

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

Ústav ošetřovatelství

**Ivana Hejlová**

**Kvalita života vybraných skupin klientů  
s Crohnovou nemocí**

*Bakalářská práce*

Praha 2012

Autor práce: **Ivana Hejlová**

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Hlaváčová**

Oponent práce: **Mgr. Hana Nikodemová**

Datum obhajoby: **2012**

## **Bibliografický záznam**

HEJLOVÁ, Ivana. *Kvalita života vybraných skupin klientů s Crohnovou nemocí*. Praha: Karlova univerzita, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2012. 100 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Marie Hlaváčová.

## **Anotace**

Bakalářská práce „Kvalita života u vybraných skupin klientů s Crohnovou nemocí“ se zabývá subjektivním posouzením životní situace pacientů, která představuje každodenní vyrovnávání se s tímto chronickým onemocněním. Tato práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Cílem teoretické části je prezentovat dosavadní poznatky o Crohnově nemoci. Dále se teoretická část zabývá pojmem kvality života, vymezuje definici a historii kvality života, seznamuje s různým pojetím a specifikuje hodnocení kvality života v klinické praxi.

V empirické části jsou stanoveny cíle a pracovní hypotézy pro průzkumné šetření. Účelem empirické části je pomocí dotazníku, jehož součástí je i standardizovaná verze dotazníku WHOQOL-BREF, získat data. U získaných dat je provedena primární analýza. Ze zjištěných výsledků je vyhodnocena kvalita života vybrané skupiny klientů s Crohnovou nemocí. Dále jsou vlastní výsledky práce porovnány s dříve realizovanými studiiemi na toto téma.

## **Annotation**

My dissertation work called “The quality of life within selected groups of clients with the Crohn’s disease” is analysing the subjective evaluation of the clients’ life situation, that describes their day-to-day struggle with this chronic disease. This work is divided into two parts, theoretical and empirical. The objective of the former is to present the current findings about the Crohn’s disease, to describe the term “quality of life”, defines its various meanings and history and specifies the assessment methods in the clinical practice.

In the latter, there are set objectives and working hypotheses for own evaluation. The target of the empirical part is to obtain real life data through questioning

methods, partly based on the standardised WHQL-BREF methodology. The obtained data will be subjected to primary analysis in order to create an evaluation result for a selected group of clients. In the last part, this dataset will be compared with the previously measured values on quality of life of clients with Crohn's disease.

### **Klíčová slova**

Crohnova nemoc, klient, kvalita života, nutriční podpora

### **Keywords**

Crohn' s disease, client, quality of life, nutritional support

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Ivana Hejlová**

studijní program: **Ošetřovatelství**

studijní obor: **Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Kvalita života vybraných skupin klientů s Crohnovou nemocí**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana UK 2. LF č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- ČERVENKOVÁ, Renata; LUKÁŠ, Milan. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. 1. Praha : Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
- KOHOUT, Pavel; PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida. 1. Praha : Forsapi, 2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-2.
- KOHOUT, Pavel , et al. Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty. Praha : Maxdorf, 2004. 174 s. ISBN 80-7345-023-2.
- KLENER, Pavel , et al. Vnitřní lékařství. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha : Karolinum, 2006. 1158 s. ISBN 80-7262-431-8.
- PAYNE, Jan, et al. Kvalita života a zdraví . 1. Praha : Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- DŽUKA, Jozef. Psychologické dimenzie kvality života. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2004. 519 s. ISBN 80-8068-282-8.

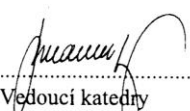
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Hlaváčová Marie**

Oponenti: **Mgr. Nikodemová Hana**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 23.5.2011

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku

  
.....  
Vedoucí katedry

V Praze dne 9.3.2012

  
.....  
Děkan

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Marie Hlaváčové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 12. 4. 2012

Ivana Hejlová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Hlaváčové za cenné rady a připomínky, které mi byly nápomocné při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině a přátelům za podporu a trpělivost.



## OBSAH

<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Cíle práce.....</b>	<b>11</b>
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Crohnova choroba - definice a historie.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Základní terminologie .....</b>	<b>13</b>
<b>2.3 Příčiny Crohnovy choroby.....</b>	<b>14</b>
<b>2.4 Průběh a vývoj onemocnění.....</b>	<b>14</b>
<b>2.5 Příznaky onemocnění .....</b>	<b>15</b>
<b>2.6 Klasifikace Crohnovy nemoci dle anatomické lokalizace .....</b>	<b>16</b>
<b>2.7 Diagnostika.....</b>	<b>18</b>
<b>2.8 Konzervativní léčba .....</b>	<b>20</b>
2.8.1 Farmakoterapie.....	20
2.8.2 Nutriční podpora .....	23
<b>2.9 Chirurgická léčba .....</b>	<b>25</b>
<b>2.10 Komplikace Crohnovy nemoci .....</b>	<b>25</b>
<b>2.11 Kvalita života - teoretické vymezení .....</b>	<b>27</b>
<b>2.12 Historický přehled QOL .....</b>	<b>28</b>
<b>2.13 Rozsah pojetí kvality života .....</b>	<b>29</b>
<b>2.14 Odlišnost přístupů ke kvalitě života.....</b>	<b>30</b>
<b>2.15 Nástroje k hodnocení kvality života .....</b>	<b>33</b>
2.15.1 Generické nástroje .....	33
2.15.2 Specifické nástroje .....	34
2.15.3 Užití generických a specifických nástrojů u Crohnovy choroby .....	34
<b>2.16 Přehled dříve realizovaných studií.....</b>	<b>35</b>
<b>3. EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Cíle a pracovní hypotézy .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2 Metodika práce .....</b>	<b>37</b>
3.2.1 Analýza dat.....	39
<b>3.3 Organizace šetření .....</b>	<b>39</b>
<b>3.4 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku .....</b>	<b>40</b>
<b>3.5 Výsledky vlastní práce.....</b>	<b>40</b>
<b>3.6 Diskuse.....</b>	<b>63</b>
<b>4. Závěr .....</b>	<b>72</b>
<b>Referenční seznam .....</b>	<b>73</b>
<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>77</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>79</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>81</b>

## **SEZNAM ZKRATEK**

CDAI - Crohn's Disease Activity Index - index aktivity Crohnovy choroby

CRP - C- reaktivní protein

CT - computed tomography

Dg. - diagnóza

EuroQOL EQ-5D - European Quality of Life Questionnaire - Version EQ - 5D

HRQOL - Health related quality of life - kvalita života související se zdravím

IBD - Inflammatory bowel disease

IBDQ - 36 - Inflammatory bowel disease questionnaire

ISZ - idiopatické střevní záněty

Max - maximum

Min - minimum

MRI - magnetic resonance imaging - magnetická rezonance

NHP - Nottingham Health Profile

QOL - Quality of life - kvalita života

RFIPC - Rating Form of IBD Patient Concerns

SF - 36 - Medical Outcome Study Short - Form

SIBDQ - Inflammatory bowel disease questionnaire Short - IBDQ

SIP - Sickness Impact Profile

STD - směrodatná odchylka

SZO - Světová zdravotnická organizace

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life - Best Available Technique Reference Documents, tj. referenční dokumenty nejlepších dostupných technik

## 1. ÚVOD

Crohnova nemoc je chronické onemocnění postihující trávicí trakt projevující se zánětlivými změnami ve střevní sliznici. Patří do skupiny onemocnění označovaných jako nespecifické střevní záněty. Klinický obraz této nemoci je různorodý a závisí na lokalitě a rozsahu postižení nemoci. Nejčastěji se projevuje především triádou příznaků, kterými jsou úbytek na váze, bolesti břicha a průjem. Incidence Crohnovy nemoci v České republice je odhadována na 4 - 6 případů na 100 000 obyvatel. Rozvojem medicínské techniky lze nemoc diagnostikovat v ranějším věku než tomu bylo dříve. I přes tento rozvoj není dosud známá přesná příčina, která toto onemocnění vyvolává. V současné době se vědci stále snaží najít příčinu vyvolávající toto onemocnění. V odborných článcích se hovoří především o genetických faktorech a vlivu vnějšího prostředí. Nemocní, kteří trpí touto doposud nevléčitelnou chorobou, se s příznaky onemocnění vyrovnávají pomocí farmakoterapie, dodržování zásad vhodného stravování a případně chirurgickými intervencemi. Nedílnou součástí léčby by měla být i psychologická péče.

Vzhledem k nepředvídatelnému průběhu onemocnění se pacienti s Crohnovou chorobou potýkají s mnoha problémy, které mohou ovlivňovat kvalitu jejich života. Pojem kvalita života je blíže rozebírán v teoretické části této práce a zároveň se stává stěžejním tématem v empirické části. Pro empirickou část byla zvolena kvantitativní metoda průzkumu formou dotazníkového šetření, které se uskutečnilo ve spolupráci se zaměstnanci a s klienty Klinického a výzkumného centra pro střevní záněty.

Myslím si, že tato problematika je v současné době aktuální, neboť počet nově se vyskytujících případů onemocnění stále narůstá, zvláště u dětí a adolescentů. Dalším důvodem, proč jsem si toto téma zvolila, byly zkušenosti s tímto onemocněním v klinické praxi a přítomnost onemocnění u mých přátel.

### 1.1 Cíle práce

Účelem předložené bakalářské práce je zjistit kvalitu života u klientů s Crohnovou nemocí. K dosažení tohoto záměru byly stanoveny následující cíle:

- Prezentovat základní přehled poznatků o dané tematicce.
- Zjistit kvalitu života u klientů s Crohnovou nemocí pomocí strukturovaného dotazníku.

- Provést primární analýzu zjištěných dat.
- Provést vyhodnocení kvality života u klientů s Crohnovou chorobou.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

Cílem teoretické části bakalářské práce je prezentovat dosavadní poznatky o Crohnově nemoci a kvalitě života.

