má vliv věkový faktor, tedy stárnutí, a to jak u pacientů se SA, tak u vzorku běžné populace. Již před začátkem výzkumu jsem tento závěr i u této dimenze očekávala. Jak již bylo řečeno dříve, na obecné úrovni platí, že s postupujícím věkem klesá fyziologická funkčnost jednotlivce.

Ze srovnání výsledného skóre pacientů se SA s běžnou populací lze vyčíst výrazně nižší dosažené hodnoty prvního vzorku u většiny sledovaných skupin. Výjimky tvoří věková skupina 45-54 let, u které se výsledky u obou vzorků téměř shodují, pacienti s SA dosahují úrovně 92% běžné populace (skóre 77 vs. 71) a věková skupina nad 75 let, u které překvapivě dosáhli pacienti s SA vyšší úrovně než běžná populace (skóre 55 vs. 44). Tento fakt si vysvětlují nízkým počtem respondentů v této věkové kategorii u obou vzorků (5 pacienti s SA vs. 9 běžná populace), tímto jsou výsledky limitovány. Dalším vysvětlením může být předpoklad, že příslušníci běžné populace nad 75 let mohou již trpět různými degenerativními chorobami pohybového aparátu, a proto se rozdíl mezi nimi a pacienty s SA stírá. Zatím ve věkové skupině 55-64 let dosahují pacienti s SA pouhých 44% úrovně běžné populace (skóre 84 vs. 37).

Graf 5: Hodnocení dimenze RP – fyzické omezení rolí dle věkových kategorií⁵



Zdroj: Vlastní výzkum

⁵ Na ose x jsou znázorněny sledované věkové skupiny, na ose y průměrné dosažené skóre zkoumané dimenze.

U výsledků byla opět provedena jejich statistická analýza, a to nejprve tzv. F-test pro ověření proměnlivosti rozptylů obou sledovaných souborů a na základě jeho výsledků také T-test, jehož cílem je ověřit (či naopak vyvrátit) statisticky významné rozdíly mezi analyzovanými soubory dat.

V tabulce je vidět, ve věkových kategoriích 15-34 let a 55-64 let se dosažené výsledky pacientů s SA statisticky významně odlišují (na obou úrovních spolehlivosti) od získaných výsledků vzorku běžné populace. Ve věkových kategoriích 35–44 let a 65–74 let se dosažené výsledky statisticky významně odlišují na úrovni spolehlivosti 5%. Hlavní důvod, proč nebylo výše uvedeno tvrzení prokázáno ve všech případech také na úrovni spolehlivosti 1%, patří v relativně vysoké míře rozptylu v odpovědích příslušníků běžné populace ve věkových skupinách 35–44 let a 65–74 let. Pro lepší statistickou prokazatelnost také v tomto věkovém rozpětí by bylo vhodné zanalyzovat kvantitativně větší počet respondentů.

Tabulka 5: Statistické hodnocení dimenze RP – fyzické omezení rolí

Věková skupina	Počet respondentů		Průměr		Rozptyl		F-test		T-test		
	n_b	n_p	\bar{X}_b	\bar{X}_p	σ^2_b	σ^2_p	F hodnota	Rozptyly	P hodnota	$\alpha_{0,05}$	$\alpha_{0,01}$
15-34	17	16	100	67	0,0	1559,9	-	rozdílné	0,0046	ano	ano
35-44	21	21	88	63	538,7	1726,2	3,2	rozdílné	0,0221	ano	ne
45-54	13	14	77	71	1193,9	1044,0	1,1	shodné	0,6730	ne	ne
55-64	22	26	84	37	389,6	1511,5	3,9	rozdílné	0,0000	ano	ano
65-74	19	19	59	33	1125,7	1878,7	1,7	shodné	0,0435	ano	ne
> 75	9	5	44	55	1684,0	1062,5	1,6	shodné	0,6313	ne	ne

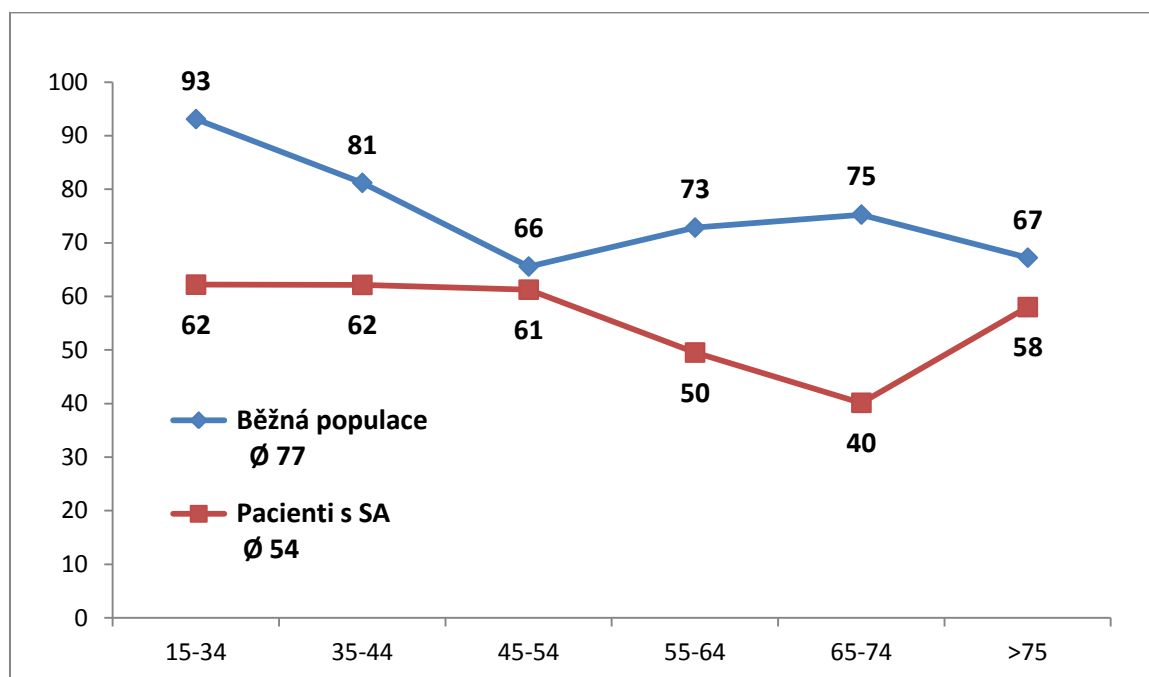
Zdroj: Vlastní výzkum

5.2.3 Hodnocení dimenze BP – tělesná bolest

Dosažené výsledky graficky znázorněné níže ukazují, že na dimenzi tělesná bolest u vzorku běžné populace nemá věkový faktor, tedy stárnutí jednoznačný vliv. U pacientů s SA se ukazuje, že dimenze tělesná bolest je naopak věkovým faktorem ovlivněna.

Ze srovnání výsledného skóre pacientů se SA s běžnou populací lze vyčíst nižší dosažené hodnoty prvního vzorku a to ve všech sledovaných skupinách. Ve věkových kategoriích 45-54 let a lidé nad 75 let se dosažené hodnoty obou vzorků přibližují. Ve věkové kategorii 45-54 let pacienti s SA dosáhli úrovně takřka 92 % běžné populace (skóre 66 vs. 61). Naopak je tomu ve věkové skupině 65 – 74 let, zde se úrovně obou vzorků nejvíce rozcházejí, pacienti s SA nedosahují ani 53% výsledku běžné populace (skóre 75 vs. 40). Průměrné skóre ve všech věkových kategoriích dohromady je vyšší u běžné populace oproti pacientům s SA (skóre 77 vs. 54).

Graf 6: Hodnocení dimenze BP – tělesná bolest dle věkových kategorií⁶



Zdroj: Vlastní výzkum

U výsledků byla opět provedena jejich statistická analýza.

V tabulce je vidět, že kromě věkových kategorií 45-54 let a lidí nad 75 let se dosažené výsledky pacientů s SA statisticky významně odlišují od získaných výsledků vzorku běžné populace, a to jak na úrovni spolehlivosti 5% i 1%. Jinými slovy, nemoc má prokazatelný negativní vliv na jejich tělesnou bolest. Ve věkových skupinách 45-54 let a nad 75 let se

⁶ Na ose x jsou znázorněny sledované věkové skupiny, na ose y průměrné dosažené skóre zkoumané dimenze.

dosažené hodnoty signifikantně statisticky neliší. Ve věkové skupině nad 75 let je limitujícím faktorem poměrně nízký počet respondentů v obou vzorcích.

Tabulka 6: Statistické hodnocení dimenze BP – tělesná bolest

Věková skupina	Počet respondentů		Průměr		Rozptyl		F-test		T-test		
	n_b	n_p	\bar{O}_b	\bar{O}_p	δ^2_b	δ^2_p	F hodnota	Rozptyly	P hodnota	$\alpha_{0,05}$	$\alpha_{0,01}$
15-34	17	16	93	62	124,6	416,6	3,3	rozdílné	0,0000	ano	ano
35-44	21	21	81	62	367,3	476,4	1,3	shodné	0,0046	ano	ano
45-54	13	14	66	61	745,0	604,6	1,2	shodné	0,6685	ne	ne
55-64	22	26	73	50	335,9	448,5	1,3	shodné	0,0002	ano	ano
65-74	19	19	75	40	490,2	664,9	1,4	shodné	0,0001	ano	ano
> 75	9	5	67	58	138,2	345,0	2,5	shodné	0,2730	ne	ne

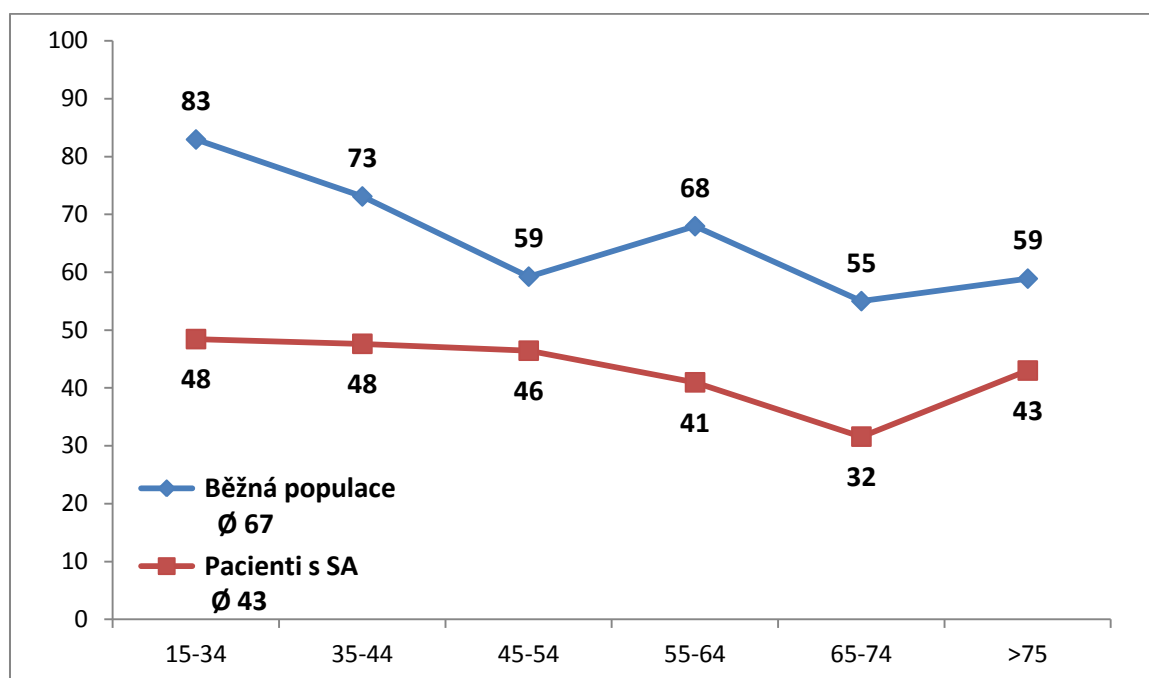
Zdroj: Vlastní výzkum

5.2.4 Hodnocení dimenze GH – všeobecné zdraví

Dosažené výsledky, které jsou graficky znázorněny níže, ukazují, že na dimenzi všeobecné zdraví má vliv věkový faktor, tedy stárnutí, a to jak u pacientů se SA, tak u vzorku běžné populace.

Ze srovnání výsledného skóre pacientů se SA s běžnou populací lze vyčíst výrazně nižší dosažené hodnoty prvního vzorku a to ve všech sledovaných skupinách. Ve věkových skupinách 15-34 let a 55–64 let jsou dosažená skóre od sebe nejvíce vzdálena. Ve věkové skupině 15-34 pacienti s SA dosahují úrovně 58% běžné populace (skóre 83 vs. 48), ve věkové skupině 55 – 64 let je to úroveň 60% běžné populace (68 vs. 41). Zatím ve věkových kategoriích 45 – 54 let a lidé starší 75 let se dosažená skóre přibližují. U věkové skupiny 45 – 54 let dosahují pacienti s SA úrovně takřka 78% běžné populace (skóre 59 vs. 46), mezi lidmi staršími 75 let pacienti s SA dosahují 73% výsledku běžné populace (skóre 59 vs. 43). Průměrná hodnota pro všechny věkové kategorie dohromady dosahuje u běžné populace vyšší hodnoty než u pacientů s SA (skóre 67 vs. 43).

Graf 7: Hodnocení dimenze GH – všeobecné zdraví dle věkových kategorií⁷



Zdroj: Vlastní výzkum

U výsledků byla provedena jejich statistická analýza, výsledky jsou přehledně zpracovány v níže uvedené tabulce.

V tabulce je vidět, že u pacientů s SA ve věkových kategoriích 45-54 let a 75 let výše se dosažené výsledky statisticky významně neliší od výsledků u běžné populace (na obou

⁷ Na ose x jsou znázorněny sledované věkové skupiny, na ose y průměrné dosažené skóre zkoumané dimenze.

úrovních spolehlivosti), V ostatních věkových skupinách jsou výsledky u pacientů s SA a běžné populace statisticky významně odlišné. Jinými slovy, nemoc má prokazatelný negativní vliv na jejich vnímání všeobecného zdraví.