### 2.1 Crohnova choroba - definice a historie

V odborné literatuře se lze setkat s mnoha definicemi Crohnovy nemoci, avšak nejčastěji se používá Mařatkova definice, která zní takto: „*Crohnova choroba je chronický nespecifický zánět střeva tenkého nebo tlustého nebo obou (nebo některé části trávicí trubice), segmentální nebo plurisegmentální, transmurální, v typických případech granulomatózní.*” (Mařatka, 1999, s. 248) Tato nemoc se řadí do skupiny onemocnění označovaných jako idiopatické střevní záněty (ISZ). V českých odborných článcích je používána i anglická zkratka IBD - inflammatory bowel disease. K IBD patří nejen Crohnova nemoc, ale i ulcerózní kolitida a neurčitá kolitida. (Lukáš K. et al., 2005)

První případ Crohnovy nemoci tenkého a tlustého střeva popsal G. G. Morgagni ve své práci „De Sedibus et Causis Morborum” v roce 1769. O několik let později, v roce 1806, byl doktorem Combem a Saundersem hlášen výskyt Crohnovy nemoci u mladého muže, který trpěl bolestmi v dutině břišní a malnutricí. Při jeho pitvě bylo prokázáno ohraňené ztlustění a zúžení konečné části tenkého střeva a tračníku. Z roku 1882 pochází první popis mikroskopického vzhledu choroby, který napsal Moor. Tomas Kennedy Dalziel určil nejjasnější klinický a patologický obraz nemoci, který pochází z roku 1913. Eponymické pojmenování nemoci vzniklo podle Burrilla Bernarda Crohna, který spolu s Leonem Ginsburgem a Gordonem Oppenheimerem popsali nemoc v roce 1932. (Lukáš K., 2001)

### 2.2 Základní terminologie

Za počátek onemocnění se považuje první ataka nemoci. Dosažení klidové fáze onemocnění se označuje jako remise a relapsem se rozumí další vzplanutí nemoci. Pokud dojde k projevům nemoci na dosud nepostíženém úseku, jedná se o tzv. recidivu. Pojmem reaktivací se rozumí vzplanutí nemoci na již zhojeném úseku. Dalším termínem je rekurence nemoci, což znamená výskyt objektivních morfologických známek nemoci. (Jirásek, 2006; Zbořil, Prokopová, 2010)

## 2.3 Příčiny Crohnovy choroby

Příčina onemocnění není známá, ale hovoří se o řadě faktorů, které se podílí na vzniku této nemoci. Především se jedná o vrozený základ, který se projevuje zvýšeným výskytem v rodině, zejména u jednovaječných dvojčat. (Mařatka, 1999, s. 250)

Předpokládá se, že u jedinců s určitou genetickou výbavou může interakce s některými vlivy vnějšího prostředí vést k poškození tkáně určitým typickým způsobem. Velká pozornost je věnována infekčnímu agens, zejména se jedná o infekci virem spalniček, pomalými viry, Mykobakteriem paratuberculosis, vliv bakteriálních či virových toxinů. (Jirásek, 2006)

Užívání tabáku, zejména kouření cigaret, je i nadále nejvýznamnějším environmentálním rizikovým faktorem pro vznik a následný vývoj Crohnovy nemoci. Za další rizikové faktory jsou považovány špatné výživové návyky a užívání hormonální antikoncepce. (Krishnan, Korzenik, 2002)

## 2.4 Průběh a vývoj onemocnění

Ve většině případů probíhá onemocnění chronicky. Průběh je kolísavý a střídá se období aktivity se stadiem klidu. U některých nemocných je aktivita mírná, onemocnění se nezhoršuje. U jiných zůstává zánět stále aktivní, onemocnění může postupovat a postihovat další segmenty trávicí trubice. (Lukáš K., 2001)

Zbořil et al. (2010) prezentuje klasifikaci podle Greensteina, který rozdělil průběh Crohnovy nemoci na dva hlavní typy a jeden typ kombinovaný:

- Typ A agresivní - perforující, který je popisován agresivním průběhem, sklonem ke vzniku píštělí, abscesů a častou potřebou chirurgických intervencí.
- Typ B indolentní - fibrostenuzující je charakterizován málo častými atakami, sklonem ke vzniku stenóz a malou nezbytností chirurgické léčby.
- Typ C - zánětlivý, který se projevuje příznaky obou skupin s kolísající intenzitou. (Zbořil, 2010, s. 99)

Vývoj nemoci může být progresivní, stacionární a regresivní. Při vývoji progresivním se aktivita při léčbě neupravuje a tíže nemoci se zhoršuje. Při stacionárním vývoji se nemoc stabilizuje na mírný stupeň aktivity při relativně dobrém stavu. U regresivního vývoje pak dochází k úpravě, kdy nemoc přechází do stadia klidu nebo latence. (Lukáš K., 2002; Kollerová, 2003)

Ke zjištění aktivity Crohnovy nemoci lze užívat vypočítaného Bestova indexu neboli index aktivity Crohnovy choroby - CDAI (Crohn's Disease Activity Index). Při jeho výpočtu se využívají subjektivní údaje od pacienta, vyšetření pacienta lékařem i vyšetření krve pacienta. Ke zhodnocení aktivity je potřeba znát počet průjmovitých stolic v průběhu jednoho týdne, počet epizod bolesti břicha za stejný časový úsek, pocit tělesné pohody. Další body přibývají při přítomnosti mimostřevních příznaků, při přítomnosti hmatného útvaru v břišní dutině, s určitou hodnotou červeného krevního barviva (hemoglobinu) a s poměrem skutečné tělesné hmotnosti pacienta k hmotnosti ideální. Jednotlivé údaje se násobí různými koeficienty, za normu je považována hodnota CDAI do 150, vyšší hodnoty znamenají akutní vzplanutí onemocnění. Jirásek a Lukáš K. dodávají, že se tento index již v běžné klinické praxi nepoužívá, neboť nevystihuje nedostatečné rozlišení mezi symptomy a zánětem. (Tóth, 2005; [www.crohn.ic.cz](http://www.crohn.ic.cz))

## 2.5 Příznaky onemocnění

Crohnova choroba postihuje většinou osoby mladší, nejčastěji mezi 20. – 30. rokem. Začátek onemocnění nemusí probíhat akutně. Nemocní si mohou stěžovat po dobu několika měsíců, ale i let na neurčité bolesti břicha, které se nejčastěji vyskytují v pravém podbříšku, a které mohou připomínat akutní zánět slepého střeva. Také si stěžují na nepravidelně se objevující průjem. Za nejčastější příznaky vyskytující se u nemocných jsou považovány průjem, bolesti břicha a úbytek na váze. Jeden z těchto projevů může převládat. Příznaky se projevují v závislosti na lokalizaci a rozsahu onemocnění a způsobují různé klinické obrazy. Průjmovité stolice jsou četné a objevují se v závislosti na anatomické lokalizaci. Málo objemné stolice spojené s naléhavým nucením a tenesmy mohou být u nemocných s postižením rekta. Objemné stolice se vyskytují při postižení tenkého střeva a nejsou doprovázeny naléhavým nucením a tenesmy. Průjmy mohou navíc obsahovat krev, hlen nebo hnis. (Lukáš K., 2001, 2002; Kollerová, 2003; [www.strevni-zanety.cz](http://www.strevni-zanety.cz))

Dalším hlavním příznakem je bolest, jejíž lokalizace souvisí s lokalizací onemocnění. U nemocných s ileokolitidou se nejčastěji objevují křečovitě bolesti v pravém dolním kvadrantu břicha, které se znovu opakují. Podle K. Lukáše (2001, s. 29) se břišní bolesti vyskytují v 70 - 90% případů u nemocných s kolitidou. Červenková (2009) navíc uvádí, že křečovitá bolest se dostaví hlavně po jídle, většinou do 30 až 60 minut. Bolest může být dále doprovázena břišní distenzí, nauzeou a zvracením. (Lukáš, K., 2001, 2002; Červenková, 2009)

Posledním určujícím znakem pro Crohnovu chorobu je úbytek na váze. Podle K. Lukáše (2002) se vyskytuje u 10 – 20% nemocných a může představovat snížení tělesné hmotnosti až o 20%. Jednou z příčin bývá malabsorpce. Ve většině případů je však za hlavní příčinu považován porušený příjem potravy, kdy nemocní odmítají jíst kvůli následně vznikajícím bolestem a průjmům. (Lukáš K., 2002; Kollerová, 2003)

Crohnovu nemoc určují další projevy a to celkové příznaky, jež jsou popisovány zimnicí, horečkou, slabostí, malátností a nechutenstvím. Kromě těchto příznaků se Crohnova nemoc může projevit i na jiných orgánových soustavách, to jsou tzv. mimostřevní příznaky neboli extraintestinální manifestace. V tomto případě jsou zánětem často postižena ústa, oči, klouby, játra a žlučovody. Dalším možným místem projevu zánětu bývá kůže. (Kohout, Pavlíčková, 2006; Červenková, 2009; Drastich, 2010)

## **2.6 Klasifikace Crohnovy nemoci dle anatomické lokalizace**

K. Lukáš a Jirásek (2011) klasifikují Crohnovu nemoc podle úseku trávicí trubice, v němž se zánět nachází. Z hlediska anatomické lokalizace může být zánětem postiženo:

- tenké střevo - ileitida (regionální ileitida)
- lačník a kyčelník tenkého střeva - jejunoileitida
- tlusté a tenké střevo - ileokolitida
- tlusté střevo - kolitida
- řiť a konečník - anorektální onemocnění
- červovitý výběžek slepého střeva - apendix
- ústní - orální postižení a ezofagogastroduodenální postižení



- miliární Crohnova nemoc

Terminální část tenkého střeva bývá často postižena zánětem už dlouhou dobu před závažnými projevy nemoci. Podle K. Lukáše a Jiráska (2011) se vyskytuje ve 25 – 35% případů. Je to nejběžnější a nejtypičtější lokalizace Crohnovy nemoci. Prvními projevy zánětu mohou být bolesti v pravém dolním kvadrantu a následná bolestivost hmatné rezistence, průjmovitá stolice doprovázená občas enteroragií. Dále se projeví úbytkem hmotnosti a horečkou. V jiném případě zánět probíhá po mnoho let subklinicky a může progredovat do stenozy, která je charakteristická kolikovitými bolestmi, nauzeou, zvracením a občas váhovým úbytkem. Terminální ileitidu doprovází stav, při němž je narušené vstřebávání žlučových kyselin a projevuje se úpornými průjmy. Jejunoileitida je současné postižení lačníku a kyčelníku. Tato forma má pomalejší průběh a nepravidelně vyžaduje operační řešení zejména kvůli obstrukci, ale i pro vnitřní píštěle a abscesy. Ileokolitida je postižení terminální ilea a přilehlé části tračníku. Jedná se buď o slepé střevo (ileocekální formu) nebo o vzestupný tračník (ileokolonickou formu). Bývá druhou nejčastější formou Crohnovy nemoci a mívá s největší pravděpodobností perianální postižení abscesy a píštělemi. U kolitidy dochází k urgentnímu vyprazdňování průjmovitých stolic, ke krvácení z rekta, úbytku hmotnosti a únavnosti. Nemocní s postižením tračníku mají často perianální postižení výčnělky, píštělemi, perirektálními abscesy nebo jizvami v okolí anu. Anorektální onemocnění mnohdy bývá sdruženo s kolitidou nebo ileokolitidou. Projevy anorektálního onemocnění mohou být první manifestací Crohnovy choroby, která pravděpodobně předchází zánětu proximálnějších partií střeva. Postižení appendixu je časté při ileokolitidě. Izolovaná Crohnova nemoc appendixu se vyskytuje méně často. Po odstranění červovitého výběžku slepého střeva vzniká riziko tvorby píštěle. Crohnova choroba jícnu, žaludku a duodena bývá spojována s ileokolitidou. Izolované postižení horní části trávicího ústrojí závažnějšího rozsahu je ojedinělé. Projevy postižení horní části traktu mohou napodobovat peptický vřed či refluxní chorobu. Miliární Crohnova nemoc je neobvyklá varianta nemoci, kdy na seróze tenkého střeva jsou makroskopicky patrné miliární uzlíky. Projevem zánětu v této lokalizaci mohou být bolesti břicha, úbytek na váze, průjem a horečka. (Lukáš K., Jirásek, 2011; Gabalec, 2009; Jirásek, 2006; Lukáš K. et al., 2005)

Crohnova nemoc má pravděpodobně více forem, které jsou nezávislé na anatomickém šíření nemoci. Jedná se o formu zánětlivou, stenozující a fistulizující.

Zánětlivá (luminální) forma se projevuje dlouhotrvajícím průjemem, bolestmi v podbřišku nebo v pravém dolním kvadrantu. Dochází také k úbytku hmotnosti. Nemocní se snadno unaví, má subfebrilie až febrilie a může trpět malabsorbci. Stenozující forma je zapříčiněna strikturami komplikující Crohnovu nemoc. Strikтуры se vyskytují v kterékoliv části trávicího ústrojí. Mnohdy se objevují i po operaci a nacházejí se přímo v anastomóze po resekcii. Strikтуры nepůsobí dlouhou dobu obtíže, ale jakmile jsou méně průchodnými, způsobují křečovitě bolesti. Následně se mohou způsobit subileózní stav (zástava plynů a stolice, vzednutí břicha) a nastává potřeba chirurgického řešení. Při fistulizující formě vznikají abscesy a píštěle. Píštěle ničí okolní tkáň, tvoří spojky a zasahují do okolní tkáň. Na konzervativní léčbu jsou velmi odolné. Abscesy způsobují vznik závažných infekcí. (Lukáš K., Jirásek, 2011; Jirásek, 2006)

## 2.7 Diagnostika

Příznaky Crohnovy choroby mohou napodobovat řadu jiných zánětlivých onemocnění, a proto je důležité diagnózu vyvrátit nebo potvrdit pomocí těchto vyšetřovacích metod:

- anamnéza
- fyzikální vyšetření
- laboratorní vyšetření
- endoskopické vyšetření
- ostatní zobrazovací vyšetření (rentgenové, ultrazvukové atd.)

Při soupisu anamnézy lékaře zajímají aktuální zdravotní problémy a cílenými dotazy získává informace o rodině, osobní, pracovní a sociální stránce. Dotazuje se na případné alergie, všechna prodělaná onemocnění a užívání léků. (Kohout, Pavlíčková, 2006; Lukáš et al., 2005)

K posouzení celkového stavu nemocného lékař provádí fyzikální vyšetření pomocí pohledu, poklepu, pohmatu a nedílnou součástí je i vyšetření konečníku, čímž zjišťuje případné odchylky od normy. Při podezření na Crohnovu chorobu se fyzikální vyšetření zaměřuje na oblast břicha a konečníku, kde lze očekávat významné nálezy. (Kohout, Pavlíčková, 2006; Jirásek, 2006)

Laboratorní rozbor krve může u nemocných odhalit chudokrevnost, sníženou hladinu železa a zvýšenou sedimentaci červených krvinek. Dalším ukazatelem

pro aktivní zánět je zvýšená hladina bílých krvinek, zvýšený počet krevních destiček a vysoká koncentrace C – reaktivního proteinu (CRP). Důležitým parametrem je také hodnota albuminu a lipidů, která určuje nutriční stav nemocného. (Bortlík, 2011; Kohout, Pavlíčková, 2006, Lukáš et al., 2005)

Endoskopické vyšetření je „*metoda umožňující prohlédnutí vnitřních tělesných dutin nebo dutých orgánů*” (Vokurka, Hugo, 2004, s. 106) za použití ohebného či tuhého přístroje, která napomáhá k určení diagnózy u nespecifických střevních zánětů. Pro určení diagnózy onemocnění se provádí biopsie s následným histologickým rozbohem odebraného vzorku. Nejspolehlivější endoskopickou metodou při určování diagnózy, ale i k jejímu odlišení od jiných střevních chorob, které mají podobné vnější projevy, je koloskopie (vyšetření celého tlustého střeva ohebným endoskopem). Slouží také ke zjištění, zda je postižen konečník či tlusté střevo. Optickým přístrojem (endoskopem) lze však proniknout i do konečné části tenkého střeva, které bývá také zánětem postiženo. Další vyšetření, které se doporučuje podstoupit, je gastroskopie (vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku), neboť zánět může postihnout i horní část zažívací trubice. Pokud je podezření na mimostřevní komplikaci s postižením žlučových cest a slinivky břišní, tak se provádí ERCP - endoskopická retrogradní cholangiopankreatografie. Tato kombinace rentgenologické a endoskopické metody zobrazuje vývody žlučových cest a slinivku břišní. Dalšími vyšetřeními, která lze využít pro diagnostikování tohoto onemocnění, jsou balónková enteroskopie (jedno- nebo dvojbalónová), nejmodernější vyšetření celého tenkého střeva s možností biopsie, a kapslová endoskopie. Tu je vhodné využít, jsou-li vyčerpány všechny ostatní možné diagnostické metody. Vyšetření probíhá tak, že pacient spolkne malou kameru v podobě kapsle, která pak prochází trávicím traktem a obraz se přenáší na obrazovku počítače. Tímto vyšetřením se zjišťují zánětlivé změny na tenkém střevě. Nevýhodou této metody je nemožnost odebrat biopsický vzorek střevní sliznice. Za kontraindikaci je považována zjevná nebo rentgenem doložená stenóza. (Douda, 2010; Lukáš K., Jirásek, 2011; Čermáková, 2008; Kohout, Pavlíčková, 2006)

Enteroklýza je rentgenové vyšetření střeva za použití dvojkontrastní látky (plyn a baryum), která se aplikuje tenkou sondou ústy nebo nosem do žaludku a prochází dále do tenkého střeva. Touto metodou je možné zobrazit případné zúžení střeva či zjistit přítomnost píštělí mezi jednotlivými úseky trávicí trubice. V dnešní době se používají spíše CT (computed tomography - počítačová tomografie) a MRI enteroskopie

či entoroklýza, neboť umožňují zobrazit i strukturální změny ve stěně střeva a hlavně mimo střevní lumen. Počítačová tomografie patří mezi rentgenová zobrazovací vyšetření, která má dobrou rozlišovací schopnost a její význam v diagnostice onemocnění střeva roste. Vyšetření břišní dutiny počítačovou tomografií (CT) se používá při podezření na abscesy a píštěle. Za nejméně zatěžující metodu se považuje ultrazvuk břicha, který využívá schopnosti tkáně propouštět nebo odrážet zvukové vlny. Takto lze posoudit tloušťku střevní stěny, zánětlivé změny v okolí střeva a šíří jeho průsvitu střeva. Při této metodě se může odhalit původ hmatného zduření v břiše nebo určit přítomnost abscesu. (Červenková, 2009; Lukáš K., Jirásek, 2011; Lukáš et al., 2005; Čermáková, 2008)

## **2.8 Konzervativní léčba**

Léčba Crohnovy nemoci se zaměřuje na zklidnění aktivního onemocnění a na prevenci vzplanutí v případě, že nemoc zůstává v klidovém stádiu. Před započatím léčby je nutné znát rozsah, lokalizaci a aktivitu nemoci a zároveň zjistit případné komplikace a mimostřevní projevy. Konzervativní řešení spočívá ve farmakoterapii a stanovení vhodné diety či podávání umělé výživy dle stavu pacienta. Další možností je zahájení biologické léčby, ke které se lékaři v dnešní době více přiklání. Uvažuje se o ní zejména tehdy, jestliže není účinná medikamentózní léčba. (Gabalec, 2009; Kohout, Pavlíčková, 2006; Lukáš et al., 2005)

### **2.8.1 Farmakoterapie**

Cílem farmakologické léčby není jen dosažení klidového stádia (remise) a jeho udržení. Umožňuje také zabránit vzniku komplikací, a tím napomoci zlepšení nebo alespoň udržení kvality života nemocných. Proto musí být farmakoterapie u této nemoci dlouhodobá a kombinovaná. M. Lukáš (2009) vysvětluje, že medikamentózní léčbu lze rozdělit na dvě kategorie - léčbu indukční a léčbu udržovací. Indukční terapie má za cíl co nejrychleji snížit aktivitu zánětu a navodit ústup klinických, laboratorních a endoskopických známek nemoci za pomoci aminosalicylátů, antibiotik, kortikoidů a biologické léčby. V případě udržovací léčby, která musí být dlouhodobá, se jedná o zabránění návratu objektivních i subjektivních známek nemoci. K této léčbě se využívají aminosalicyláty, imunosupresiva a biologická léčba. (Bortlík, 2011; Lukáš M., 2009)

Obecně lze shrnout, že k léčbě Crohnovy nemoci se využívá těchto skupin léků:

- aminosalicyláty
- kortikosteroidy
- imunosupresiva
- protibakteriální léky (antibiotika)
- substituční léčba
- biologická léčba

Aminosalicyláty se používají v léčbě lehkých a středně těžkých forem Crohnovy nemoci. Dříve se jako lék první volby podával sulfasalazin, který obsahuje sulfapyridin a 5 - aminosalicilovou kyselinu, a který působí na postiženou oblast protizánětlivě a protibakteriálně. Při jeho užívání je větší riziko vzniku nežádoucích účinků. Přesto dodnes pomáhá hlavně nemocným, u nichž se kromě střevního zánětu objevují kloubní zánětlivé projevy. Nejčastěji se podávají léky, které obsahují už jen 5 aminosalicilovou kyselinu - mesalazin. Tyto léky ovlivňují zánětlivou odpověď v místě zánětlivě postižené střevní sliznice. Podle místa postižení trávicí trubice se liší lékové formy preparátů mesalazinu. Aminosalicyláty jsou dostupné jako orální tablety, sáčky, suspenze, kapaliny nebo mikroklyzma a čípky. V porovnání se sulfasalazinem jsou minimální vedlejší účinky. Vzácně se objevuje alergie na aktivní složku preparátu či na jeho komponentu. (Červenková, 2009; M. Lukáš, 2009; Carter et al., 2004)