Tabulka 7: Statistické hodnocení dimenze GH – všeobecné zdraví

Věková skupina	Počet respondentů		Průměr		Rozptyl		F-test		T-test		
	n_b	n_p	\bar{X}_b	\bar{X}_p	σ^2_b	σ^2_p	F hodnota	Rozptyly	P hodnota	$\alpha_{0,05}$	$\alpha_{0,01}$
15-34	17	16	83	48	256,4	369,1	1,4	rozdílné	0,0000	ano	ano
35-44	21	21	73	48	228,7	499,0	2,2	shodné	0,0001	ano	ano
45-54	13	14	59	46	303,5	394,0	1,3	shodné	0,0880	ne	ne
55-64	22	26	68	41	177,8	474,0	2,7	rozdílné	0,0000	ano	ano
65-74	19	19	55	32	141,7	380,7	2,7	rozdílné	0,0001	ano	ano
> 75	9	5	59	43	329,9	170,0	1,9	shodné	0,1124	ne	ne

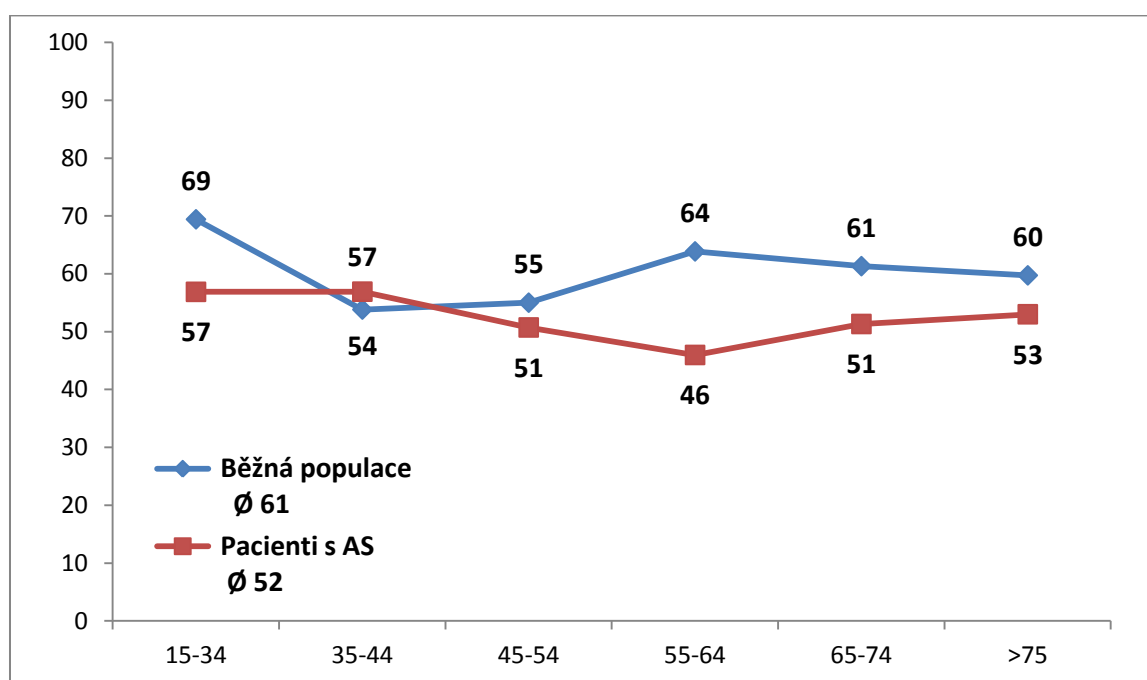
Zdroj: Vlastní výzkum

5.2.5 Hodnocení dimenze VT - vitalita

Dosažené výsledky graficky znázorněné níže, ukazují, že na dimenzi vitalita nemá věkový faktor, tedy stárnutí, vliv, jak bychom předpokládali. A to jak u pacientů se SA, tak u vzorku běžné populace. Tento závěr je pro mě trochu překvapivý, uvědomila jsem si tak, že vitalita není ovlivněna pouze věkem, ale dle mého názoru může být ovlivněna i osobnostními rysy člověka.

Ze srovnání výsledného skóre pacientů se SA s běžnou populací lze vyčíst nižší dosažené hodnoty prvního vzorku a to ve všech sledovaných skupinách, s výjimkou věkové kategorie 35 – 44 let, zde pacienti s SA dosahují dokonce vyššího skóre než běžná populace (skóre 57 vs. 54). Zatím ve věkové skupině 55 - 64 let je rozdíl mezi pacienty s SA a běžnou populací největší. Pacienti s SA dosahují v této věkové skupině úrovně 72% běžné populace (skóre 64 vs. 46).

Graf 8: Hodnocení dimenze VT - vitalita dle věkových kategorií⁸



Zdroj: Vlastní výzkum

U výsledků byla provedena také statistická analýza, výsledky jsou uvedeny v níže uvedené tabulce.

V tabulce je vidět, že ve všech věkových kategoriích (s výjimkou věkových kategorií 55-64 let a věkové kategorie 15-34 let, zde pouze na úrovni spolehlivosti 5%) se dosažené výsledky pacientů s SA statisticky významně neliší od získaných výsledků vzorku běžné populace. Jinými slovy, nemoc nemá prokazatelný negativní vliv na jejich vitalitu. Tento

⁸ Na ose x jsou znázorněny sledované věkové skupiny, na ose y průměrné dosažené skóre zkoumané dimenze.

závěr mi potvrzuje osobní zkušenosti s pacienty s SA, tito pacienti, i přes své onemocnění jsou vždy plni elánu, energie a optimismu. Pro informaci, otázky týkající se elánu a energie jsou obsaženy v dimenzi vitalita dotazníku SF-36.

Tabulka 8: Statistické hodnocení dimenze VT - vitalita

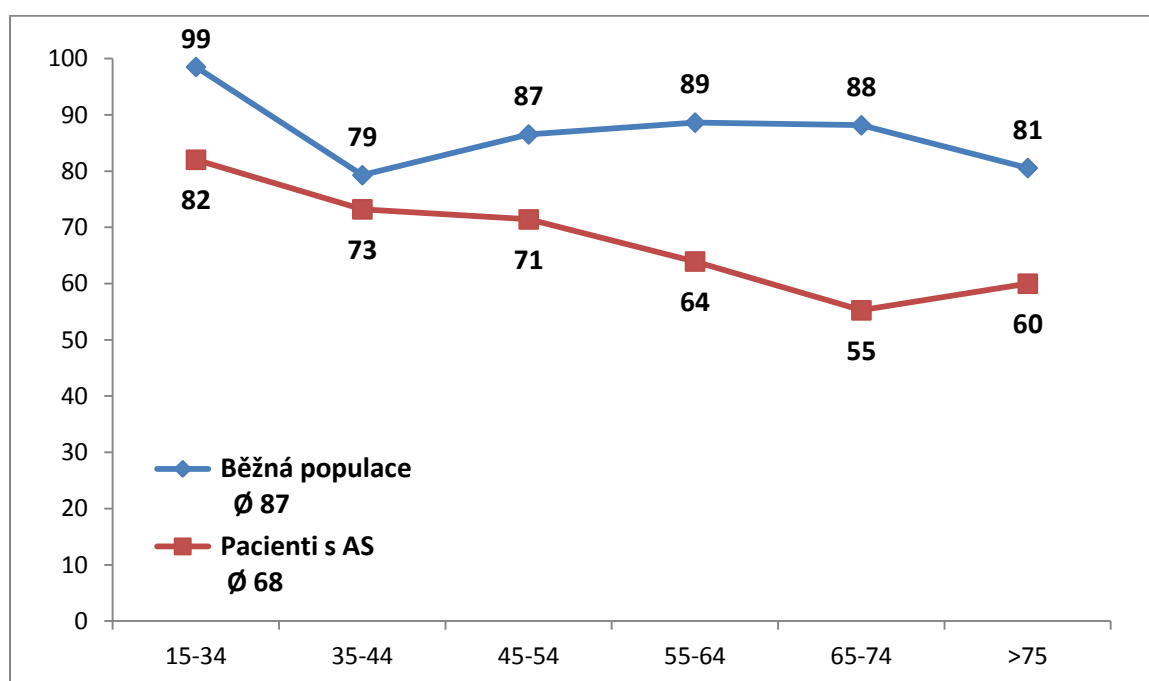
Věková skupina	Počet respondentů		Průměr		Rozptyl		F-test		T-test		
	n_b	n_p	\bar{X}_b	\bar{X}_p	σ^2_b	σ^2_p	F hodnota	Rozptyly	P hodnota	$\alpha_{0,05}$	$\alpha_{0,01}$
15-34	17	16	69	57	209,0	276,3	1,3	rozdílné	0,0273	ano	ne
35-44	21	21	54	57	267,3	436,2	1,6	shodné	0,5958	ne	ne
45-54	13	14	55	51	141,7	603,3	4,3	rozdílné	0,5665	ne	ne
55-64	22	26	64	46	130,8	342,0	2,6	rozdílné	0,0002	ano	ano
65-74	19	19	61	51	166,2	313,5	1,9	shodné	0,0542	ne	ne
> 75	9	5	60	53	94,4	345,0	3,7	shodné	0,4833	ne	ne

Zdroj: Vlastní výzkum

5.2.6 Hodnocení dimenze SF – sociální funkce

Dosažené výsledky graficky znázorněny níže, ukazují, že pokud srovnáme výsledného skóre pacientů se SA s běžnou populací, jsou dosažené hodnoty prvního vzorku nižší a to ve všech sledovaných skupinách. Křivka dimenze sociální funkce u běžné populace má od věkové kategorie 45 – 54 let spíše setrvalý průběh, u pacientů s SA je průběh křivky strmější. To znamená, že s narůstajícím věkem se mezi respondenty s SA a zdravými dotazovanými rozdíl v jejich odpovědích postupně zvyšuje. Ve věkové kategorii 35 – 44 let dosáhli pacienti s SA 92% běžné populace (skóre 79 vs. 73). Naproti tomu ve věkové skupině 65-74 let dosahují pacienti s SA úrovně 63% běžné populace (skóre 88 vs. 55).

Graf 9: Hodnocení dimenze SF – sociální funkce dle věkových kategorií⁹



Zdroj: Vlastní výzkum

U výsledků byla provedena jejich statistická analýza, výsledky jsou přehledně zpracovány v tabulce uvedené níže.

V tabulce je vidět, že ve věkových kategoriích 15 – 34 let, 55- 64 let a 65 – 74 let se dosažené výsledky (v obou úrovních spolehlivosti) pacientů s SA statisticky významně liší od výsledků vzorku běžné populace. U zbylých věkových kategorií se dosažené výsledky u pacientů s SA statisticky významně nelišily.

⁹ Na ose x jsou znázorněny sledované věkové skupiny, na ose y průměrné dosažené skóre zkoumané dimenze.

Tabulka 9: Statistické hodnocení dimenze SF – sociální funkce

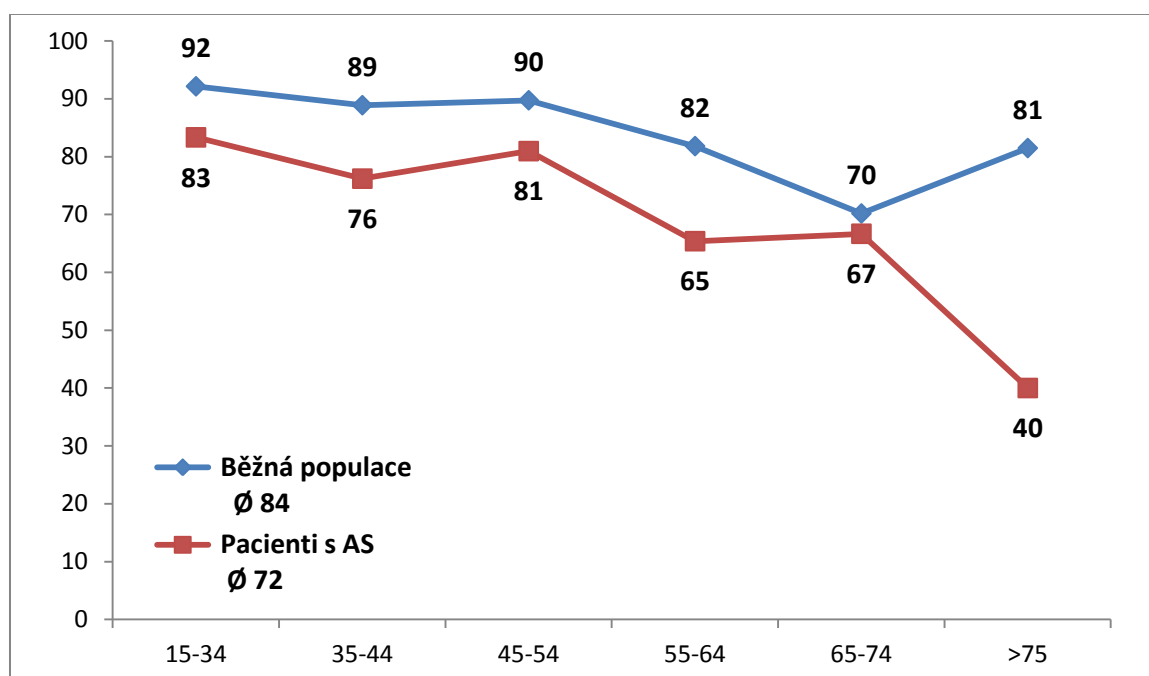
Věková skupina	Počet respondentů		Průměr		Rozptyl		F-test		T-test		
	n_b	n_p	$\bar{\varnothing}_b$	$\bar{\varnothing}_p$	δ^2_b	δ^2_p	F hodnota	Rozptyly	P hodnota	$\alpha_{0,05}$	$\alpha_{0,01}$
15-34	17	16	99	82	36,8	436,8	11,9	rozdílné	0,0073	ano	ano
35-44	21	21	79	73	525,1	379,5	1,4	shodné	0,3605	ne	ne
45-54	13	14	87	71	402,6	707,4	1,8	shodné	0,1102	ne	ne
55-64	22	26	89	64	147,5	441,6	3,0	rozdílné	0,0000	ano	ano
65-74	19	19	88	55	268,6	509,0	1,9	shodné	0,0000	ano	ano
> 75	9	5	81	60	355,9	500,0	1,4	shodné	0,0916	ne	ne

Zdroj: Vlastní výzkum

5.2.7 Hodnocení dimenze RE – omezení pro emoční problémy

Dosažené výsledky, které jsou graficky znázorněny níže, ukazují, že průběh obou křivek dimenze omezení pro emoční problémy je velice podobný, opačný trend se nachází pouze ve věkové kategorii nad 75 let, zde jsem však v úvodu kapitoly uváděla možné problémy s nízkým počtem respondentů v obou kategoriích. Z celkového srovnání výsledného skóre pacientů se SA s běžnou populací lze vyčíst nižší dosažené hodnoty prvního vzorku a to ve všech sledovaných skupinách. Zajímavé jsou výsledky ve věkových kategoriích 65 – 74 let, kde dosahují pacienti s SA úrovně takřka 96% běžné populace (skóre 70 vs. 67), naopak mezi lidmi staršími 75 let již pacienti s SA nedosahují ani 49% výsledku běžné populace (skóre 81 vs. 40).