Kortikosteroidy jsou hormony kůry nadledvin a používají se při léčbě v akutním stádiu nemoci. Využívá se jejich imunosupresivního a protizánětlivého účinku. Tyto systémově působící kortikoidy (např. prednison) jsou velmi účinné, ale při dlouhodobém podávání vyšších dávek mají také mnoho vedlejších účinků. Mezi ně patří řídnutí kostí, možnost vzniku cukrovky nebo její zhoršení, zvýšená vnímavost k infekcím, přibývání na váze, minerálový rozvrat, šedý zákal, kosmetické projevy jako např. měsíčkovitý vzhled obličeje, akné apod. Příčinou nežádoucích účinků kortikoidů je jejich systémový účinek působící na organismus. Dalším problémem při dlouhodobé terapii kortikoidy je snížení až ztráta léčebné odpovědi nebo vznik závislosti na podávání kortikoidů. Z těchto důvodů je cílem léčby kortikoidy co nejrychleji navodit remisi a během 3 - 4 měsíců kortikoidy vysadit. Začínají se také používat i nově vyvinuté kortikoidy s topickým účinkem, ke kterým patří budesonid se zvýšeným

lokálním účinek ve střevě. Friedman (2004) uvádí, že budesonid je glukokortikosteroid s velkou vázavostí na receptory glukokortikoidu a způsobuje vysoce cílený protinadýmací efekt bez vedlejších nežádoucích aktivit trávicího ústrojí. Nejprve prochází velmi rychle prvním metabolickým procesem v játrech, která produkují metabolity s minimální nebo nulovou biologickou aktivitou. Budesonid se podává u pacientů, kteří trpí mírnou nebo střední aktivitou Crohnovy nemoci v oblasti spojení tenkého a tlustého střeva. (Lukáš, M., 2009; Kohout, Pavlíčková, 2006; Gabalec, 2009; Friedman, 2004)

Imunosupresiva blokuji činnost imunitního systému, který zodpovídá za obranu organismu proti cizorodým látkám. Imunitní systém může také tvořit protilátky proti vlastním tkáním (tzv. autoimunitní reakce) a stupňující se zánět ztěžuje průběh choroby. Léčba azathioprinem a 6 – merkaptopurinen musí být dlouhodobá, neboť účinek těchto léků nastupuje pomalu. Tato léčiva se používají u Crohnovy nemoci k navození nebo udržení klidové fáze nebo tehdy, pokud se zamýšlí snížit či úplně vysadit dávky kortikoidů. Nevýhodou imunosupresivní léčby jsou četné vedlejší účinky. Užíváním těchto preparátů může dojít k útlumu krvetvorby, alergické reakci, opětovným infekcím a vzácně k poškození jater. Při dlouhodobém používání těchto léků se doporučuje pravidelná kontrola laboratorních hodnot. Za kontraindikaci imunosupresivní terapie se považuje toxické megakolon trvající déle než 48 hodin, neztišitelné masivní krvácení tračníku, střevní perforace, nádorové změny, závažná infekční onemocnění včetně sepse nebo nitrobřišní abscesy. (Červenková, 2009; Kohout, Pavlíčková, 2006; Lukáš, M., 2009; Zbořil, 2007)

Antibiotika mají zásadní význam při léčbě píštělí, které jsou projevem aktivní Crohnovy nemoci na tlustém střevě. Nejužívanější jsou preparáty chinolové řady (cirpofloxacin) a ze skupiny nitroimidazolu je to metronidazol, který se může podávat po operačním výkonu k udržení klidového stádia. Léčba by měla probíhat dlouhodobě (6 - 12 týdnů) s ohledem na nežádoucí účinky. (Červenková, 2009)

Substituční terapie je zahájena u pacientů, kteří jsou dlouhodobě léčeni kortikoidy. Léčba zahrnuje podávání kalcia, magnesia a kalia ve formě tablet nebo šumivých tablet. Většina pacientů také potřebuje průběžně doplňovat zásoby železa. Vitamín B<sub>12</sub> je doplňován u pacientů po resekci terminální části tenkého střeva. (Červenková, 2009; Gabalec, 2009)

Biologická léčba je určena pacientům s těžkým průběhem onemocnění obzvláště v případech, kdy předchozí léčba imunosupresivy a kortikoidy selhala nebo neměla velkou odezvu. Biologická léčba je charakteristická tím, že využívá přírodní produkty. Mezi její známé zástupce patří očkovací látky a přípravky, které se vytváří z lidské krve. Za účinnou látku, která je v dnešní době klinickými studiemi potvrzena, se považuje infliximab (Remicade). Je to monoklonální protilátka, která obsahuje ze 75% lidské a 25% myši bílkoviny. Tato látka působí proti TNF $\alpha$  (tumor nekrotizující faktor  $\alpha$ ), který zaujímá klíčovou roli při vzniku zánětu a jeho průběhu. Podává se intravenózně formou třech infuzí v 0., 2. a 6. týdnu pro indukční léčbu. Udržovací léčba spočívá v podávání infuze každý 8. týden. Léčba tímto přípravkem má příznivý vliv na hojení střevní sliznice vedoucí ke zlepšení klinického stavu. Zároveň se tím snižuje četnost případů, které vyžadují chirurgický zákrok, což pozitivně ovlivňuje kvalitu života. Také u tohoto typu léčby se vyskytují nežádoucí účinky, z nichž jsou nejčastější alergické reakce, kožní projevy způsobené virovým, bakteriálním nebo mykotickým infektem, dočasné bolesti hlavy a návaly. Za závažné systémové infekce se považují tuberkulóza a listerióza, které jsou však díky zavedenému screeningu vzácné. Za kompletně lidskou protilátku se pokládá Adalimumab, který se aplikuje podkožní injekcí. Tato látka je účinná v počáteční fázi léčby s cílem dosáhnout remise u těžkých forem Crohnovy nemoci. (Bortlík, 2011; Lukáš, M., 2008; Červenková, 2009)

### **2.8.2 Nutriční podpora**

Výživa se pokládá za jediný zdroj příjmů energie pro člověka. Je nezbytná k udržení uspokojivého zdravotního stavu. Během vývoje člověka stále dochází ke změně způsobu stravování a výživových zvyklostí. U pacientů s Crohnovou nemocí mohou vhodná dietní opatření zlepšit stav výživy organismu, a tím i průběh nemoci. Proto je důležité zhodnotit stav výživy nemocného a podat plnohodnotnou stravu, která doplní potřebné složky (cukry, tuky, bílkoviny, minerální látky, vitamíny), které organismus ztratil. Vhodná dieta se určuje podle toho, zda se pacient s Crohnovou nemocí nachází v remisi nebo v relapsu. (Kohout, Pavlíčková, 2006)

V klidovém období nemoci se dieta neliší od diety racionální. Obecně by dieta měla být lehce stravitelná, obsahovat plnohodnotné bílkoviny, rozpustnou vlákninu, zvýšený příjem železa, dostatek vápníku, vitamínů B a C. Doporučuje se vypít 2 až 2,5 litru tekutin denně a vyvarovat se nadýmavým a tučným pokrmům, včetně

tučného masa a destilátům. Důležitý je individuální přístup ve výběru potravy dle snášenlivosti jednotlivých potravin. Strava by neměla obsahovat tuhou nestravitelnou vlákninu. Strava by se měla přijímat pravidelně, v doporučených pěti až šesti denních dávkách podávané v menších porcích. Z hlediska technologického způsobu úpravy stravy je doporučováno vaření v páře, vaření, dušení, pečení, opékání na sucho a připravovat jídla v alobalu. Jestliže pacient s Crohnovou chorobou vykazuje známky malnutrice, je potřeba speciální dietní režim s dostatkem cukrů, tuků a kvalitních bílkovin. (Kohout et al., 2004; Lukáš K., Šatrová, 2004)

Při akutním vzplanutí nemoci se přistupuje k možnosti vyloučení orálního příjmu potravy, aby se dosáhlo tzv. střevního klidu, a pacientům se podává umělá výživa. Tato výživa se aplikuje buď mimo zažívací trakt do žilního systému (parenterální výživa), nebo do trávicího traktu (enterální výživa). Enterální výživu ve formě průmyslově vyráběných výživových přípravků lze podávat ústy, nebo zavedenou sondou do žaludku (nazogastrická sonda), do tenkého střeva (nazojejunální sonda), přímo přes břišní stěnu do žaludku (PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie). Nejjednodušší způsob podávání výživy je perorálně, neboli popíjení (sipping) ochucených preparátů obsahující buď jednotlivé živiny (moduly), nebo všechny složky výživy. Sipping se využívá jako doplňková enterální výživa při podvýživě, kdy nemocní popíjí výživové přípravky jako přídavek ke stravě přijímané ústy. Enterální výživa je podávána u pacientů s funkčním trávicím traktem, u kterých se projevila nebo hrozí výskyt malnutrice. Při selhání enterální výživy během malnutrice se přistupuje k aplikaci parenterální výživy. Parenterální výživa se dělí na doplňkovou a totální. Z hlediska složení parenterální výživy se nejčastěji používá systém all in one, kde jsou zastoupeny všechny důležité živiny. Další možností během relapsu je podávání tzv. bezsezbytkové diety, která spočívá ve vyloučení nerozpustné vlákniny (tj. čerstvé zeleniny a ovoce, luštěnin) a jídel s velkým obsahem tuku. Dbá se na lehce stravitelnou dietu s vysokým obsahem škrobů, zvýšeným obsahem bílkovin, železa a vápníku, dostatečným množstvím vitamínu C a B-komplexu. Účelem těchto dietních opatření je podpora hojivých procesů a zabránění nutričním karencím. (Dítě et al., 2011; Meisnerová, 2011; Kohout et al., 2004)



## 2.9 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba spočívá v odstranění problémů vzniklých v důsledku Crohnovy nemoci. Tato léčba je však pouze symptomatická a vede jen ke zmírnění průběhu onemocnění. K chirurgickému řešení se přistupuje tehdy, když konzervativní léčba nebyla úspěšná a u pacientů byly zjištěny akutní či dlouhodobé komplikace. Podle naléhavosti se operační výkony rozlišují na urgentní a elektivní. Urgentní operace se provádí v případě nebezpečí smrti nebo při těžkých komplikacích. Nejčastější indikací k provedení urgentního výkonu je krvácení ze střeva, střevní obstrukce, toxické megakolon, peritonitida, perianální absces. U elektivní (plánované) operace je nutná dostatečná předoperační příprava pacienta. K elektivnímu výkonu dochází v případě, kdy konzervativní léčba selže nebo jí doprovázejí různé komplikace jako například zúžení střevního průsvitu, vnitřních a zevních píštělí. Jinou indikací mohou být močové komplikace jako je rakovinné bujení či riziko jeho vzniku, poruchy malabsorpce. (Kohout, Pavlíčková, 2006; Lukáš, K. et al., 2005)

Chirurgický zákrok by měl být proveden co nejšetrněji. Pokud by se zvažovalo provedení resekce tenkého či tlustého střeva, je důležité odstranit jen tu část, která je zánětem postižena, a zbylé části spojit. Dalším možným zákrokem je strikturoplastika, při které se zánětem postižená část střeva ponechá a rozšíří se v místě stenózy podélným protnutím a příčným sešitím tak, aby byl obnoven střevní průsvit. V případě perianálních abscesů se provádí incize, evakuace a dlouhodobá drenáž. (Kohout, Pavlíčková, 2006; Lukáš, K., Jirásek, 2011; Zbořil, 2010)