Graf 10: Hodnocení dimenze RE – omezení pro emoční problémy dle věkových kategorií¹⁰



Zdroj: Vlastní výzkum

Po provedení statistické analýzy výsledků můžeme v tabulce vidět, že ve všech věkových kategoriích (s jedinou výjimkou kategorie nad 75 let na úrovni spolehlivosti 1%) se dosažené výsledky pacientů s SA statisticky významně neliší od získaných výsledků vzorku běžné populace. Jinými slovy, pacienti s SA nejsou prokazatelně omezeni kvůli emočním problémům.

¹⁰ Na ose x jsou znázorněny sledované věkové skupiny, na ose y průměrné dosažené skóre zkoumané dimenze.

Tabulka 10: Statistické hodnocení dimenze RE – omezení pro emoční problémy

Věková skupina	Počet respondentů		Průměr		Rozptyl		F-test		T-test		
	n_b	n_p	\bar{X}_b	\bar{X}_p	σ^2_b	σ^2_p	F hodnota	Rozptyly	P hodnota	$\alpha_{0,05}$	$\alpha_{0,01}$
15-34	17	16	92	83	490,2	1185,2	2,4	rozdílné	0,3850	ne	ne
35-44	21	21	89	76	925,9	1015,9	1,1	shodné	0,1942	ne	ne
45-54	13	14	90	81	441,6	976,8	2,2	shodné	0,4030	ne	ne
55-64	22	26	82	65	500,2	1642,7	3,3	rozdílné	0,0839	ne	ne
65-74	19	19	70	67	851,2	1481,5	1,7	shodné	0,7533	ne	ne
> 75	9	5	81	40	864,2	1333,3	1,5	shodné	0,0382	ano	ne

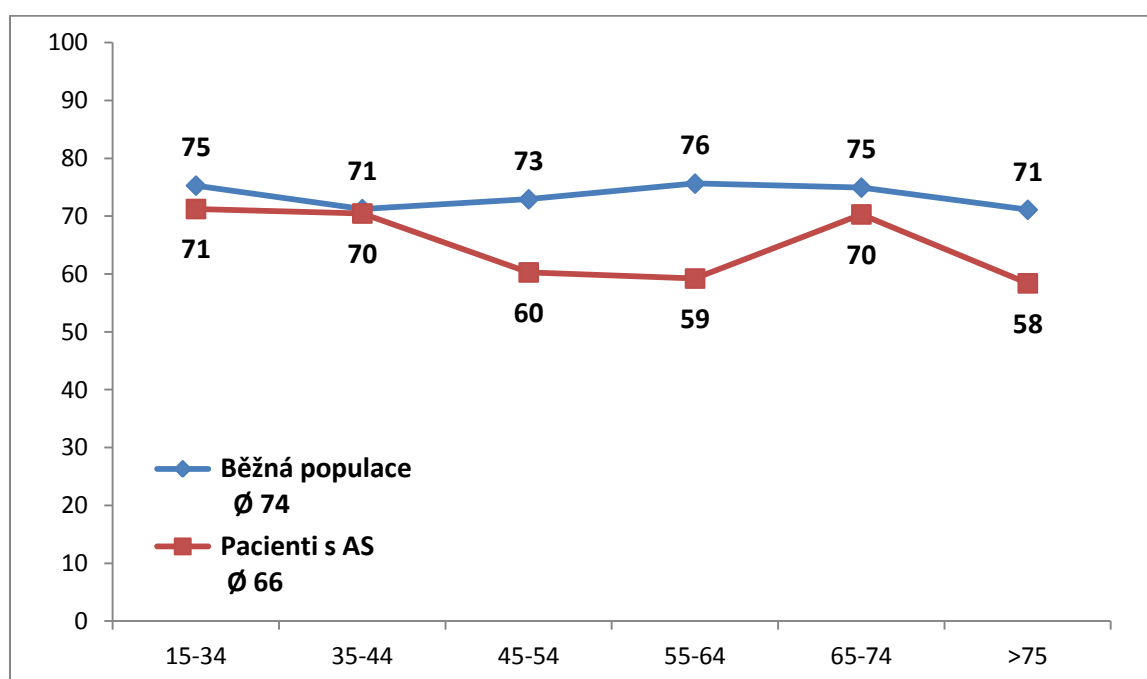
Zdroj: Vlastní výzkum

5.2.8 Hodnocení dimenze MH – duševní zdraví

Dosažené výsledky, které jsou graficky znázorněny níže, ukazují, že na dimenzi duševní zdraví nemá vliv věkový faktor, jak jsem předpokládala, a to jak u pacientů se SA, tak u vzorku běžné populace.

Ze srovnání výsledného skóre pacientů se SA s běžnou populací lze vyčíst nižší dosažené hodnoty prvního vzorku, a to ve všech sledovaných skupinách. Ve věkové skupině 35 - 44 let dosahují pacienti s SA úrovně téměř 99% běžné populace (skóre 71 vs. 70), největší rozdíl skóre je ve věkové skupině 55 – 64 let, zde výsledky u pacientů s SA dosahují 78% (skóre 76 vs. 59).

Graf 11: Hodnocení dimenze MH – duševní zdraví dle věkových kategorií¹¹



Zdroj: Vlastní výzkum

Po provedení statistické analýzy výsledků můžeme v tabulce vidět, že ve většině věkových kategorií (s výjimkou kategorie 55-64 let) se dosažené výsledky pacientů s SA statisticky významně neliší od získaných výsledků vzorku běžné populace. Jinými slovy, nemoc nemá prokazatelný negativní vliv na jejich duševní zdraví. Tento závěr je zajímavý, protože jsem před začátkem výzkumu očekávala, že s postupujícím věkem klesá nejen fyzická funkčnost jednotlivce, ale i psychické funkce, do kterých patří i dimenze duševní zdraví.

Ve věkové kategorii 45–54 let je sice statisticky významný rozdíl, ale pouze na úrovni spolehlivosti 5%, na úrovni 1% se již výsledek nepotvrdil. Hlavní důvod, proč nebylo výše uvedeno tvrzení prokázáno také na úrovni spolehlivosti 1%, spatřuji v relativně vysoké míře

¹¹ Na ose x jsou znázorněny sledované věkové skupiny, na ose y průměrné dosažené skóre zkoumané dimenze.

rozptylu v odpovědích příslušníků běžné populace ve věkové skupině 55-64 let. Pro lepší statistickou prokazatelnost také v tomto věkovém rozpětí by bylo vhodné zanalyzovat kvantitativně větší počet respondentů.

Tabulka 11: Statistické hodnocení dimenze MH – duševní zdraví

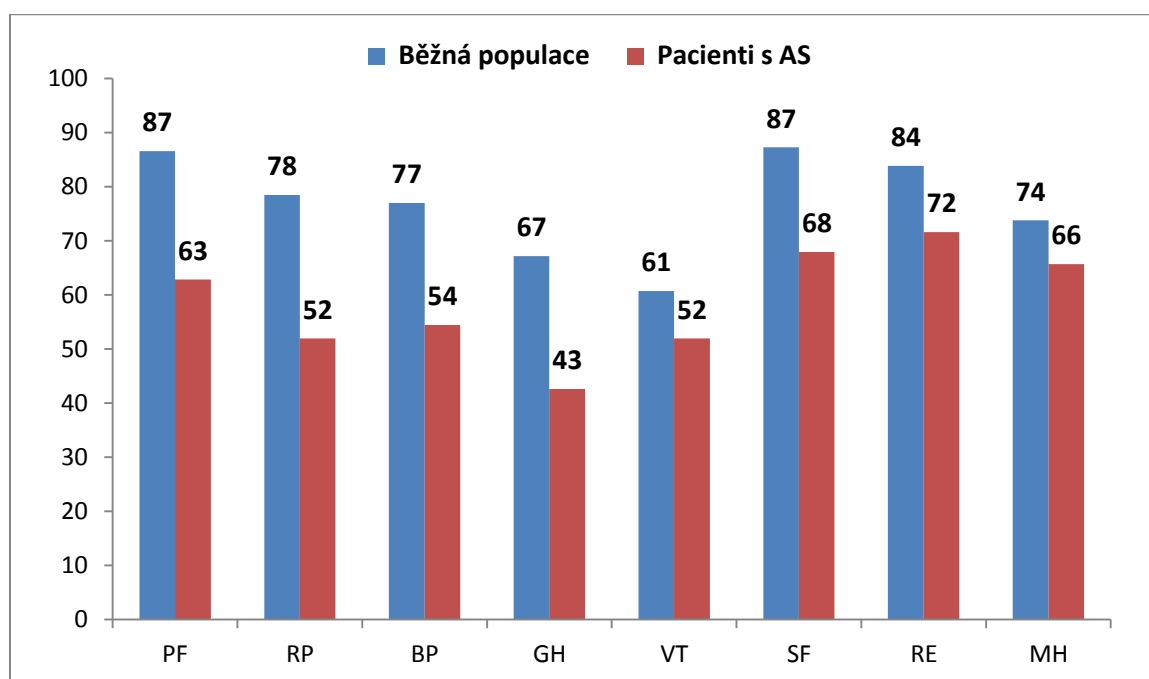
Věková skupina	Počet respondentů		Průměr		Rozptyl		F-test		T-test		
	n_b	n_p	\bar{X}_b	\bar{X}_p	σ^2_b	σ^2_p	F hodnota	Rozptyly	P hodnota	$\alpha_{0,05}$	$\alpha_{0,01}$
15-34	17	16	75	71	170,5	147,7	1,2	rozdílné	0,3649	ne	ne
35-44	21	21	71	70	135,4	141,6	1,0	shodné	0,8349	ne	ne
45-54	13	14	73	60	117,7	380,2	3,2	shodné	0,0482	ano	ne
55-64	22	26	76	59	108,1	332,8	3,1	rozdílné	0,0004	ano	ano
65-74	19	19	75	70	191,7	322,3	1,7	shodné	0,3791	ne	ne
> 75	9	5	71	58	155,1	316,8	2,0	shodné	0,1409	ne	ne

Zdroj: Vlastní výzkum

5.3 Multidimenzionální srovnání analyzovaných souborů

V následujícím grafu jsou přehledně uvedena výsledná průměrná skóre jednotlivých dimenzí u pacientů s SA a běžné populace. Výsledky jednoznačně ukazují, že po srovnání výsledného skóre pacientů s SA s běžnou populací lze vyčíst nižší dosažené hodnoty prvního vzorku a to ve všech sledovaných dimenzích zdravotního stavu. Tedy mohou konstatovat, že nemoc (SA) má vliv na kvalitu života u pacientů s SA. Jednotlivé dimenze dotazníku SF-36 lze rozdělit na dvě podskupiny, fyzické zdraví – kam patří dimenze, které se týkají především fyzické kondice a bolesti, tedy dimenze fyzické funkce (PF), fyzické omezení rolí (RP), tělesná bolest (BP) a všeobecné zdraví (GH). Druhou podskupinou je duševní zdraví - kam patří dimenze vitality (VT), sociální funkce (SF), omezení pro emoční problémy (RE) a duševní zdraví (MH). (Ware, 1992)

Graf 12: Multidimenzionální srovnání analyzovaných souborů¹²



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je zřejmé, že výraznější rozdíly mezi pacienty s SA a běžnou populací se nacházejí spíše v dimenzích týkajících se fyzického zdraví. U dimenze všeobecné zdraví byla výsledná skóre nejvíce rozdílná, pacienti s SA dosáhli úrovně 64% běžné populace. U dimenze fyzická funkce pacienti s SA dosáhli úrovně 72% běžné populace, v dimenzi fyzické

¹² Na ose x jsou znázorněny jednotlivé zkoumané dimenze, na ose y pak jejich průměrné skóre ve vzorku běžné populace a ve vzorku pacientů s SA.

omezení rolí úrovně 67% běžné populace a v dimenzi tělesná bolest 70% úrovně běžné populace.

Naopak v dimenzích týkajících se psychického zdraví nejsou výsledky tak jednoznačné. V dimenzi vitalita (VT) dosahují pacienti s SA úrovně až 85% běžné populace, v dimenzi sociální funkce (SF) 78% běžné populace, v dimenzi omezení pro emoční problémy (RE) úrovně 86% běžné populace a v poslední dimenzi, duševní zdraví (MH) až 89% úrovně běžné populace.

Statistická významnost odlišností mezi běžnou populací a pacienty s SA byla v detailu hodnocena dle věkových skupin v grafech jednotlivých dimenzí na předcházejících stránkách

5.4 Srovnání dosažených výsledků s existujícími studii

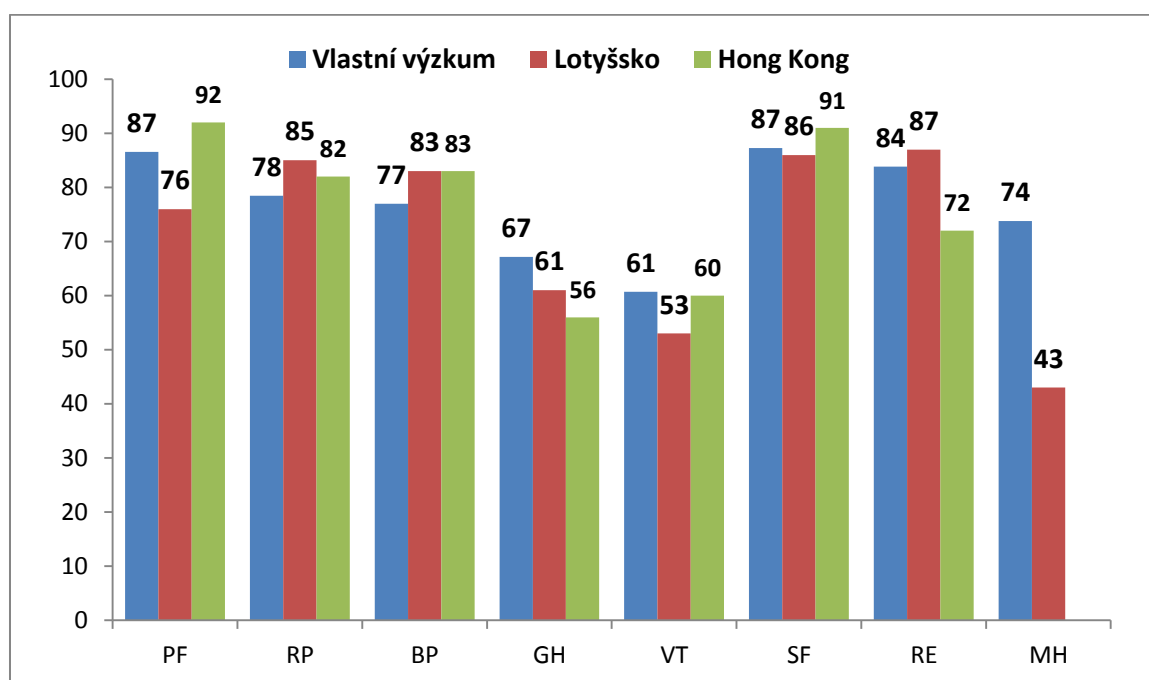
Běžná populace

Dosažené výsledky, které jsou graficky znázorněny níže, porovnávají vzorky běžných populací České Republiky vlastního výzkumu (n=101) s výsledky dosaženými na vzorku běžné populace v Lotyšsku (n=67) ve výzkumu Ruginene (2008) a v Hong Kongu (n=2410) ve studii Zhu (2008) s odkazem na Lam (1999). Zatímco lotyšská data pochází z výzkumu běžné populace, který byl proveden v časově shodném období jako výzkum u pacientů s SA za účelem jejich srovnání, hongkongský výzkum srovnává data pacientů nasbíraná v rámci vlastního výzkumu s údaji o běžné populaci, jež byly shromážděny již dříve. Ve všech třech případech vyplňovali respondenti standardní dotazník SF-36, nicméně v případě Hong Kongu nejsou v závěrečné zprávě uvedeny výsledné hodnoty dimenze mentální zdraví (MH).

V následujícím grafu jsou přehledně uvedena výsledná průměrná skóre jednotlivých dimenzí u vzorků běžné populace. Výsledky ukazují podobný trend grafu u všech vzorků populace. Ve studii z Hong Kongu (Zhu, 2008) dosáhli respondenti nejvyššího skóre ze všech tří vzorků v dimenzi fyzické funkce (PF) a sociální funkce (SF), naopak v dimenzích všeobecné zdraví (GH) a omezení pro emoční problémy (RE) dosáhl tento vzorek v porovnání s ostatními nejnižšího skóre. V dimenzi duševní zdraví (MH) nemůžeme porovnávat tento vzorek, z důvodu chybějících dat, avšak předpokládáme podobný průběh jako u ostatních dimenzí. Ve studii provedené v Lotyšsku (Ruginene, 2008) dosáhli respondenti vzorku běžné populace nejvyšších skóre v dimenzích fyzické omezení rolí (RP) a omezení pro emoční problémy (RE), naopak v dimenzích fyzické funkce (PF), vitalita (VT), sociální funkce (SF) a

nejvíce v dimenzi duševní zdraví (MH) dosáhl tento vzorek populace nejnižších skóre ze všech vzorků populací. Vzorek populace z vlastního výzkumu dosáhl nejvyšších skóre oproti ostatním vzorkům v dimenzích všeobecné zdraví (GH) a vitalita (VT), nejnižšího skóre zaznamenal z vlastního výzkumu v dimenzích fyzické omezení rolí (RP) a tělesná bolest (BP).

Graf 13: Multidimenzionální srovnání dosažených výsledků s existujícími studii – běžná populace¹³



Zdroj: Vlastní výzkum, Rugiene (2008), Zhu (2008) s odkazem na Lam (1999)

Pacienti s SA

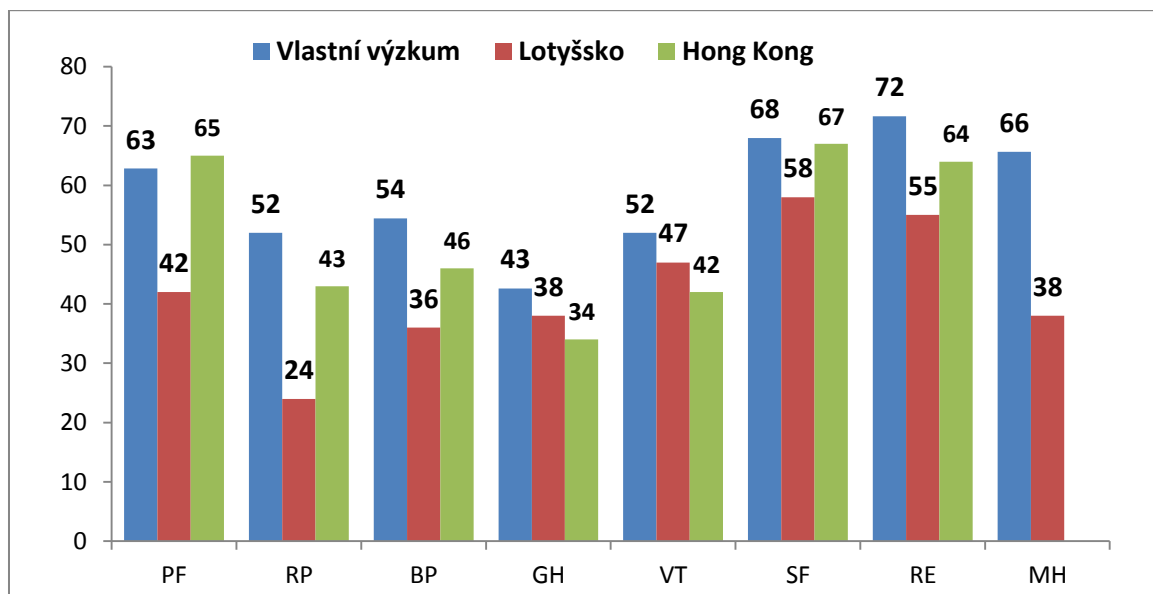
Výsledky získané u pacientů s SA zahrnují v případě mého výzkumu v České republice celkem 101 respondentů, ve studii z Lotyšska 65 odpovídajících a v hongkongském šetření dohromady 145 pacientů. Stejně jako v případě běžné populace, byly u všech tří studií analyzovány dotazníky SF-36, přičemž v případě Hong Kongu opět nejsou dostupné dosažené výsledky u dimenze mentální zdraví (MH).

V následujícím grafu jsou přehledně uvedena výsledná průměrná skóre jednotlivých dimenzí u pacientů s SA. Výsledky ukazují, že po srovnání výsledného skóre pacientů s SA v České republice (vlastní výzkum) s Lotyšskem a Hong Kongem, dosáhli pacienti s SA nejlepších skóre ve všech dimenzích zdravotního stavu. Tento výsledek považuji za velice

¹³ Na ose x jsou znázorněny jednotlivé zkoumané dimenze, na ose y pak jejich průměrné skóre ve srovnávaných výzkumech.

uspokojivý a nepřímo mohou říci, že úroveň zdravotnické péče u pacientů s tímto onemocněním je v České republice na velice dobré úrovni. Zatímco vzorek pacientů s SA v Lotyšsku dosáhl výrazně nižších hodnot (mimo dimenze vitalita) oproti zbývajícím vzorkům. Rozdíly ve vzorcích pacientů s SA těchto tří zemí lze přičítat např.: jiné struktuře pacientů, menšímu počtu analyzovaných respondentů (Lotyšsko n=67), tím je dána menší vypovídající hodnota, pokročilejší stádium nemoci, horší úroveň zdravotní péče nebo výraznému poklesu příjmů a z něho vyplývající horší životní úroveň nemocných.

Graf 14: Multidimenzionální srovnání dosažených výsledků s existujícími studii – pacienti s SA¹⁴



Zdroj: Vlastní výzkum, Rigiene (2008), Zhu (2008)

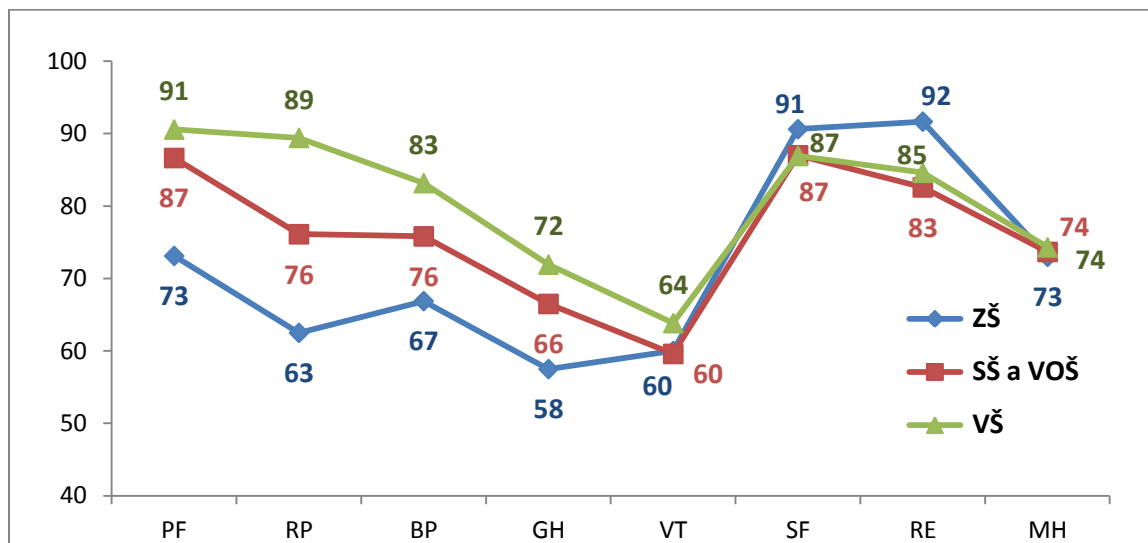
5.5 Srovnání dimenzí kvality života dle vzdělání

Běžná populace

Dosažené výsledky, které jsou graficky znázorněny níže, ukazují, že respondenti s vysokoškolským vzděláním dosahují vyššího skóre, zejména v dimenzích hodnotících fyzické zdraví jedince, než je tomu u lidí se základním či středoškolským vzděláním. V dimenzi fyzické funkce dosahují respondenti se základním vzděláním 80% úrovně vysokoškolsky vzdělaných jedinců, v dimenzi fyzické omezení rolí dosahují respondenti se základním vzděláním pouze 71% úrovně vysokoškoláků. Naopak v dimenzích, které hodnotí psychické zdraví, dosáhli jedinci s vysokoškolským vzděláním nižších hodnot než respondenti se vzděláním základním.

¹⁴ Na ose x jsou znázorněny jednotlivé zkoumané dimenze, na ose y pak jejich průměrné skóre ve srovnávaných výzkumech.

Graf 15: Srovnání dimenzí kvality života dle vzdělání – běžná populace¹⁵



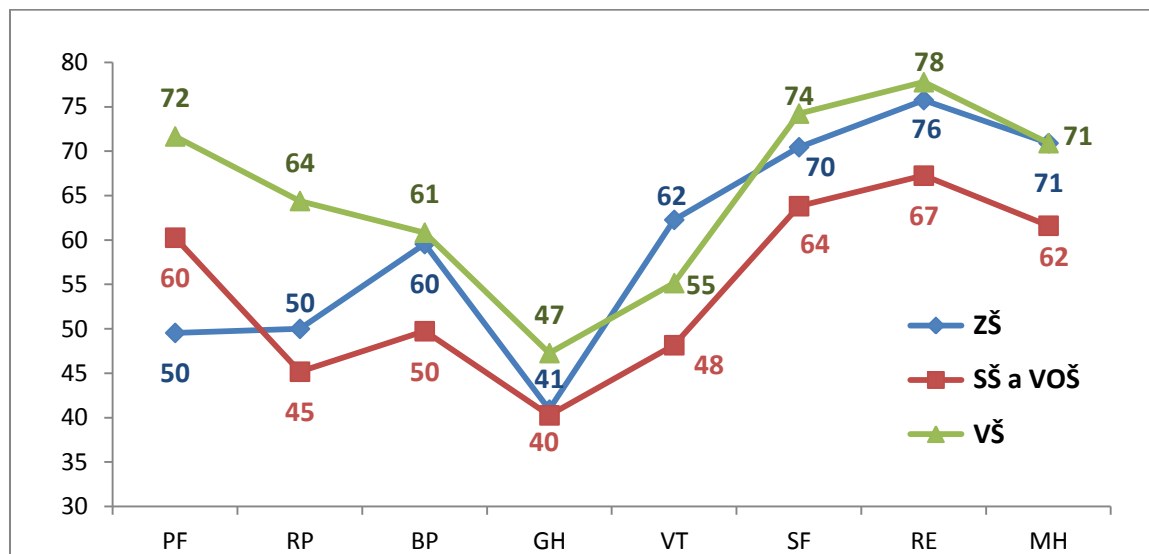
Zdroj: Vlastní výzkum

Pacienti s SA

Výsledky graficky znázorněné níže ukazují, že pacienti s SA s vysokoškolským vzděláním měli (s výjimkou dimenze VT – vitality) vyšší nebo totožné skóre oproti pacientům se základním či středoškolským vzděláním. Při porovnání pacientů se základním a středoškolským vzděláním je dle trendu na grafu zřejmé, že pacienti se středoškolským vzděláním jsou na tom hůře než ti se základním. Zde však musíme uvést limitaci tohoto porovnání a to je počet odpovídajících v obou kategoriích. Pacientů se základním vzděláním odpovídalo pouze 11, se středoškolským 57.

¹⁵ Na ose x jsou znázorněny jednotlivé zkoumané dimenze, na ose y pak jejich průměrné skóre.