## 2.10 Komplikace Crohnovy nemoci

V současné době se lze často setkat s komplikacemi v souvislosti s podávanou léčbou než s následky těžce probíhajícího střevního zánětu. Mezi nejčastější komplikace patří:

- abscesy a píštěle
- obstrukce
- perforace
- perianální postižení
- toxické megakolon
- zhoubná přeměna

Abscesy neboli „*chorobné dutiny vzniklé zánětem a vyplněné hnisem*”(Vokurka, Hugo, 2004, s. 2), se vyskytují asi u 15 – 20 % nemocných, jak publikuje Karel Lukáš (2002). Podle Karla Lukáše (2002) se abscesy a píštěle tvoří v důsledku extenze slizničních fisur a vředů stěnou střevní do extraintestinálních tkání. Pokud střevní obsah uniká do peritoneální dutiny, mívá to za následek tvorbu abscesů. Nejčastěji se nacházejí mezi střevními kličkami, v oblasti hýžd'ových svalů, či v oblasti konečníku. Za typické klinické projevy abscesu se považuje zvýšená teplota, bolest břicha v závislosti na lokalizaci ložiska a může být i hmatná rezistence v břiše, nebo zvýšený počet bílých krvinek (leukocytóza). Jinou komplikací jsou píštěle, neboli „*abnormální kanálky tvořící komunikaci mezi dutinou a jejím povrchem*”(Vokurka, Hugo, 2004, s. 127), které se nacházejí v zanícené oblasti a které jsou obklopeny zánětlivými buňkami. Obecně se píštěle rozdělují na:

- vnitřní – tvoří se mezi orgány dutiny břišní
- zevní – ústící na kůži
- smíšené – vznikají kombinací vnitřních a zevních píštělí

K nalezení abscesů a píštělí napomáhá vyšetření ultrazvukem, počítačovou tomografií, magnetickou rezonancí, vyšetření kontrastní látkou s baryovou kaší a fistulografie. (Kohout, Pavlíčková, 2006; Lukáš K., 2002)

Obstrukce (střevní neprůchodnost), převážně tenkého střeva, se stává častou komplikací této nemoci a většinou vyžaduje chirurgické řešení. K zúžení průsvitu tenkého střeva dochází při akutním zánětu stěny nebo jizevnatými pochody a píštělemi mezi střevními kličkami a okolními orgány a může vyústit v již uvedené střevní neprůchodnosti. Klinicky se obstrukce projevuje bolestmi břicha, zejména po jídle a před vyprázdněním, a průjmy. Bolest se vytrácí při hladovění. (Červenková, 2009; Lukáš K. et al., 2005)

Dalším problémem může být volná perforace střeva do dutiny břišní, ke které dochází méně často než k ohraničené perforaci. Ta je spojována s píštělemi a tvorbou abscesů. Perforace u Crohnovy choroby se spojují se ztluštěním střevní stěny v blízkosti stenózy, nebo dlouhé striktury. (Lukáš K., 2001)

U nemocných je také časté perianální postižení v podobě hemeroidů, análních fisur (trhlin) a vředů v análním kanále, ze kterých vzniknou abscesy a píštěle v okolí konečníku. Při dlouhotrvajícím perianálním postižením může dojít k poškození řitního

svěrače a to má za následek vznik inkontinence. (Kohout, Pavlíčková, 2006; Lukáš, K. et al., 2005)

Mezi nejobávanější komplikaci patří toxické megakolon. Tento stav vznikající při těžkém zánětu tlustého střeva je obvykle doprovázen dilatací tračníku, ve kterém se shromažďuje střevní obsah. Tato situace může vyústit v perforaci střeva s následnou peritonitidou. (Kollerová, 2003; Lukáš K. et al., 2005)

Ve spojení s Crohnovou nemocí se hovoří i o zvýšeném riziku výskytu kolorektálního karcinomu v tlustém střevě. Obvykle se jeho riziko vzniku zvyšuje s rozsahem postižení tlustého střeva, délkou trvání nemoci a s výskytem kolorektálního karcinomu v rodinné anamnéze. Zásadním činitelem bývá přítomnost morfologických změn na sliznici střeva, tedy závažnost zánětu. Mimo to popisují autoři zvýšené riziko vzniku lymfomů zažívacího traktu nebo infekcí, zejména oportunních. (Bortlík, 2011; Červenková, 2009; Lukáš K. et al., 2005)

## 2.11 Kvalita života - teoretické vymezení

Kvalita života (QOL – quality of life) je velmi často diskutovaným tématem v mnoha vědních disciplínách, především v psychologii, sociologii, kulturní antropologii, ekonomii a medicíně. Obecně lze říci, že právě proto se nenachází jednotná názorová shoda v oblasti její konceptualizace a v metodologických otázkách. (Hnilicová, Bencko, 2005)

*„Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno s kvalitou jeho života.“*

David Seedhouse  
(Křivohlavý, 2002, str. 162)

V odborné literatuře je možné se setkat s mnoha definicemi, avšak neexistuje ani jedna, která by se dala považovat za všeobecně přijatelnou. Také je potřeba zdůraznit, že se lze v odborné literatuře setkat i s pojmy jako sociální pohoda, sociální blahobyt a lidský rozvoj, které jsou podle Hnilicové (2005) používány jako synonyma k pojmu kvalita života. Z hlediska této skutečnosti je snaha k vytvoření jednoznačné definice komplikována. (Hnilicová, 2005)

Většina autorů zabývajících se problematikou QOL (Hnilicová, 2005; Řehulková, Řehulka, 2008; Mareš, Marešová, 2006; Vaďurová, Mühlpachr, 2005; Dragomirecká, Bartoňová, 2006) se spíše přiklání ke konceptu Světové zdravotnické organizace (SZO), která vytvořila nejvíce rozšířené pojetí QOL. Teoretické vymezení QOL dle WHO vychází z definice zdraví, které je chápáno jako „stav celkové fyzické, psychické a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci (The WHOQOL – GROUP, 1997, str. 1).“ Dle pracovní skupiny WHOQOL se kvalitou života rozumí:

*„Jak jednotlivci vnímají své postavení v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům, zájmům. Jedná se o široké pojetí konceptu ovlivňované komplexním způsobem fyzickým zdravím jedince, jeho psychickým stavem, stupněm nezávislosti, společenskými vztahy, osobní vírou a vztahem k charakteristickým rysům jeho životního prostředí (The WHOQOL - GROUP, 1997, str. 1).“*

Gurková (2011, s. 23) ve své publikaci vysvětluje koncept kvality života jako širokou škálu různorodých oblastí, které vypovídají o zkušenostech člověka. Koncept QOL zahrnuje oblast fyzických funkcí až po oblasti ve spojitosti s dosahováním životních cílů a poznáváním životního štěstí. Z tohoto důvodu někteří autoři (Džuka, 2004; Ondrejka, 2006; Gurková, 2011) označují kvalitu života za multidimenzionální a multifaktoriálně podmíněnou nebo se o ní mluví jako o fenoménu multiúrovňovém. Obecně lze shrnout, že QOL má podle většiny autorů (Hnilicová, 2005; Džuka, 2004; Vaďurová, Mühlpachr, 2005; Gurková, 2011) v podstatě dvě dimenze a to objektivní a subjektivní. Z objektivní kvality života vyplývá potřeba vyhovět požadavkům týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Naopak subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. (Hnilicová, Benco, 2005)

## 2.12 Historický přehled QOL

Termín kvalita života zkoumali lidé odedávna. Hnilicová (2005) zmiňuje, že pojem kvalita života se v historii objevil poprvé již ve 20. letech 20. století v ekonomickém kontextu, kdy se jednalo o vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí. V 60. letech prezident Johnson označil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Stejný cíl měl pak v 70. letech i německý politik Willy Brandt pro program německé sociální demokracie. V této

době se tento termín objevil v sociologii, kde s jeho pomocí dochází k odlišování podmínek života od vlastního životního pocitu lidí. Ve stejné době se termín QOL poprvé použil v sociologii pro výzkumné účely, kde hlavním předmětem bylo sledování dopadu společenských změn na život lidí, tzv. ekonomické a sociální indikátory kvality života. Přes sociologii se pojem QOL dostává v 70. letech i do medicíny, kde se za hlavní cíl považovalo udržení dostatečné kvality života u pacientů např. v geriatrici, onkologii či psychiatrii. Jako jedna z prvních monografií zabývající se pojmem kvalita života byla podle Křivohlavého (2002) práce A. L. Strausse z roku 1975, která se věnovala problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí. (Hnilicová, 2005, 2004; Křivohlavý, 2002)

V současné době se QOL stala nedílnou součástí všech vědních disciplín. Na území České republiky je kvalita života spojována s Evou Dragomireckou v Psychiatrickém centru v Praze a Jarem Křivohlavým, který spolupracuje zejména s centrem lékařské etiky na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy a problematikou se zabývá asi od 80. let 20. století. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

### **2.13 Rozsah pojetí kvality života**

S nejednotností samotné definice kvality života se objevují rozdíly i v jejím pojetí. Jak různí vědci a autoři chápou pojem QOL odlišnými způsoby, liší se i jejich další práce s tímto pojmem a jeho způsoby měření.

Podle Vaďurové a Mühlpachra (2005, str. 15) se měření kvality života nevztahuje pouze na jednotlivce. Kvalita života individua se tak stává pouze dílčí oblastí. Stejný názor sdílí i Křivohlavý, který dodává, že autoři Engel a Bergsma celou tuto problematiku rozdělují na tři hierarchicky odlišné sféry:

- makro-rovina
- mezo-rovina
- personální rovina

V makro-rovině se jedná o otázky kvality života velkých společenských celků, např. dané země, kontinentu. Zde Bergsma hovoří o nejhlubším zamyšlení nad problematikou QOL – o absolutním smyslu života. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah, např. problematika boje

s epidemiemi, terorismem, hladomorem, chudobou, genocidou, ale i otázka investic do infrastruktur a zvláště zdravotnictví a stanovení obsahu základní výchovy.