Graf 16: Srovnání dimenzí kvality života dle vzdělání – pacienti s SA¹⁶



Zdroj: Vlastní výzkum

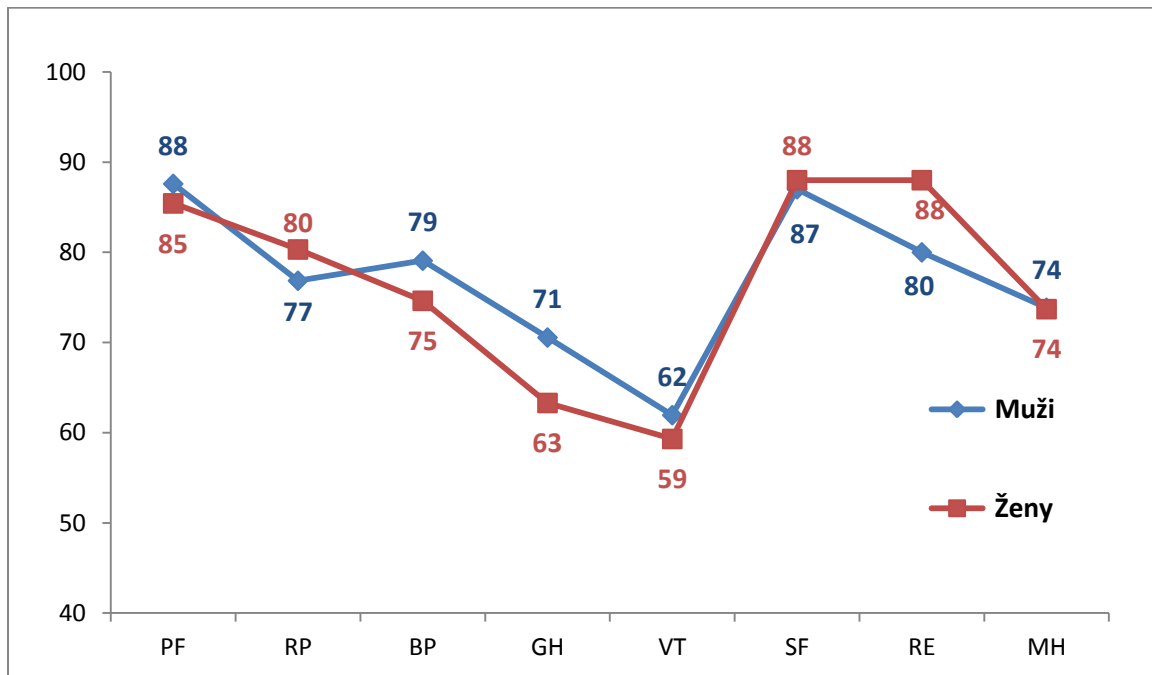
5.6 Srovnání dimenzí kvality života dle pohlaví

Běžná populace

Dosažené výsledky, které jsou graficky znázorněny níže, ukazují, že trend obou křivek je velmi podobný. Ženy však dosahují nižších výsledků v dimenzích týkajících se fyzického zdraví, výjimku tvoří dimenze fyzické omezení rolí, kde ženy dosáhly o trochu lepšího skóre než muži (skóre 80 vs. 77). V dimenzích hodnotící psychické zdraví překvapivě dosáhly ženy v našem vzorku běžné populace v porovnání s muži vyšších nebo totožných skóre. V dimenzích duševní zdraví a sociální funkce byly hodnoty dosažené u mužů i žen téměř shodné. V dimenzi omezení pro emoční problémy dosáhly ženy vyššího skóre v porovnání s muži, skóre 88 vs. 80. Z těchto výsledků můžeme vidět, že rozdíly mezi pohlavím jsou jen velmi malé.

¹⁶ Na ose x jsou znázorněny jednotlivé zkoumané dimenze, na ose y pak jejich průměrné skóre.

Graf 17: Srovnání dimenzí kvality života dle pohlaví – běžná populace¹⁷



Zdroj: Vlastní výzkum

U výsledků byla provedena také jejich statistická analýza, a to nejprve tzv. F-test pro ověření proměnlivosti rozptylů obou sledovaných souborů a na základě jeho výsledků také T-test, jehož cílem je ověřit (či naopak vyvrátit) statisticky významné rozdíly mezi analyzovanými soubory dat.

V tabulce je vidět, že ve všech dimenzích zdravotního stavu (s jedinou výjimkou dimenze všeobecné zdraví na úrovni spolehlivosti 5%) se dosažené výsledky u žen statisticky významně neliší od získaných výsledků u mužů. Jinými slovy, pohlaví ze statistického hlediska nemá vliv na dimenze zdravotního stavu, tedy kvalitu života.

¹⁷ Na ose x jsou znázorněny jednotlivé zkoumané dimenze, na ose y pak jejich průměrné skóre.

Tabulka 12: Srovnání dimenzí kvality života dle pohlaví – běžná populace

Věková skupina	Počet respondentů		Průměr		Rozptyl		F-test		T-test		
	n_M	n_Z	\bar{X}_M	\bar{X}_Z	σ^2_M	σ^2_Z	F hodnota	Rozptyly	P hodnota	$\alpha_{0,05}$	$\alpha_{0,01}$
PF	54	47	88	85	278,1	185,7	1,5	shodné	0,4803	ne	ne
RP	54	47	77	80	1081,4	813,5	1,3	shodné	0,5755	ne	ne
BP	54	47	79	75	466,6	387,0	1,2	shodné	0,2848	ne	ne
GH	54	47	71	63	273,3	318,8	1,2	shodné	0,0365	ano	ne
VT	54	47	62	59	204,2	192,0	1,1	shodné	0,3506	ne	ne
SF	54	47	87	88	357,1	254,7	1,4	shodné	0,7951	ne	ne
RE	54	47	80	88	944,2	407,0	2,3	shodné	0,1357	ne	ne
MH	54	47	74	74	177,9	102,8	1,7	shodné	0,9501	ne	ne

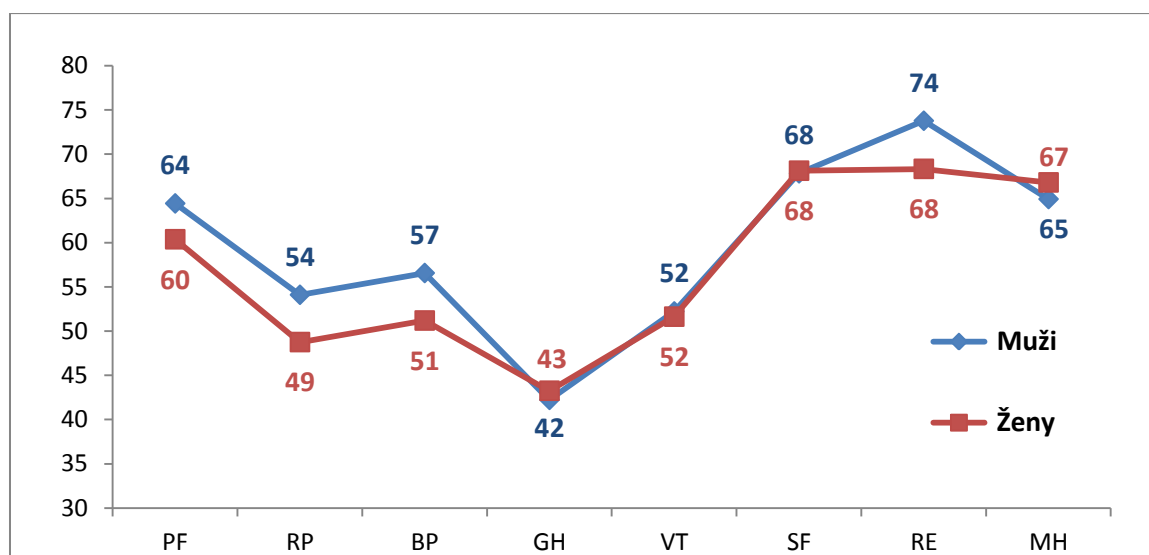
Zdroj: Vlastní výzkum

Pacienti s SA

Dosažené výsledky, které jsou graficky znázorněny níže, ukazují, že trend obou křivek je velmi podobný.

Ze srovnání výsledného skóre žen a mužů lze vyčíst nižší dosažené hodnoty prvního vzorku především v dimenzích, které se týkají fyzického zdraví. V dimenzích vitalita a sociální funkce dosahují respondenti obou pohlaví stejných hodnot. Rozdíl nalézám až v dimenzi omezení pro emoční problémy, zde ženy dosahují 92% úrovně mužů (skóre 74 vs. 68).

Graf 18: Srovnání dimenzí kvality života dle pohlaví – pacienti s SA¹⁸



Zdroj: Vlastní výzkum

¹⁸ Na ose x jsou znázorněny jednotlivé zkoumané dimenze, na ose y pak jejich průměrné skóre.

U výsledků byla provedena opět jejich statistická analýza, a to nejprve tzv. F-test pro ověření proměnlivosti rozptylů obou sledovaných souborů a na základě jeho výsledků také T-test, jehož cílem je ověřit (či naopak vyvrátit) statisticky významné rozdíly mezi analyzovanými soubory dat.

V tabulce je vidět, že ve všech dimenzích zdravotního stavu se dosažené výsledky u mužů a žen se od sebe statisticky významně neliší. Jinými slovy, pohlaví ani u pacientů s SA nemá prokazatelný negativní vliv na jejich kvalitu života.

Tabulka 13: Srovnání dimenzí kvality života dle pohlaví – pacienti s SA

Věková skupina	Počet respondentů		Průměr		Rozptyl		F-test		T-test		
	n_M	n_Z	\bar{X}_M	\bar{X}_Z	σ^2_M	σ^2_Z	F hodnota	Rozptyly	P hodnota	$\alpha_{0,05}$	$\alpha_{0,01}$
PF	61	40	64	60	819,2	390,2	2,1	shodné	0,4022	ne	ne
RP	61	40	54	49	1795,4	1633,0	1,1	shodné	0,5290	ne	ne
BP	61	40	57	51	609,8	470,5	1,3	shodné	0,2653	ne	ne
GH	61	40	42	43	445,4	434,0	1,0	shodné	0,8087	ne	ne
VT	61	40	52	52	392,9	373,6	1,1	shodné	0,8832	ne	ne
SF	61	40	68	68	575,3	480,4	1,2	shodné	0,9499	ne	ne
RE	61	40	74	68	1411,7	1250,7	1,1	shodné	0,4684	ne	ne
MH	61	40	65	67	239,7	360,4	1,5	shodné	0,5864	ne	ne

Zdroj: Vlastní výzkum

6 DISKUZE

Spondylarthritis ankylopoetica (SA) je chronické zánětlivé onemocnění, které postihuje sakroiliakální klouby a páteř v různých stupních, méně často bývají postiženy i periferní klouby. Nástup tohoto onemocnění je obecně v pozdní adolescenci nebo v brzké dospělosti, vliv onemocnění je tedy manifestován po většinu pacientova života. Z tohoto důvodu je zajímavé hodnotit vliv tohoto onemocnění na zdravotní stav a kvalitu života těchto jedinců.

Dalším podnětem by mohl být i fakt, že v medicínských databázích se k roku 2014 týká výzkumu SA 14392 článků, výzkumu kvality života se věnovalo 227248 výzkumů, ale výzkumu kvality života u pacientů s SA se z toho týkalo pouze 503 článků. Faktory, které ovlivňují kvalitu života, jsou předmětem studií v mnoha zemích světa. Úroveň kvality života je ovlivňována zdravotními aspekty, jako je zdravotní stav a mobilita, dále psychickými aspekty (nálada), ale i aspekty sociálními, jako je prostředí a sociální kontakt. Proto byly vyvinuty různé systémy měření. Kvalita života ovlivněná zdravím (HRQoL) je pojem, který shrnuje subjektivní a přitom kvalifikované měření, jednak vnímání zdraví a také vnímání chodu životních funkcí ve fyzické, zdravotní a emoční sféře. (Vurm, 2007). Jako nástroje k měření a hodnocení HRQoL slouží především dotazníky, které umožňují skórování odpovědí na standardizované otázky. K tomuto je nejčastěji používán dotazník o zdravotním stavu SF-36. Dle literatury je tento dotazník považován za jakýsi standard v hodnocení HRQoL. Problematikou dotazníku SF -36 se k tomuto roku v databázi Pubmed zabývá 13424 odborných článků, 102 výzkumů se zaměřilo na použití dotazníku SF-36 u pacientů s SA. Z tohoto důvodu jsem i já využila tohoto dotazníku ve své diplomové práci ke zjištění dimenzí zdravotního stavu u pacientů se SA. Jedná se o generický typ dotazníku, jeho výhodou je možnost srovnání s běžnou populací a možností zjistit, jak moc se liší úroveň kvality života u osob s chronickým onemocněním pohybového aparátu (pacienti se SA) a běžné populace. Samozřejmě, že lze využít i specifických dotazníků používaných u SA, např. ASQoL, ovšem ze statistického hlediska nemůžeme porovnávat naměřené hodnoty s běžnou populací, což bylo u mé diplomové práce nevýhodné. Pomocí dotazníku SF-36 lze hodnotit kvalitu života i zdravotnické intervence v osmi dimenzích zdravotního stavu. Tyto dimenze jsou: fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a vnímání vlastního zdraví.(Petr, 2001).

V České republice se problematikou tohoto dotazníku zabývali Petr (2001) z jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a Sobotík (1998) z Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Sobotík (1998) provedl předběžnou studii dotazníku SF-36 v letech 1995-1997, vzorek běžné populace tvořili studenti Lékařské fakulty a jejich příbuzní, Petr (2001) experimentálním šetřením vytvořil regionální standard v Jihočeském kraji na populaci příslušníků a příslušnic Policie ČR v činné službě. Limitace u souboru dle Sobotíka (1998) byl nevyrovnaný počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích, nepřítomnost rozdělení dle pohlaví a fakt, že se jednalo především o studenty Lékařské fakulty. Studie provedená Petrem (2001) je limitována faktorem, že se jedná o příslušníky Policie ČR, tudíž je třeba vzít v úvahu, že tato skupina respondentů by měla mít nadstandardní fyzickou kondici.

Na tomto místě je však vhodné zmínit kritický pohled na dotazníkové metody obecně. V poslední době je kritizován proces tvorby dotazníků, jejichž konstrukce vychází často ze subjektivních názorů jejich tvůrců a jejichž validita je problematická. Kritici zejména z řad psychologů, poukazují na tendenci rozhodnout, jak by měl vypadat, „ kvalitní život“, a toto v jistém smyslu vnucovat jako určitou normu. (Payne, 2005). Problémem psychologů u dotazníkových metod obecně je fakt, že jsou značně subjektivní, odpovědi respondentů mohou být do značné míry ovlivněny psychosociálními faktory, jako je např.: typ osobnosti, tzv. premorbidní osobnost, ale i momentální náladou pacienta. Podle slov Mgr. Fechtnerové, by jistým přínosem mohlo být doplnění o další psychologické testy. I přes tyto oprávněné výhrady se však ukazuje, že studium kvality života je v současné vědě nosným a užitečným směrem. (Payne, 2005).

Cílem této práce bylo posoudit kvalitu života u pacientů se spondylarthritis ankylopoetica pomocí české verze dotazníku o zdravotním stavu Short-Form 36 a porovnat výsledky s populací bez diagnózy SA (běžná populace). Pro dosažení hlavního cíle celé práce byl výzkum kvality života proveden nejen ve zkoumané skupině pacientů, ale v totožném rozsahu také na vzorku běžné populace. Dosažené výsledky pak byly v obou skupinách rozděleny dle věkových skupin a v každé věkové skupině byla následně ověřována statisticky významná odchylka mezi oběma analyzovanými soubory. S ohledem na dosažení výše vytyčeného cíle diplomové práce jsem si stanovila čtyři hlavní pracovní hypotézy, které byly v průběhu provedeného výzkumu ověřovány.