V další sféře, mezo-rovině, se jedná o otázky QOL v malých sociálních skupinách – např. škole, nemocnici, domově důchodců, podniku atp. Nejedná se jen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, otázky neuspokojování a uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny. (Křivohlavý, 2002; Vaňurová, Mühlpachr, 2005)

V poslední sféře, personální rovině, se jedná o život jednotlivce (individua). Stanovení QOL zahrnuje subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. V tomto případě si každý jednatel sám hodnotí kvalitu vlastního života a do popředí se dostávají jeho osobní hodnoty, např. představy, naděje, pojetí, očekávání a přesvědčení. (Křivohlavý, 2002; Vaňurová, Mühlpachr, 2005)

Poté, co Bergsma a Engel určili rozsah pojmu kvalita života jednotlivce, snažili se definovat obsah tohoto pojmu. Podle Křivohlavého (2002, str. 164) svou snahu tito autoři vyjádřili takto: *„Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) – jde o subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existenci. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žítí (Křivohlavý, 2002, str. 164).“*

Za čtvrtou sféru kvality života je možné podle Engela a Bergsmy považovat fyzickou (tělesnou) existenci. Zde se jedná o pozorovatelné chování druhých lidí, které lze objektivně měřit a srovnávat, příkladem může být chůze před a po ortopedické léčbě. Přestože je v této rovině možné kvalitu života objektivně měřit, postrádá toto měření jakési hlubší pojetí, které je pro kvalitu života podstatné. Engel a Bergsma proto nedoporučují používat údaje z této sféry při definování kvality života. (Křivohlavý, 2002; Vaňurová, Mühlpachr, 2005)

## 2.14 Odlišnost přístupů ke kvalitě života

Podle Hnilicové (2005, str. 209) jsou tři přístupy ke zkoumání kvality života, a to psychologický, sociologický a medicínský (zdravotnický). Pokud se s tímto pojmem pracuje v těchto oblastech, tak pro každou z nich jsou zdůrazňovány jiné

aspekty kvality života. Je možné se domnívat, že tyto tři přístupy napomáhají utřídit uváděné definice a vymezení kvality života, se kterými se setkáváme v literatuře.

Pojetí kvality života a související výzkumy se z psychologického hlediska snaží obsáhnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. Pojem kvalita života se může vyjádřit i jako spokojenost se životem, subjektivní pohodu (subjective well-being) nebo štěstí (happiness, flow). Nejvíce se pracuje s pojmem subjektivní pohody, kde se zájem soustřeďuje na to, co vlastně pohodu vytváří. Subjektivní pohoda má dimenzi kognitivní a dimenzi emocionální. Kognitivní dimenze představuje racionální hodnocení vlastního života, tj. jak člověk celkově hodnotí vlastní život a jak je s ním spokojen či nespokojen. Emocionální dimenze postihuje citové prožívání a převažující typ emocí, jak píše Švehlíková a Heretik (2008). (Hnilicová, Bencko, 2005; Švehlíková, Heretik, 2008)

V sociologii je pojetí kvality života bráno z jiného úhlu pohledu než v psychologii a medicíně. Jsou zde vyzdvihovány atributy sociální úspěšnosti jako například majetek, status, vybavení domácnosti, rodinný stav atp. Předmětem výzkumu je určení vztahu těchto atributů ke kvalitě života, která je chápána z pohledu sociologie jako subjektivní životní pocit. Jiné vymezení kvality života uvádí současná sociologická organizace Mezinárodní společnost pro studium kvality života. Ta jej definuje jako „*produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických, environmentálních podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí* (Hnilicová, 2005, s. 211).” Za důležitý termín se považuje i životní úroveň, která je měřítkem kvantity a kvality zboží a služeb, jež mají lidé k dispozici. Indikátory životní úrovně je například hrubý domácí produkt na obyvatele a střední délka života. (Hnilicová, Bencko, 2005; Švehlíková, Heretik, 2008)

V medicíně a ve zdravotnictví se za užší pojem kvality života považuje health related quality of life (*HRQOL*), který lze přeložit do českého jazyka jako kvalita života související se zdravím, na němž se shodla většina autorů, jak uvádí Mareš a kol. (2006, s. 32). Při specifikování kvality života souvisejícím se zdravím nepanuje jednota. Tento specifický termín je možné upřesnit jako subjektivní pocit životní pohody, který je spojován s nemocí, úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Slouží k tomu, abychom mohli komplexně vystihnout fungování pacienta a to především v oblasti psychické, fyzické a sociální. (Mareš, Marešová, 2006; Hnilicová, 2005; Kebza, 2005)

Například teoretik Rapley upřednostňuje definici, která byla prezentována americkým centrem pro prevenci a léčbu nemocí a zní takto: „*HRQOL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně dokázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotnických rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQOL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav* (Mareš, Marešová, 2006, s. 30).”

Vymětal (2003, s. 199 - 200) uvádí, že kvalita života pacienta zahrnuje tyto okolnosti:

- „*stav psychické a fyzické pohody (opakem je bolest, nevolnost, deprese, strach apod.)*
- *úroveň sebeobsluhy - nemocný se dokáže sám najíst a samostatně si obstarat hygienu (opakem je úplná závislost na péči druhých)*
- *pohyblivost pacienta - nemocný se dokáže dobře pohybovat (opakem je trvale ležící pacient)*
- *pacient je sociálně zapojen a dostává se mu pozitivní emoční odezvy - mezi spolupacienty je oblíben, příbuzní a přátelé za ním docházejí často na návštěvu (opakem je pacient v izolaci)*
- *pacient se spolupodílí na vytváření vlastního soudu, včetně kariéry nemocného*
- *pacient prožívá a hodnotí svůj život včetně pobytu v nemocnici jako smysluplný, tedy i nezbytný a žádoucí” (Vymětal, 2003, s. 199 - 200)*

Vadurová a Mühlpachr (2005) tyto okolnosti zobecňují do pěti dimenzí kvality života pacienta:

- aktuální zdravotní stav
- soběstačnost
- akceptace a pomoc nejbližší rodiny a okolí
- individuální funkční norma a využívání možností pacienta
- ekonomická situace



Výše uvedené okolnosti se při hodnocení QOL nemění, ale může dojít ke změně jejich důležitosti pro jednotlivce. Kvalita života je zpravidla určována podle získaných informací od nemocného. To potom znamená, že HRQOL vyjadřuje a zjišťuje to, jaké zkušenosti nemocný má v důsledku poskytování zdravotní péče. Jinými slovy, HRQOL ovlivňuje zdravotnické intervence. Mezi další faktory, které mají vliv na HRQOL, patří věk, pohlaví, vzdělání, ekonomická situace, rodinná situace, kulturní zázemí apod. Souhrn těchto faktorů určuje celkovou kvalitu života nemocných. V klinické praxi se sleduje kvalita života převážně u pacientů s chronickými, nevyléčitelnými nemocemi například onkologická, psychiatrická, kardiovaskulární a metabolická onemocnění. (Vařurová, Mühlpachr, 2005; Gurková, 2011)

## **2.15 Nástroje k hodnocení kvality života**

Nejčastěji používaným nástrojem ke zhodnocení kvality života je dotazník. Zjišťovat kvalitu života lze i strukturovaným rozhovorem, který je v praxi málo uplatňovaný. Ke zhodnocení kvality života u nemocných se používají dotazníky, které sledují vliv choroby na všední život nemocného. V praxi existuje celá řada dotazníků zjišťujících kvalitu života a lze je rozdělit se na dva základní typy, a to generické (obecné) a specifické dotazníky. (Slováček, 2004; Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

### **2.15.1 Generické nástroje**

Generické dotazníky posuzují celkový stav nemocného bez zřetele na určité onemocnění. Jsou aplikovatelné u libovolné skupiny osob, u kterých se nepohlíží na věk, pohlaví atd. Jejich nevýhodou je, že nemusí být uspokojivě citlivé na klinicky důležité změny. Mezi nejznámější a nejvíce užívané generické dotazníky patří:

- Sickness Impact Profile (SIP)
- Nottingham Health Profile (NHP)
- Medical Outcome Study Short - Form (SF - 36)
- European Quality of Life Questionnaire - Version EQ - 5D
- WHOQOL – BREF (Slováček, 2004; Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Zmiňované dotazníky obsahují položky zachycující různé oblasti kvality života, které Gurková (2011, s. 147 - 148) popisuje takto:

- Sickness Impact Profile (SIP) – obsahující otázky na spánek, oddech, emocionální život, péči o tělo, pohybovou aktivitu, péči o domácnost, mobilitu, sociální interakci, komunikaci, práci, rekreační aktivity, stravování
- Nottingham Health Profile (NHP) – se skládá z položek určující spánek, bolest, emocionální reakce, sociální izolaci, tělesnou mobilitu, úroveň energie
- Medical Outcome Study Short - Form (SF - 36) je rozdělený do osmi oblastí, například fyzické fungování, omezení adekvátního jednání z fyzických důvodů, bolest, pocit celkového zdraví a duševní zdraví
- European Quality of Life Questionnaire - Version EQ - 5D – zahrnuje položky, jako pohyblivost, sebed péče, obvyklé činnosti, bolest/potíže, úzkost/deprese
- WHOQOL - BREF obsahuje oblast fyzického zdraví, psychického zdraví, sociálních vztahů a prostředí

### 2.15.2 Specifické nástroje

Specifické dotazníky jsou určeny pro nemocné s konkrétní chorobou. Obsahují položky určující důsledek obtíží na život pacienta a jsou schopny zaznamenat klinicky významné změny. Existuje celá řada specifických nástrojů pro hodnocení kvality života u pacientů s určitou chorobou a lze je najít v databázi ProQolid (Patient Reported Outcome and Quality of life Instruments Database), kterou spravuje mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života MAPI Research Institute. Specifické dotazníky se zde hledají podle diagnózy nebo potíží a u každého dotazníku se uvádí zkratka, plný název, autoři, účel měření, cílová skupina, způsob administrace, počet položek, původní jazyk, dostupné jazykové verze a další informace. (Slováček, 2004; Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

### 2.15.3 Užití generických a specifických nástrojů u Crohnovy choroby

Pacienti trpící Crohnovou chorobou se setkávají se spoustou problémů, jež mají vliv na HRQOL. V tomto případě lze HRQOL měřit jak specifickými, tak i generickými nástroji. Někteří autoři doporučují hodnotit kvalitu života oběma nástroji najednou. Z generických dotazníků se používá Sickness Impact Profile (SIP),

Nottingham Health Profile (NHP), Medical Outcome Study Short - Form (SF - 36), European Quality of Life Questionnaire - Version EQ - 5D, WHOQOL - BREF (viz Tabulka 1).

Nejčastěji užívané specifické dotazníky pro idiopatické střevní záněty, včetně Crohnovy choroby, jsou Inflammatory bowel disease questionnaire (IBDQ), Short - IBDQ (SIBDQ), IBDQ - 36, Rating Form of IBD Patient Concerns (RFIPC).

Inflammatory bowel disease questionnaire (IBDQ) byl vytvořen v roce 1988 na McMaster Univerzitě v Kanadě. Skládá se z 32 otázek a k hodnocení využívá sedmistupňovou Likertovu škálu odpovědí. Tento dotazník zahrnuje tyto 4 oblasti: střevní oblast, celková (systémová) oblast, sociální oblast a oblast emoční. Dotazníkem lze dosáhnout celkového skóre v rozmezí 32 - 224 a vyplnění zabere přibližně 15 minut. Short - IBDQ (SIBDQ) je zkrácená verze zahrnující 10 otázek, jenž byly vybrány z IBD.