První hypotéza ověřovala, zda je kvalita života jednotlivce ovlivněna onemocněním Spondylarthritis ankylopoetica (SA). Předpokládala jsem, že sledovaní pacienti dosahují nižší

úrovně kvality života z pohledu fyzické kondice než běžná populace. Z výsledků, které byly několikrát statisticky vyhodnoceny, vyplynuly následující závěry. Jak již bylo dříve uvedeno v textu, fyzický stav je souborem čtyř dimenzí zdravotního stavu. Tyto dimenze jsou: fyzické funkce, fyzické omezení rolí, tělesná bolest a vnímání všeobecného zdraví. V dimenzi fyzické funkce (PF) dosáhli pacienti s SA signifikantně nižších skóre ve všech věkových kategoriích na 5% hladině významnosti oproti vzorku běžné populace ($p=0,0000-0,0028$). V dimenzi fyzické omezení rolí (RP) dosáhli pacienti s SA statisticky nižších skóre na hladině významnosti 5% u věkových kategorií 15-34 let, 35-44 let a 55-64 let, ve zbývajících věkových kategoriích nebyly výsledky statisticky významné. V dimenzi tělesná bolest (BP) dosáhli pacienti s SA na 5% hladině významnosti signifikantně nižších skóre vzhledem k běžné k populaci ve věkových kategoriích 15-35let, 35-44 let, 55-64 let a 65-74 let, naopak ve věkových kategoriích 45-54 a nad 75 let nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. V těchto věkových kategoriích si však musíme uvědomit, že období kolem 50. roku života je obdobím prvního výskytu nemocí u běžné populace a ve věku nad 75 let lze očekávat snížený práh bolesti. V dimenzi všeobecné zdraví (GH) byl výsledek totožný s předešlou dimenzí, kromě věkových kategorií 45-54 let a lidé nad 75 let byly výsledky statisticky významně nižší u pacientů s SA než u vzorku běžné populace. Uvedené výsledky lze shrnout tak, že z celkem 24 provedených korelací (4 dimenze, 6 věkových kategorií), byly v 18-ti případech skóre statisticky významně nižší u pacientů s SA. Můžeme tedy konstatovat, že SA má vliv na fyzický stav jedince. Tyto výsledky jsou srovnatelné s výzkumem, který provedl Ariza (2003), který našel signifikantní asociaci mezi Bath ankylosing spondylitis functional index (BASFI) a dimenzemi týkajícími se fyzického stavu u pacientů s SA ($p < 0,0001$). Udává, že fyzický stav a kvalita života jsou u pacientů s SA signifikantně zhoršeny, fyzický stav je horší než psychický stav pacientů. V jiné studii provedené v Norsku na 314 pacientech s SA dospěli k výsledku, že pacienti s SA dosáhli signifikantně nižšího skóre oproti běžné norské populaci ($n= 2323$), $p < 0,0001$ ve všech dimenzích. Fyzický stav byl více postižen než ostatní dimenze zdravotního stavu, avšak vliv na duševní zdraví byl také značný. Doporučují se zaměřit u pacientů s SA na fyzické funkce, ale nemělo by se zapomínat na duševní zdraví a sociální funkce. (Dagfinrud, 2004). Zhu (2008) ve svém výzkumu uvádí signifikantní snížení skóre ve všech dimenzích zdravotního stavu dotazníku SF-36 pacientů s SA oproti běžné populaci v Hong Kongu ($p < 0,0001$ ve všech dimenzích), potvrzuje tak, že onemocnění SA má ovlivňuje pacienta napříč všemi dimenzemi zdravotního stavu, včetně fyzické funkce, duševního zdraví a sociální funkce. Také Ruggiene (2008) udává ve výzkumu provedeném v Litvě na 65 pacientech s SA a 67 respondentech běžné populace, že SA ovlivňuje zdraví

pacienta, především v dimenzích týkajících se jeho fyzického zdraví, pacienti s SA měli signifikantně nižší skóre oproti běžné populaci. Podobných výsledků došel i Kiltz (2009) ve svém výzkumu, udává signifikantně horší skóre HRQoL u pacientů s SA oproti běžné populaci.

První hypotéza se potvrdila. Můžeme tedy říci, že kvalita života je ovlivněna onemocněním spondylarthritis ankylopoetica a má vliv na fyzický stav jedince.

Druhá hypotéza ověřovala, zda je kvalita života jednotlivce je výrazně ovlivněna onemocněním Spondylarthritis ankylopoetica, předpokládala jsem, že sledovaní pacienti dosahují nižší úrovně kvality života z pohledu psychické kondice než běžná populace. Psychický stav je souhrnem čtyř dimenzí zdravotního stavu: vitalita (VT), sociální funkce (SF), omezení rolí pro emoční problémy (RE) a duševní zdraví (MH). V dimenzi vitalita (VT) dosáhli pacienti s SA signifikantně nižších výsledků na 5% hladině významnosti oproti vzorku běžné populace pouze ve věkových kategoriích 15-34 let ($p=0,0273$) a 55-64 let ($p=0,0002$). V ostatních kategoriích nebyly výsledky překvapivě statisticky významně odlišné. V dimenzi sociální funkce byly výsledky poměrně rozdílné, zatímco ve věkových kategoriích 15-34 let ($p=0,0073$), 55-64 let ($p=0,0000$), 65-74 let ($p=0,0000$) dosáhli pacienti s SA signifikantně nižších skóre na 5% hladině významnosti než běžná populace, ve věkových skupinách 35-44 let, 45-54 a nad 75 let nebyly rozdíly ve skóre vzhledem k běžné populaci statisticky významně odlišné. V dimenzi omezení pro emoční problémy (RE) neměli pacienti s SA statisticky významně odlišná skóre na 5% hladině významnosti (s výjimkou věkové kategorie nad 75 let, $p=0,0382$) oproti vzorku běžné populace. V poslední dimenzi duševní zdraví (MH) dosáhli pacienti s SA signifikantně nižších skóre oproti běžné populaci pouze ve věkových kategoriích 55-64 let ($p=0,0004$) a 45-54 let ($p=0,0482$) na hladině významnosti 5%. V ostatních věkových kategoriích nebyly dosažená skóre pacientů s SA statisticky významně odlišné oproti běžné populaci.

Druhá hypotéza se tedy nepotvrdila. Můžeme tedy konstatovat, že onemocnění spondylarthritis ankylopoetica nemá prokazatelný vliv na psychický stav jedince.

Výsledek vlastního výzkumu neodpovídá tomu, co Baštecký (1993) udává ve své knize. Píše, že pacienti s SA považují za nejtěživější ty příznaky, které jsou na první pohled viditelné, v tomto případě ankylózu páteře. Dalším znakem u onemocnění SA je bolest, má psychologické následky, brání v intelektuálních činnostech a deformuje prožívání nemocného. Nemocní, kteří se hůře přizpůsobují změnám (v psychologii označována jako premorbidní osobnost), mohou prožívat deprese a úzkosti. To vše ovlivňuje pacientovu psychiku, tedy

můžeme předpokládat, že jeho psychický stav bude oproti běžné populaci alterován. Také Linhartová (2007) udává, že v životě každého z nás znamená nemoc něco nepříjemného, protože přináší fyzickou i psychickou zátěž. Nemocí se změní náš momentální psychický stav. Rychle se mění i pořadí hodnot. Ve výše uvedených studiích (Zhu, 2008, Dagfinrud, 2008, Kiltz, 2009) je zřejmé, že SA ovlivňuje pacienta ve všech dimenzích zdravotního stavu, tedy včetně těch psychických. Hakkou (2012) ve své studii udává, že 55,5% pacientů s SA trpí depresemi a téměř 61% z nich prožívá úzkost. Také Doward (2003) uvádí, že u pacientů s SA se často objevují deprese a frustrace, spojené se sníženým sebevědomím, prokázal signifikantní vliv SA na psychický stav jedince. Taktéž Da Costa (2004) zmiňuje ve svém výzkumu fakt, že se zvyšující se aktivitou SA klesají i dimenze psychického stavu jedince. Jak je vidět ve výše uvedené literatuře, onemocnění SA má podstatný vliv na pacientovu psychiku, avšak mé zkušenosti s pacienty s SA, především z Klubu bechtěreviků jsou odlišné.

Vedlejším výstupem při zpracování diplomové práce bylo porovnání pacientů sdružujících se v Klubu bechtěreviků a pacientů, kteří docházejí pouze do ambulantních zařízení, tedy žijí spíše soliterně. Dle očekávání byl mezi těmito skupinami rozdíl, pacienti, kteří se setkávají v klubu, dosáhli lepších výsledků ve všech dimenzích zdravotního stavu. Musíme si tedy uvědomit i fakt, že dobrá kvalita a saturace sociálního kontaktu má výrazný psychický vliv. Sociální setkávání je tedy velký pozitivní faktor. Naopak u některých pacientů s SA může tento sociální kontakt vést paradoxně i ke zhoršení jejich psychického stavu, často spíše u mladších pacientů s nižším stadiem onemocnění, protože pacient se zde setkává i s pokročilejšími formami onemocnění (viditelná ankylóza páteře) a to může negativně působit na jeho psychiku. Dalším faktorem, který se nesmí podcenit a může také hrát roli v hodnocení dimenzí psychického stavu je fakt, že i různá farmaka mohou ovlivnit psychický stav jedince, mohou vyvolat až euforii. Těmito léky jsou např. sulfasalazin, který pacienti s SA užívají. V našem souboru to bylo celkem 13 pacientů s SA z celkových 101 pacientů.

Ve třetí hypotéze jsem předpokládala, že kvalita života pacientů se Spondylarthritis ankylopoetica je výrazně ovlivněna jejich pohlavím a sledované respondentky-pacientky (ženy) dosáhnou ve srovnání s respondenty-pacienty (muži) nižší úrovně kvality života. Ve výzkumu byla statisticky porovnána výsledná skóre žen a mužů, kde byly zjištěny nižší dosažené hodnoty prvního vzorku především v dimenzích, které se týkaly fyzického zdraví, avšak ze statistického hlediska se dosažené výsledky u mužů a žen se od sebe významně neliší ($p=0,2653-0,9499$). Z celkem osmi provedených korelací (8 dimenzí) nebyl ani u jedné z nich zjištěn statisticky významný rozdíl.

Ani třetí hypotéza se nepotvrdila. Jinými slovy, pohlaví nemá u pacientů s SA prokazatelný negativní vliv na jejich kvalitu života. Výsledky vlastního výzkumu jsem porovnávala s dostupnou literaturou, zde nebyly výsledky tak jednoznačné. Porovnání s literaturou je navíc omezeno faktem, že srovnání pacientů s SA dle pohlaví uvádí jen omezené množství studií.

Ve svém výzkumu Dagfinrud (2004) našel signifikantní rozdíl mezi muži a ženami pouze v dimenzích: fyzické funkce (PF) $p=0,01$, psychické omezení rolí (RP) $p=0,01$ a vitalita (VT) $p<0,001$, přičemž ženy dosáhly nižších skóre. Salaffi (2009) uvádí signifikantní rozdíl mezi muži a ženami trpícími SA v dimenzích fyzické omezení rolí (RP), $p=0,011$ a všeobecné zdraví (GH), $p=0,031$, přičemž ženy opět vykazují horší skóre než muži, ve zbývajících dimenzích, tak jako v mém vlastním výzkumu nebyly rozdíly statisticky významné.

Poslední hypotéza předpokládala, že i u běžné populace bude kvalita života výrazně ovlivněna jejich pohlavím a sledované respondentky (ženy) dosáhnou ve srovnání s respondenty (muži) nižší úrovně kvality života. Vycházela jsem ze studie Jenkinsona (1993), který uvádí ve své studii, že ženy mají v dotazníku SF-36 obecně nižší skóre než muži. Také Brazier (1992) uvádí, že muži vnímají své zdraví (hodnoceno dotazníkem SF-36) signifikantně lépe než ženy ($p<0,001$), kromě dimenze vnímání všeobecného zdraví (GH). Totožných výsledků dosáhli i Petr (1999), který porovnával kvalitu života pomocí dotazníku SF-36 u příslušníků Policie ČR v činné službě. Zjistil, že ve všech sledovaných dimenzích dosahují ženy horších výsledků než muži. Ve vlastním výzkumu ženy dosáhly nižších výsledků v dimenzích týkajících se fyzického zdraví, výjimku tvoří dimenze fyzické omezení rolí (RP). V dimenzích hodnotící psychické zdraví překvapivě dosáhly ženy v našem vzorku běžné populace v porovnání s muži vyšších nebo totožných skóre. Po statistickém vyhodnocení však tyto rozdíly nebyly signifikantně odlišné, s výjimkou dimenze všeobecné zdraví na hladině významnosti 5% ($p=0,0365$). Bylo opět provedeno celkem 8 korelací, u 7 z nich nebyly rozdíly mezi muži a ženami statisticky významné.

Čtvrtá hypotéza se nepotvrdila. Jinými slovy ani u běžné populace nemá pohlaví vliv na dimenze zdravotního stavu.

Z výše uvedených řádků je zřejmé, že jsem se zabývala okrajově i vzorkem běžné populace, zajímalo mě, zda je tento vzorek porovnatelný s populačními vzorky z jiných studií. K tomu jsem využila již dříve uváděné studie Petra (2001) a Sobotíka (1998). Dle očekávání dosáhli příslušníci Policie ČR ve studii provedené Petrem (2001) nejvyšších skóre v dimenzích týkajících se fyzického zdraví. V dimenzích hodnotící psychické zdraví již jejich výsledky nebyly tak jednoznačné. V dimenzích sociální funkce (SF) a omezení pro emoční

problémy (RE) dosáhli respondenti z vlastního výzkumu nejvyššího skóre oproti ostatním vzorkům populace. V těchto dimenzích mohou vykazovat příslušníci Policie ČR nižší skóre především z důvodu časové náročnosti jejich práce (omezení v dimenzi sociální funkce) a řešení psychicky vypjatých situací (dimenze omezení pro emoční problémy). Nejhorších výsledků dosáhla běžná populace publikovaná Sobotíkem (1998). Zde však musím brát v úvahu, že vzorek populace je z roku 1995, tedy v dnešní době již nemusí být aktuální.

Ve vlastním výzkumu jsem se zabývala také vlivem vzdělání na úroveň kvality života. Dosažené výsledky běžné populace ukázaly, že respondenti s vysokoškolským vzděláním dosáhli vyššího skóre, zejména v dimenzích hodnotících fyzické zdraví jedince, než je tomu u lidí se základním či středoškolským vzděláním. Naopak v dimenzích hodnotících psychické zdraví, dosáhli jedinci s vysokoškolským vzděláním nižších hodnot než respondenti se vzděláním základním. U pacientů s SA výsledky ukázaly, že pacienti s SA s vysokoškolským vzděláním měli (s výjimkou dimenze VT – vitality) vyšší nebo totožné skóre oproti pacientům se základním či středoškolským vzděláním. Tento výsledek koresponduje s literaturou, kde se často setkáváme s tvrzením, že kvalita života je ovlivněna úrovní vzdělání. Wafa (2012) provedl studii na 100 tuniských pacientech s SA, ve které uvádí, že pacienti s vyšším vzděláním (středoškolské a vysokoškolské) měli signifikantně nižší skóre dotazníku SF-36 v dimenzích týkajících se fyzického zdraví oproti pacientům s SA se nižším vzděláním (základní nebo bez vzdělání), naopak v dimenzích týkajících se psychického zdraví měli pacienti s vyšším vzděláním signifikantně lepší výsledky než pacienti s nižší úrovní vzdělání. Tento fakt se mi ve vlastním výzkumu nepotvrdil. Šolcová (2004) konstatuje, že s vyšší úrovní vzdělání se zvyšuje úroveň osobní pohody (platí u obou pohlaví i při kontrole vlivu školního IQ i vzdělání, příjmu a postavení rodičů), tím se tedy zvyšuje i celková úroveň kvality života. Dagfinrud (2004) také uvádí, že pacienti s SA s více než 12- letou školní docházkou vykazují lepší skóre ve všech dimenzích zdravotního stavu než méně vzdělaná skupina ($p < 0,0001$).

7 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala výzkumem kvality života u pacientů se Spondylarthritis ankylopetica v jednotlivých dimenzích zdravotního stavu standardizovaného dotazníku SF-36.

Cílem výběrového šetření bylo posouzení kvality života podmíněné zdravím ve zkoumané skupině pacientů ($n=101$), kde výběr probíhal na základě dobrovolnosti, a jeho porovnání se vzorkem populace bez diagnózy SA ($n=101$), zde byla zvolena metoda náhodného výběru. Dosažené výsledky byly v obou skupinách rozděleny do šesti věkových kategorií a v každé věkové kategorii byla následně ověřována statisticky významná odchylka mezi oběma analyzovanými soubory. Dále byl zjišťován rozdíl ve výsledných skóre u mužů a žen.

U dimenzí zdravotního stavu, které informují o fyzickém stavu respondenta, byl zjištěn u většiny věkových kategorií statisticky významný rozdíl mezi pacienty s SA a vzorkem běžné populace (bez diagnózy SA). Z celkového počtu 24 provedených porovnání bylo u 18 z nich potvrzeno statisticky horší skóre u pacientů s SA oproti vzorku běžné populace. Například u dimenze fyzické funkce (PF) na 5% hladině významnosti dosáhli pacienti s SA u všech věkových kategorií statisticky horšího skóre oproti vzorku populace bez diagnózy SA ($p= 0,0000 - 0,0122$). V dimenzi fyzické omezení rolí (RP) dosáhli pacienti s SA statisticky horšího skóre na 5% hladině významnosti ve všech věkových kategoriích ($p=0,0000-0,0435$), mimo kategorií 45-54 let ($p=0,6730$) a nad 75 let ($p=0,6313$)

V dimenzích hodnotících psychický stav jedince nebyl u většiny věkových kategorií zjištěn statisticky významný rozdíl mezi pacienty s SA a vzorkem populace bez diagnózy SA. Z celkových 24 provedených korelací nebyla u 16 z nich zjištěna statistická významná odlišnost mezi oběma vzorky. Například u dimenze sociální funkce (SF) bylo zjištěno statisticky nižší skóre u pacientů s SA (na 5% hladině významnosti) ve věkových kategoriích 15-34 let ($p=0,0073$), 55-64 let ($p=0,0000$) a 65-74 let ($p=0,0000$), u ostatních kategorií nebyly rozdíly statisticky významné ($p=0,0916 - 0,3650$). V dimenzi duševní zdraví (MH) bylo zjištěno statisticky nižší skóre u pacientů s SA oproti běžné populaci ve věkových kategoriích 45-54 let ($p=0,0482$) a 55-64 let ($p=0,0004$), u zbylých věkových kategorií nebyly výsledky statisticky významné ($p=0,1409-0,8349$).

Při porovnání dle pohlaví u pacientů s SA nebyly výsledky mužů a žen statisticky významně odlišné ani v jedné dimenzi zdravotního stavu ($p= 0,2653-0,9499$). U vzorku běžné populace nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ani u jedné z dimenzí zdravotního stavu s

výjimkou dimenze všeobecné zdraví (GH), zde bylo naměřeno statisticky nižší skóre u žen ($p=0,0365$).

Výsledky hodnocení kvality života u pacientů s SA považuji za uspokojivé, ačkoliv v dimenzích týkajících se fyzického stavu dosáhli pacienti s SA významně nižších skóre, v dimenzích hodnotících psychický stav se vliv onemocnění neprokázal. Při hodnocení kvality života dle pohlaví jsem dospěla k závěrům, že ani u vzorku běžné populace ani u pacientů s SA se vliv pohlaví na kvalitu života neprokázal.

Dotazník SF-36 se mi při plnění cíle diplomové práce prokázal jako dobrý výzkumný nástroj k hodnocení kvality života. Oceňuji především jeho možnosti srovnání s jinými studiemi či běžnou populací, po praktické stránce se mi však ukázal být pro některé respondenty dlouhým a méně srozumitelným.

Uvědomuji si, že vlastní výzkum by bylo vhodné doplnit o stadia onemocnění SA, avšak toto nebylo cílem mé diplomové práce, u které jsem porovnávala pacienty dle věku a pohlaví oproti vzorku běžné populace. Věřím, že doplnění o stadia SA může být námětem pro další výzkum týkající se této problematiky. Dalším zajímavým podnětem k bádání by mohlo být srovnání mezi Spondylarthritis ankylopoetica a jinými, podobnými nemocemi nejen revmatického charakteru.

V závěru bych ráda poznamenala, že efekt fyzioterapie je do značné míry ovlivněn i aktuální kvalitou života pacientů. Proto jsem se rozhodla věnovat tomuto tématu a doufám, že by tato práce mohla přispět ke zkvalitnění a jinému pohledu ve fyzioterapii s ohledem na aktuální stav pacienta. Fyzický stav, kterým se zabývá fyzioterapie nejvíce, je důležitý pro každého jedince, avšak měli bychom se zabývat i sociálními a psychickými aspekty jedince, proto je z mého hlediska hodnocení kvality života důležité.

Seznam použitých zkratek

AO	atlanto-okcipitální skloubení
ASAS	Assessment in Ankylosing Spondylitis working group
ASQoL	Ankylosing Spondylitis Quality of Life Assessment
AV	atrikulo-ventrikulární
BASDAI	Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index
BASFI	Bath Ankylosing Spondylitis Function Index
BASMI	Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index
BP	bodily pain – tělesná bolest
CRP	C-Reaktivní Protein
CT	Computer Tomography
DKK	dolní končetiny
ESSG	European Spondylarthropathy Study Group
EuroQoL	Euro Quality of Life
GH	general health – všeobecné zdraví
HKK	horní končetiny
HLA-B27	histokompatibilní antigen
HRQoL	Health Related Quality of Life (kvality života podmíněná zdravím)
ICIDH	International Classification of Impairment, Disability and Handicaps
IgA	imunoglobulin A
IgG	imunoglobulin G
LTV	léčebná tělesná výchova
MAF	Mander assessment of fatigue
MR	magnetická rezonance
MH	mental health – duševní zdraví
NHP	Nottigham Health Profile
NSA	nesteroidní antirevmatika

PROQOLID	Patient Reported Outcome Quality of Life Instruments Database
PF	physical functioning - fyzické funkce
RTG	rentgenové vyšetření
RE	role emotional – omezení pro emoční problémy
RP	role physical – fyzické omezení rolí, omezení pro fyzické problémy
SA	Spondylarthritis ankylopoetica
SF	social functioning – sociální funkce
SF-6D	Short Form – 6 dimensions
SF-36	Short Form – 36
SI	sakroiliakální skloubení
SIP	Sickness Impact Profile
SŠ	Střední škola
TBC	tuberkulóza
TNF	tumor necrosis factor (tumor nekrotizující faktor)
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
VT	vitalita
WHO	World Health Organization
WHOQoL	World Health Organization Quality of Life Assessment

Seznam obrázků

Obrázek 1: Změny v držení páteře u pacientů s SA	9
--	---

Seznam tabulek

Tabulka 1: Modifikovaná newyorská diagnostická kritéria SA z roku 1984.....	10
Tabulka 2: Bath Ankylosing Spondylitis Mobility Index (BASMI): evaluation of spinal mobility	11
Tabulka 3: Stadia SA.....	13
Tabulka 4: Statistické hodnocení dimenze PF – fyzické funkce dle věkových kategorií	41
Tabulka 5: Statistické hodnocení dimenze RP – fyzické omezení rolí	43
Tabulka 6: Statistické hodnocení dimenze BP – tělesná bolest	45
Tabulka 7: Statistické hodnocení dimenze GH – všeobecné zdraví	47
Tabulka 8: Statistické hodnocení dimenze VT - vitalita	49
Tabulka 9: Statistické hodnocení dimenze SF – sociální funkce	51
Tabulka 10: Statistické hodnocení dimenze RE – omezení pro emoční problémy.....	53
Tabulka 11: Statistické hodnocení dimenze MH – duševní zdraví	55
Tabulka 12: Srovnání dimenzí kvality života dle pohlaví – běžná populace.....	63
Tabulka 13: Srovnání dimenzí kvality života dle pohlaví – pacienti s SA	64

Seznam grafů

Graf 1: Rozdělení zkoumaných souborů dle věkových skupin	38
Graf 2: Rozdělení zkoumaných souborů dle pohlaví	39
Graf 3: Rozdělení zkoumaných souborů dle dosaženého vzdělání.....	39
Graf 4: Hodnocení dimenze PF – fyzické funkce dle věkových kategorií.....	40
Graf 5: Hodnocení dimenze RP – fyzické omezení rolí dle věkových kategorií.....	42
Graf 6: Hodnocení dimenze BP – tělesná bolest dle věkových kategorií	44
Graf 7: Hodnocení dimenze GH – všeobecné zdraví dle věkových kategorií	46
Graf 8: Hodnocení dimenze VT - vitalita dle věkových kategorií	48
Graf 9: Hodnocení dimenze SF – sociální funkce dle věkových kategorií	50
Graf 10: Hodnocení dimenze RE – omezení pro emoční problémy dle věkových kategorií...	52
Graf 11: Hodnocení dimenze MH – duševní zdraví dle věkových kategorií.....	54
Graf 12: Multidimenzionální srovnání analyzovaných souborů	56
Graf 13: Multidimenzionální srovnání dosažených výsledků s existujícími studii – běžná populace	58
Graf 14: Multidimenzionální srovnání dosažených výsledků s existujícími studii – pacienti s SA	59
Graf 15: Srovnání dimenzí kvality života dle vzdělání – běžná populace	60
Graf 16: Srovnání dimenzí kvality života dle vzdělání – pacienti s SA.....	61
Graf 17: Srovnání dimenzí kvality života dle pohlaví – běžná populace.....	62
Graf 18: Srovnání dimenzí kvality života dle pohlaví – pacienti s SA	63

Použitá literatura

- ALTAN, L., BINGOL, U. et al.** The effect of balneotherapy on patients with ankylosing spondylitis. *Scand. Journal of Rheumatology*. 2006, vol.35, issue 4, p. 283-9.
- ANDRES, T. P.** Onemocnění srdce u ankylozující spondylitidy (Morbus Bechtěrev). *Bechtěrevik*.1995, 12+13, s. 5-10.
- ARIZA – ARIZA, R. et al.** Physical fiction and health – related quality of life of Spanish patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*.2003, vol. 49, issue 4, s. 483-7.
- AYDOG, E. et al.** Dynamic postural balance in ankylosing spondylitis patients. *Rheumatology (Oxford)*. 2006, vol. 45, p. 445-8.
- Bechtěrevova nemoc, Příručka pro pacienty. *Klub bechtěreviků České republiky*. 1994, s. 27.
- BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P.** *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
- BAŠTECKÝ J., ŠAVLÍK, J.** *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. 363 s. ISBN 807190317.
- BIJLSMA, J.W.J.** *Eular Compendium on Rheumatic Diseases*. London: BMJ Group, 2009. 823 p. ISBN 978-1-905545-35-3.
- BOONEN, A., PATEL, V. et al.** Rapid and sustained improvement in health-related quality of life and utility for 72 weeks in patients with ankylosing spondylitis receiving etanercept. *Journal of Rheumatology*. 2008, vol. 35, issue 4, p. 662-667.
- BOT, S.D.M. et al.** Biomechanical analysis of posture in patients with spinal kyphosis due to ankylosing spondylitis: a pilot study. *Rheumatology*. 1999, vol. 38, p.441-443.
- BRAUN, J., SIEPER J.** Ankylosing spondylitis. *The Lancet*. 2007, vol. 369, p. 1379-1390.
- BRAZIER, J.E., ROBERTS, J., DEVERILL, M.** The estimation of preference-based measure of health from the SF-36. *J. Health Econ*. 2002, vol. 21, p. 271-292.
- BRAZIER, J.E. et al.** Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*.1992, vol. 305, p. 160- 164.
- BROPHY S., CALIN A.** Ankylosing spondylitis: interaction between genes, joints, age at onset and disease expression. *Journal of Rheumatology*. 2001, vol. 28, p. 2283-2288.

DA COSTA, D., DRITSA, M. et al. Mental health status and leisure-time physical activity contribute to fatigue intensity in patients with spondylarthropathy. *Arthritis Rheum.* 2004, vol. 51, issue 6, p. 10004-8.

DOHERTY, M., DOHERTY, J. *Klinické vyšetření v revmatologii*, Praha: Grada, 2000. 200 s. ISBN 80-5169-538-6.

DOWARD, LC et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2003, vol. 62, p. 20-26.

DRAGOMIRECKÁ, E. *Závěrečná zpráva o řešení programového projektu podpořeného Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR*. Praha : Psychiatrické centrum Bohnice, 2005.

DYLEVSKÝ, I., DRUGA, R., MRÁZKOVÁ, O. *Funkční anatomie člověka*. Praha : Grada, 2000. 664 s. ISBN 80-7169-681-1.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HAYWOOD, K.L. et al. Generic measures of health-related quality of life in ankylosing spondylitis: reliability, validity and responsiveness. *Rheumatology*. 2002, vol. 41, p. 1380-87.