IBDQ - 36 je upravenou verzí IBDQ vytvořenou Lovem v roce 1992. Dotazník obsahuje 36 otázek týkajících se pěti oblastí, které obsahují položky celkových příznaků, střevních příznaků, funkčního zhoršení, sociálního zhoršení a zhoršení emočních funkcí. I zde je užitá sedmistupňová škála dle Likerta.

Rating Form of IBD Patient Concerns (RFIPC) byl vydaný v roce 1991 Drossmanem. Obsahuje 25 otázek a slouží k odlišení IBD od ostatních střevních chorob a k odhadnutí vývinu nemoci. (Gurková, 2011; Gabalec, 2007)

## **2.16 Přehled dříve realizovaných studií**

V této kapitole je uveden přehled dříve realizovaných studií na danou problematiku. K tématu se vztahují dvě závěrečné práce.

Jedna z dříve realizovaných studií je diplomová práce na téma „Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba“ od Michaely Vepřovské v roce 2010 z Univerzity Palackého v Olomouci - Fakulta zdravotnických věd - Ústav ošetrovatelství a porodnictví. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření a u 60 klientů od února do dubna. Pro svoje průzkumné šetření nepoužila standardizovaného dotazníku, ale otázek vlastní konstrukce, a navíc se zajímá o vliv chirurgické a alternativní léčby. Z důvodu jinak zaměřených otázek v dotazníku nelze výsledky vlastní práce porovnávat s prací Vepřovské.

Další závěrečná práce, která byla dříve realizována, je bakalářská práce na téma „Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou“ od Kristýny Krbákové v roce 2011 z Masarykovy univerzity v Brně - Lékařská fakulta - Katedra ošetřovatelství. Průzkum probíhal také formou dotazníkového šetření od prosince 2010 do února 2011. Z průzkumu získala data od 80 respondentů. Společným prvkem mé vlastní práce a bakalářské práce Bc. Krbákové je využití standardizované verze generického dotazníku týkající se kvality života vydaného Světovou zdravotnickou organizací. Bc. Krbáková rozšířila tento dotazník o otázky zaměřující se na analýzu příznaků onemocnění. Vzhledem k využití stejné metodiky mohou být některé výsledky srovnány v kapitole 3.6 Diskuse.

### **3. EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE**

V této kapitole jsou uvedeny cíle a pracovní hypotézy vztahující se k empirické části bakalářské práce. Dále je zaměřena na popis zvolené metodiky, organizaci šetření a charakteristiku zkoumaného vzorku. Následně jsou zanalyzovaná data z dotazníků prezentována v kapitole výsledky vlastní práce a celá kapitola končí diskusí nad danou problematikou.

#### **3.1 Cíle a pracovní hypotézy**

Pro empirickou část bakalářské práce byly stanoveny cíle a k nim se vztahující pracovní hypotézy.

Stanovené cíle pro empirickou část:

- Zmapovat stravovací návyky a případná dietní omezení respondentů.
- Zjistit, jak ovlivňuje Crohnova nemoc kvalitu života respondentů v oblasti fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí.

Pracovní hypotézy:

- H1: Předpokládám, že více než polovina respondentů musela změnit stravovací návyky.
- H2: Předpokládám, že více než polovina respondentů má po stanovení dg. Crohnovy nemoci stanovenou dietu.
- H3: Předpokládám, že kvalita života respondentů bude snížena v oblasti sociálních vztahů a fyzického zdraví.

#### **3.2 Metodika práce**

Ke zjištění potřebných informací týkajících se problematiky, kterou se bakalářská práce zabývá, byl použit nejběžnější způsob sběru dat, a to dotazníková metoda. Dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Výhodou je, že v relativně krátkém čase lze získat potřebné údaje od velkého počtu respondentů. Celý dotazník, který je uveden v příloze této práce (příloha A - dotazník), se skládá ze tří částí a dohromady obsahuje 34 otázek.

První, úvodní část slouží k získání osobních údajů respondentů. Obsahuje otázky týkající se pohlaví (otázka č. 1) a věku dotazovaného (otázka č. 2), pracovního stavu (otázka č. 3), délky trvání nemoci (otázka č. 4) a věku, kdy byla nemoc diagnostikována (otázka č. 5). Otázka č. 6 je zaměřena na stadium onemocnění Crohnovy choroby. Druhá část dotazníku, vlastní konstrukce otázek, je zaměřena na případnou změnu stravovacích návyků (otázka č. 7) a přítomnost dietního opatření (otázka č. 8) v důsledku Crohnovy choroby. K otázce č. 8 jsou přiřazeny dvě doplňující otázky, na něž mohli respondenti odpovídat tehdy, pokud se vyjádřili kladně k otázce č. 8. U vlastní konstrukce otázek, ve druhé části dotazníku, je využita hodnotící škála ano - spíše ano - spíše ne - ne nebo zjednodušená škála odpovědí ano - ne. První a druhá část dotazníku obsahuje 1 otázku otevřenou a 7 otázek uzavřených, kde respondenti sami vyberou jednu z nabídnutých odpovědí, která nejlépe vystihuje jejich názor.

Ve třetí části je využita standardizovaná zkrácená verze dotazníku kvality života - WHOQOL-BREF od Světové zdravotnické organizace. Uvedený dotazník byl získán pro účely bakalářské práce od českého WHOQOL centra v Praze, kde se lze zaregistrovat pomocí registračního formuláře, který je součástí této práce (příloha C - objednávkový formulář). WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí WHOQOL-100, jejichž společným cílem je zjistit, jak vnímá vybraná skupina respondentů kvalitu jejich života, zdraví a ostatních životních oblastí za poslední dva týdny. Zkrácená verze byla vybrána proto, že je lépe využitelná pro klinickou praxi, neboť obsahuje 26 otázek, z nichž 24 otázek je sdružených do čtyř domén. Jedná se o domény:

- fyzického zdraví
- psychologického zdraví
- sociálních vztahů
- prostředí

Další dvě otázky jsou samostatným hodnocením kvality života (otázka č. 9) a celkového zdravotního stavu (otázka č. 10). Doména č. 1 (fyzické zdraví) se zabývá hodnocením bolesti, závislosti na lékařské péči, únavy, pohyblivosti, spánku, každodenních činností a pracovní činnosti. Doména č. 1 je zastoupena otázkami č. 11, 12, 18, 23, 24, 25 a 26. Doména č. 2 (psychologické zdraví - prožívání) se zaměřuje na potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou samým a negativní pocity. Doména č. 2 je zastoupena otázkami č. 13, 14, 15,

19, 27 a 34. Doména č. 3 (sociální vztahy) zkoumá sociální vztahy, sexuální život a podporu přátel. Doména č. 3 je vyhodnocena otázkami č. 28, 29 a 30. Poslední doména č. 4 (prostředí) se zabývá otázkou osobní bezpečnosti, životního prostředí, finanční situace, přístupu k informacím, zálib, prostředí v okolí bydliště, dostupnosti zdravotní péče a dopravy a zastupují jí otázky č. 16, 17, 20, 21, 22, 31, 32 a 33. Pro standardizovanou verzi dotazníku WHOQOL-BREF je stanovena pětistupňová Likertova škála, která vyjadřuje u jednotlivých otázek množství (1 - vůbec ne, 2 - trochu, 3 - středně, 4 - hodně, 5 - maximálně), kapacitu (1 - vůbec ne, 2 - spíše ne, 3 - středně, 4 - většinou ano, 5 - zcela), hodnocení (1 - velmi nespokojen/a, 2 - nespokojen/a, 3 - ani spokojen/a, ani nespokojen/a, 4 - spokojen/a, 5 - velmi spokojen/a) a frekvenci (1 - nikdy, 2 - někdy, 3 - středně, 4 - celkem často a 5 - neustále). U jednotlivých otázek bude respondentem označena jedna odpověď, která nejlépe vystihuje jeho názor.

### 3.2.1 Analýza dat

Pro primární analýzu dat byla použita aplikace Microsoft Excel 2007, v níž byly zpracovány tabulky s absolutní a relativní četností. Relativní četnost byla vypočítána podle vzorce:  $f_i = n_i \text{ (absolutní četnost)} / n \text{ (celková četnost)}$ .

Dále byl u některých otázek zjištěn aritmetický průměr, směrodatná odchylka, maximální (Max) a minimální (Min) zjištěná hodnota v souboru.

Standardizovaná verze dotazníku WHOQOL-BREF byla vyhodnocena podle příručky pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace, kterou napsala Dragomirecká a Bartoňová (2006). Pro vyhodnocení dotazníku bylo potřeba vypočítat průměrné hrubé skóry pro každou ze čtyř domén. To se provedlo zprůměrováním hodnot odpovědí příslušných k dané doméně a následně vynásobením této hodnoty čtyřmi. Průměrný hrubý skór domény za celý soubor je pak vypočten jako průměrná hodnota hrubých skórů jednotlivých položek příslušejících do určité domény. Rozpětí škály u domén je 4 - 20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. U jednotlivých otázek (Q9 a Q10) je rozpětí škály 1 - 5.

### 3.3 Organizace šetření

Před vlastním průzkumem se uskutečnilo předběžné průzkumné šetření, ve kterém bylo osloveno pět respondentů s Crohnovou nemocí za účelem vyplnění

údajů v dotazníku z důvodu ověření jednoznačnosti a srozumitelnosti kladených otázek v tištěné podobě. K formulaci otázek nebyly žádné připomínky, a proto znění dotazníku zůstalo pro vlastní šetření stejné.

Vlastní distribuce dotazníků proběhla za vyjádření souhlasu (viz příloha č. 2) primáře oddělení gastroenterologie soukromého Klinického a výzkumného centra pro střevní záněty v Praze. Dotazníkové šetření probíhalo od prosince 2011 do poloviny února 2012. Celkově bylo poskytnuto 80 dotazníků a návratnost byla 73 dotazníků (91,25%), z nichž 3 dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění údajů. Pro vlastní průzkum byla zpracována data od celkem 70 respondentů.

### **3.4 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku**

Soubor respondentů tvoří 70 klientů s Crohnovou nemocí, kteří docházeli ambulantně do Klinického a výzkumného centra pro střevní záněty v Praze. Z úvodní části dotazníku věnované osobním údajům (otázky č. 1 až 6, viz příloha A - dotazník) lze charakterizovat soubor respondentů. Zjištěné informace jsou zobrazeny v tabulkách s absolutní a relativní četností v kapitole 3.5 Výsledky vlastní práce.