HEALEY, E.L., HAYWOOD, K.L. et al. Ankylosing spondylitis and its impact on sexual relationships. *Rheumatology*. 2009, vol. 48, issue 11, p. 1335-1408.

HELLIWELL, P.S. et al. Shock absorption by spinal column in normals and in ankylosing spondylitis. *Proc Inst Mech Eng.* 1989, vol. 203, p.187-90.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2012. 408 s. ISBN 978-80-262-0219-6.

HENDL, J. *Přehled statistických metod: Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2012. 584 s. ISBN 978-80-262-0200-4.

HROMÁDKOVÁ, J. a kol. *Fyzioterapie*, 1. vyd. Jinočany: H a H, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.

CHORUS, AMJ et al. Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Ann Rheum Dis.* 2003, vol. 62, p. 1178-1184.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu.* Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

IRVINE, E.J. Quality of Life Issues in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *J. Gastroenterol(USA)*. 1997, vol. 92, suppl. 12, p.18S-24S.

JENKINSON, C., STEWART-BROWN, S. et al. Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1993, vol. 53, p. 46-50.

KALOVÁ, H., PETR, P. *Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění. Kvalita života.* Sborník konference. Třeboň, 2004. ISBN 80-86625-20-6.

KARAPOLAT, H., EYIGOR, S. et al. Are swimming or aerobic exercise better than conventional exercise in ankylosing spondylitis patients? A randomized controlled study. *Eur. J. Phys.Rehabil. Med.* 2009, vol. 45, issue 4, p. 449-57.

KHAN, M.A. *Ankylosing spondylitis the facts.* Oxford : Oxford University Press, 2002. 206 p. ISBN 0 19 263282 5.

KILTZ U., VAN DER HEIJDE, D. Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis and in patients with ankylosing spondylitis. *Clinical Experimental Rheumatology*. 2009, vol. 4, suppl. 55, p.108-11.

KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi.* Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-7262-657-1.

KRÁLOVÁ, M., MATĚJČKOVÁ, V. *Rehabilitace u revmatických nemocí.* Praha: Avicenum. 1985. 163 s. ISBN 08-072-85.

LEVITOVÁ, A., DAŘOVÁ, K. Vliv pohybové terapie na pohyblivost páteře a subjektivní vnímání bolesti u jedinců s ankylozující spondylitidou. *Česká Revmatologie*. 2008, č.1, s. 4-8.

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně.* Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-89074-71-79.

MAINDA, E. Iritida - časté trápení bechtěreviků. *Bechtěrevik*. 2008, č.103, s. 10-12.

MUSIL, D., FILIP, L. Hodnocení kvality života pacientů jeden rok po implantaci TEP kyčelního kloubu (Z MIS-AL přístupu pomocí dotazníku SF-36). *Kontakt*. 2011, vol.13, no.1, s. 95-103.

- NGHIEM, F.T.; DONOHUE, J.P.** Rehabilitation in Ankylosing Spondylitis. *Current Opinoin in Rheumatology*. 2008, vol. 20, issue 2, p. 203-207.
- PAVELKA, K. a kol.** *Farmakoterapie revmatických onemocnění*. Praha : Grada, 2005. 436 s. ISBN 80-247-0459-5.
- PAVELKA, K., ROVENSKÝ, J.** *Klinická revmatologie*. Praha : Galén, 2003. 952 s. ISBN 80-7262-174-2.
- PAVELKA, P.** Kohortová studie u ankylozující spondylitidy v regionu střední Evropy:aktivita nemoci, způsoby léčby a možnosti uplatnění biologické léčby. *Česká revmatologie*. 2008, Sv. 2, s. 64-69
- PAYNE, J. a kolektiv.** *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PETR, P.** Dotazník SF-36. O kvalitě života podmíněné zdravím. *Kontakt*. 2000, vol. 1, s. 26-30.
- PETR, P.** Kvalita života u nespecifických střevních zánětů: Zjišťování, hodnocení, možnosti ovlivnění. *Kontakt - I*. 1999, vol. 2, s. 2-12.
- PETR, P. a kol.** Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“. *Kontakt - III*. 2001, vol.3, s. 146-150.
- PETRTÝLOVÁ, R.** *Komplexní fyzioterapie u spondylarthritis ankylopoetica*. Bakalářská práce. Plzeň, 2009. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra fyzioterapie a ergoterapie.
- PODĚBRADSKÝ, J., VAŘEKA, I.** *Fyzikální terapie I.*, 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-661-7.
- PRAISOVÁ, M.** Biologická léčba u ankylozující spondylitidy. *Bechtěrevik*. 2008, č. 102, s. 3-5.
- PUDLAČ, A:** Zobrazovací metody v hodnocení strukturální progresu u ankylozující spondylitidy. *Česká Revmatologie*. 2007, č. 2, s. 100-104.
- RESCH, K.L.** Eine Klinik-taugliche Version des deutschsprachigen SF-36. VIII. dny Karlovarských balneologů 10.1.2001, Karlovy Vary, Česká Republika.

- ROVENSKÝ, J.** *Revmatologický výkladový slovník*. Praha : Grada, 2006. 275 s. ISBN 80-247-1614-3.
- SIEPER, J., RUDWALEIT, M.** How early should ankylosing spondylitis be treated with tumour necrosis blockers. *Annals of Rheumatic Diseases*. 2005, vol. 64, p. 61-63.
- SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B. a spol.** Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, č.1, s. 6-9.
- ŠENOLT, L.** Současný pohled n diagnostiku a léčbu ankylozující spondylitidy. *Interní medicína pro praxi*. 2011, vol. 13 (10), s. 374-377.
- TOMŠ, J.** Bechtěrevova nemoc - Rozdíly mezi muži a ženami? *Bechtěrevik*. 2007, Sv. 86, s. 3-4.
- TRNAVSKÝ, K.** *Revmatické nemoci: Co o nich víme a jak s nimi žít*. Praha : Grada, 1994. 124 s. ISBN 80-95824-65-5.
- TRNAVSKÝ, K. a kol.** *Léčebná péče v revmatologii*. Praha : Grada, 1993. 167 s. ISBN 80-7169-030-9.
- TRNAVSKÝ, K., KOLAŘÍK, J.** *Onemocnění kloubů a páteře v praxi*. Praha : Galén, 1997. 403 s. ISBN 80-95824-65-5.
- TURAN, Y., DUROUZ, M.T. et al.** Assessment of fatigue in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatology Int*. 2007, vol. 27, issue 9, p. 847-52.
- TURAN, Y., DUROUZ, M.T. et al.** Relationship between enthesitis, clinical parameters and quality of life in spondyloarthritis. *Joint Bone Spine*. 2009, vol. 76, issue 6, p. 642-647.
- VAN DER HEIJDE, D., BRAUN, J. et al.** Treatment trials in ankylosing spondylitis: current and future considerations. *Ann Rheum Dis*. 2006, vol. 61, Suppl. III, s. iii24-iii32.
- VAŇÁSKOVÁ, E.** *Testování v rehabilitační praxi-cévní mozkové příhody*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 65 s. ISBN 80-7013-398-8.
- VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv.** *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 1160 s. ISBN 80-7345-037-2.

VURM, V. et al. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Kontakt*. 2002, 2-3, vol IV, s. 89-94.

VURM, V a kolektiv. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-037-2.

WARE, E. J., SHERBOURNE, C. D. The MOS 36 - item short form health survey (SF - 36) Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992, 30, vol. 6, p.473-483.

WARE, J. E. Jr., KOSINSKI, M., KELLER, S. D. A 12- item short - form health survey: construction of scales and preliminary test of reliability and validity. *Medical Care*. 1996, vol. 34, p. 220 - 233.

ZEBOUNI, L. et al. Gait analysis in ankylosing spondylitis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1992, vol. 51, p. 898-899.

ZEMAN, M. Koncept SEIQoL jako nástroj pro hodnocení kvality života. *Kontakt*. 2008, vol. 1, s. 140-149.

Elektronické odkazy

ALTAN, L., KORKMAZ, N. et al. Effect of Pilates training on people with ankylosing spondylitis. *Rheum. Int.* 2011, vol. 32, issue 7, p. 2093-2099. *Dostupné z:* www.pilatesfisios.it/pilates%20e%20spondilite.pdf. [Online].

Běchtěrevova nemoc může ovlivnit i sexuální život. *Dostupné z:* <http://www.revmaticke-nemoci.cz>. [Online]

BITTENGLOVÁ, I. *Kvalita života u pacientů s chronickým onemocněním pohybového systému*. České Budějovice, 2009. Diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Dostupné z: theses.cz/id/9mpn7p/downloadPraceContent-adipIdno-13079.

Dotazník SF 36. *Dostupné z:* txt.www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/dotaznik_sf-36. [Aktualizováno 22.8.2008]. [Online]

HAKKOU, J., ROSTOM S., MENGAT M., et al. Sleep disturbance in Moroccan patients with ankylosing spondylitis: Prevalence and relationships with disease-specific variables,

psychological status and quality of life. *Rheum Int.* 2013, vol. 33, issue 2, p. 285-90. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22441961>. [Online]

HYUNGPIL, CHO. et al. Spinal Mobility, Vertebral Squaring, Pulmonary Function, Pain, Fatigue and Quality of Life in Patients with Ankylosing Spondylitis. *Ann Rehabil Med.* 2013, vol. 37, issue 5, p. 675-682.

Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825944>. [Online]

KUČERA, Z. Podpora zdraví a kvalita života. In Sborník příspěvků z konference konané 25.10.2004 v Třeboni, s.108. Dostupné z: ipvz.cz/download.aspx?item=1105&. [Online]

KUCHARSKÁ, R. Moderní léčba spondylartritid (on line). In. *Referátový výběr z revmatologie č. 3.* Citováno 2009-23-02. Poslední revize 2006-12-07. Dostupné z: <http://www.NLK-bechtere-olog.Léčba.léčba.htm>. [Online]

NĚMEC, F, CHALOUPKA, R. a spol. Hodnocení kvality života pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Čechosl.* 2009, č.76, s. 20-24. Dostupné z: <http://www.achot.cz/detail.php?stat=237>. [Online]

PISCHON,N., PISCHON, T. et al. Periodontal disease in patients with ankylosing spondylitis. *Ann. Rheum. Dis.* 2010, vol. 69, issue 1, p. 34-38. Dostupné z: <http://www.nlk.cz/publikace-nlk/referatove-vybery/revmatologie/2010/Revmatologie-2010-4.pdf>. [Online]

SALAFFI, F., CAROTTI, M. et al. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis: A comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual. Life Outcomes.* 2009, vol. 7, issue 25. Dostupné z: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2674445. [Online]

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In Sborník příspěvků z konference konané 25.10.2004 v Třeboni, Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004, s. 21-32. Dostupné z: ipvz.cz/download.aspx?item=1105&. [Online]

ŠŤASTNÁ, L. Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL -100.[cit.2007-01-16]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/165/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100.html>. [Online]

VAN DER HEIJDE, D. et al. The effect of golimumab therapy on disease activity and health-related quality of life in patients with ankylosing spondylitis: 2-year results of the GO-RAISE trial. *Journal of Rheumatology*. 2014, vol. 41, issue 6, p. 1095-103. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24737912>. [Online]

WAFI H. et al. Health-related Quality of Life Assessment on 100 Tunisian Patients with Ankylosing Spondylitis using the SF-36 Survey. *Oman Med*. 2012, vol. 27, issue 6, p. 455-460. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3517697>. [Online]

WARD, MM. Quality of life in patients with ankylosing spondylitis. *Rheum Dis Clin North Am*. 1998, vol. 24, p. 815-27. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9891712>. [Online]

WARE, J. E. The SF-36 Health Survey Update. Dostupné z: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>. [Online]

ZAHIROGLU, Y. et al. Spondylarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) enthesitis index in Turkish patients with ankylosing spondylitis: relationship with disease activity and quality of life. *Int. J. Rheum. Dis*. 2014, vol. 17, issue 2, p. 173-80. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24576273>. [Online]

Příloha

DOTAZNÍK O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM /SF-36/

Tento dotazník bude součástí diplomové práce na FTVS – UK. Veškeré Vámi uvedené údaje jsou zcela anonymní a budou použity pouze k interním účelům FTVS.

Návod: Odpovězte na každou otázku tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Pokuste se, prosím, zodpovědět každou otázku. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte. Označte jednu možnost.

Děkuji Vám za spolupráci.

Radka Petrtýlová - studentka II. NMgr., obor fyzioterapie

Zakroužkujte nebo napište příslušnou odpověď.

Jste: **a) muž** **b) žena**

Jaký je Váš věk?: let

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní**
- b) středoškolské a vyšší odborné**
- c) vysokoškolské**

Vyznačte příslušnou odpověď křížkem.

Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

výborné **velmi dobré** **dobré** **dosti dobré** **špatné**

Jak byste hodnotil/a své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

Mnohem lepší než před rokem

Poněkud lepší než před rokem

Přibližně stejné jako před rokem

Poněkud horší než před rokem

Mnohem horší než před rokem

Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a) usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) středně namáhavé činnosti jako je posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) zvedání nebo nošení běžného nákupu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) vyjít po schodech několik pater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) vyjít po schodech jedno patro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) předklon, shýbání, poklek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) chůze asi jeden kilometr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) chůze po ulici několik set metrů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) chůze po ulici sto metrů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	ANO	NE
a) Zkrátil se čas , který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Udělal/a jste méně než jste chtěl/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Byl/a jste omezen/a v druhu práce nebo jiných činností?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Měl/a jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např. jste musel/a vynaložit zvláštní úsilí)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	ANO	NE
a) Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Udělal/a jste méně než jste chtěl/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Byl/a jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný/á než obvykle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

vůbec ne trochu mírně poměrně dost velmi silně

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

žádné velmi mírné mírné střední silné velmi silné

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

vůbec ne trochu mírně poměrně dost velmi silně

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

Jak často v posledních 4 týdnech...

			dost			
	pořád	většinou	často	občas	málokdy	nikdy
a) jste se cítil/a pln/a elánu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) jste byl/a velmi nervózní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) jste pociťoval/a klid a pohodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) jste byl/a pln/a energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) jste pociťoval/a pesimismus a smutek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) jste se cítil/a vyčerpán/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) jste byl/a šťastný/á?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) jste se cítil/a unaven/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

pořád většinu času občas málokdy nikdy

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

	určitě ano	většinou ano	nejsem si jist	většinou ne	určitě ne
a) zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než ostatní lidé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) jsem stejně zdrav/a jako kdokoliv jiný	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) očekávám, že se mé zdraví zhorší	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) mé zdraví je perfektní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>