### **3.5 Výsledky vlastní práce**

Podkapitola výsledky vlastní práce prezentuje výsledky z dotazníku, který je rozdělen na tři části. První, úvodní část dotazníku je věnována osobním údajům respondentů (položky č. 1 - 6). Druhá část dotazníku, vlastní konstrukce otázek, je zaměřena na změnu stravovacích návyků a případná dietní omezení (položka č. 7 a č. 8). Ve třetí části je obsažen standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-BREF. K jednotlivým položkám je připojen komentář a tabulka. Grafické znázornění jednotlivých položek výšečovým diagramem je uvedeno v příloze, která je součástí bakalářské práce (příloha D).

#### **Položka č. 1 - Pohlaví respondentů**

Uvedená tabulka 1 vyjadřuje, jaké je celkové zastoupení mužů a žen ve sledovaném souboru. Z celkového počtu 70 (100%) respondentů je mužů 31 (44,29%) a žen 39 (55,71%). Z těchto výsledků je zřejmé, že ve sledovaném souboru 70 respondentů je větší zastoupení žen (n=39;55,71%).



**Tab. 1. Pohlaví respondentů**

<b>Pohlaví</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
muž	31	44,29%
žena	39	55,71%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 2 - Věk respondentů**

Níže uvedená tabulka 2 přináší informaci o věkovém složení zkoumaného vzorku. Z celkového počtu 70 (100%) respondentů je 14 (20%) respondentů zastoupeno ve věkové skupině 15 - 24 let, 32 (45,71%) respondentů ve věkové skupině 25 - 34 let, 14 (20%) respondentů ve věkové skupině 35 - 44 let, 8 (11,43%) respondentů ve věkové skupině 45 - 54 let a další 2 (2,86%) respondenti jsou ve věkové skupině 55 - 64 let. Ve věkové skupině 65 let a výše nebyl žádný respondent. Z uvedených výsledků je patrné, že věková skupina 25 - 34 let s 32 (45,71%) respondenty je nejpočetnější skupinou v celém souboru.

**Tab. 2. Věk respondentů**

<b>Věk</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
15 - 24 let	14	20,00
25 - 34 let	32	45,71
35 - 44 let	14	20,00
45 - 54 let	8	11,43
55 - 64 let	2	2,86
65 let a výše	0	0,00
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

**Položka č. 3 - Zaměstnanost v současné době**

Tato položka zjišťuje, kolik respondentů z celkového souboru ( $n = 70$ ) v současné době pracuje. Z tabulky 3 vyplývá, že 47 (67,14 %) respondentů je v současné době zaměstnáno a 23 (32,86 %) respondentů nezaměstnáno. Z daných

výsledků je zřejmé, že zastoupení zaměstnaných respondentů je větší než nezaměstnaných.

**Tab. 3. Zaměstnanost respondentů v současné době**

Zaměstnanost	n	%
ano	47	67,14%
ne	23	32,86%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

#### **Položka č. 4 - Doba trvání nemoci**

Tato položka zjišťuje, jak dlouho mají respondenti diagnostikovanou Crohnovu nemoc. Z celkového počtu 70 (100%) respondentů byla z uvedených možností (viz tabulka 4) vybrána 3krát (4,29%) varianta méně než 1 rok, 13krát (18,57%) varianta 1 – 4 roky, 19krát (27,14%) varianta 5 – 9 roků, varianta 10 – 14 roků byla určena 23krát (32,86%), 7krát (10,00%) varianta 15 – 19 roků a 5krát (7,14%) varianta 20 a více roků. Z analyzovaných dat vyplývá, že nejvíce respondentů ze souboru má diagnostikovanou Crohnovu nemoc 10 - 14 roků.

**Tab. 4. Doba trvání nemoci**

Délka nemoci	n	%
méně než 1 rok	3	4,29%
1 - 4 roky	13	18,57%
5 - 9 roků	19	27,14%
10 - 14 roků	23	32,86%
15 - 19 roků	7	10,00%
20 a více roků	5	7,14%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

#### **Položka č. 5 – Věk při stanovení Crohnovy nemoci**

V této položce respondenti uváděli věk, kdy jim byla diagnostikována Crohnova nemoc. Z analyzovaných dat vyplývá, že průměrný věk při stanovení Crohnovy nemoci byl pro zkoumaný vzorek (n=70) 22,97 let (s = 7,34). Zároveň bylo

zjištěno, že nejnižší zjištěný věk v souboru při stanovení diagnózy je 10 let a nejvyšší 44 let.

### **Položka č. 6 – Nynější stádium nemoci**

Tabulka 5 přináší informaci o nynějším stádiu nemoci respondentů. Z celkového počtu 70 (100%) respondentů odpověděli na tento dotaz ve 47 (67,14%) případech, že jsou ve stádiu remise - vymizení příznaků a projevů nemoci a ve 23 případech (32,86%) odpověděli, že jsou ve stádiu relapsu - opětovné objevení příznaků. Z výsledků vyplývá, že převážná část respondentů (n=47; 67,14%) je ve stádiu remise.

**Tab. 5. Nynější stádium nemoci**

<b>Stádium nemoci</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
remise	47	67,14%
relaps	23	32,86%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### **Položka č. 7 - Změna stravovacích návyků vlivem Crohnovy nemoci**

Položka č. 7 zjišťuje, zda dotazovaní museli vlivem Crohnovy nemoci změnit stravovací návyky. Z uvedených možností (viz tabulka 6) byla ze 70 (100%) odpovědí zvolena 26krát (37,14%) odpověď ano, 27krát (38,57%) odpověď spíše ano, 14krát (20,00%) odpověď spíše ne a 3krát (4,29%) odpověď ne. Z tabulky 7 je patrné, že 53 (75,71%) respondentů muselo změnit stravovací návyky a 17 (24,29%) respondentů stravovací návyky nezměnilo.

**Tab. 6. Změna stravovacích návyků**

<b>Změna stravovacích návyků</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ano	26	37,14%
spíše ano	27	38,57%
spíše ne	14	20,00%
ne	3	4,29%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### Položka č. 8 - Stanovená dieta při diagnostikování Crohnovy nemoci

Uvedená tabulka 8 informuje o tom, zda mají respondenti v důsledku prokázané nemoci stanovenou dietu. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že z celkového počtu 70 respondentů nemá stanovenou dietu 52 (74,29%) dotazovaných a 18 (25,71%) dotazovaných odpovědělo, že jim byla stanovena dieta.

Tab. 7. Stanovená dieta

Stanovená dieta	n	%
ano	18	25,71%
ne	52	74,29%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### Podpoložka vztahující se k položce č. 8 - Dodržování stanovené diety

Na tuto podpoložku odpovídali jen ti, kteří vyjádřili kladný souhlas k předchozímu dotazu. Tabulka 8 zobrazuje, kolik respondentů dodržuje stanovenou dietu. Z analyzovaných výsledků vyplývá, že 18 (25,71%) respondentů se stanovenou dietou z celkového počtu 70 dodržuje dietu, z čehož 4 (22,22%) uvedli možnost ano a 14 (77,78%) vybralo možnost spíše ano.

Tab. 8. Dodržování stanovené diety

Dodržování diety	n	%
ano	4	22,22%
spíše ano	14	77,78%
spíše ne	0	0,00%
ne	0	0,00%
<b>celkem</b>	<b>18</b>	<b>100,00%</b>

### Podpoložka vztahující se k položce č. 8 - Název dodržované diety

Druhou podpoložkou náležící k položce č. 8 byla zjištěna dieta, kterou musí respondenti respektovat. Z celkového počtu 70 (100%) respondentů uvedlo všech 18 (25,71%) respondentů se stanovenou dietou, že dodržují bezobzbovku dietu.

## Výsledky z dotazníku WHOQOL-BREF

### Položka č. 9 - Hodnocení kvality života

Položka č. 9 přináší informaci, jak respondenti vnímají svou kvalitu života. Z uvedených možností (viz tabulka 10) byla ze 70 (100%) odpovědí zvolena 0krát možnost velmi špatná, 3krát (4,29%) možnost špatná, 18krát (25,71%) možnost ani špatná, ani dobrá, 40krát (57,14%) možnost dobrá a 9krát (12,86%) možnost velmi dobrá.

Z výsledků je patrné, že 49 (70,00%) respondentů hodnotí kvalitu života kladně a 3 (4,29%) respondenti hodnotí kvalitu života záporně. 18 (25,71%) respondentů hodnotí kvalitu života jako ani špatnou, ani dobrou.

**Tab. 9. Hodnocení kvality života**

Kvalita života	n	%
velmi špatná	0	0,00%
špatná	3	4,29%
ani špatná, ani dobrá	18	25,71%
dobrá	40	57,14%
velmi dobrá	9	12,86%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### Položka č. 10 - Spokojenost se svým zdravím

Položka č. 10 zjišťuje, jak jsou respondenti spokojeni se svým zdravím. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 10). Z celkového počtu 70 (100%) respondentů 2 respondenti (2,86%) označili variantu velmi nespokojen/a, 13 respondentů (18,57%) vybralo variantu nespokojen/a, 24 respondentů (34,29%) označilo variantu ani spokojen/a, ani nespokojen/a, 28 respondentů (40,00%) určilo variantu spokojen/a a 3 respondenti (4,29%) odpověděli variantu velmi spokojen/a.

Z výsledků vyplývá, že 31 (44,29%) respondentů je spokojeno se svým zdravím a 15 (21,43%) respondentů je se svým zdravím nespokojeno. Ani spokojeno, ani nespokojeno je 24 (34,29%) respondentů.

Tab. 10. Spokojenost se svým zdravím

Spokojenost se svým zdravím	n	%
velmi nespokojen/a	2	2,86%
nespokojen/a	13	18,57%
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	24	34,29%
spokojen/a	28	40,00%
velmi spokojen/a	3	4,29%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### Položka č. 11 - Bolest brání v činnosti

Položka č. 11 zkoumá u respondentů, do jaké míry jim bolest během posledních dvou týdnů brání ve vykonávání činností. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 12). Ze souboru 70 (100%) respondentů odpovědělo, že bolest nebrání ve vykonávání činnosti vůbec 23 (32,86%) respondentům, 22 (31,43%) respondentům brání trochu, 21 (30,00%) respondentům brání středně. 3 (4,29%) respondenti uvedli, že jim bolest brání ve vykonávání činnosti hodně a 1 (1,43%) respondent uvedl, že bolest mu brání ve vykonávání činnosti maximálně.

Z uvedených výsledků je zřejmé, že více než polovina respondentů (n=45; 67,15%) pociťuje bolest při vykonávání každodenní činnosti.

Tab. 11. Bolest brání v činnosti

Bolest	n	%
vůbec ne	23	32,86%
trochu	22	31,43%
středně	21	30,00%
hodně	3	4,29%
maximálně	1	1,43%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### **Položka č. 12 - Závislost na lékařské péči**

Položka č. 12 zjišťuje, jak moc během posledních dvou týdnů respondenti potřebují lékařskou péči. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 12). Z celkového počtu 70 respondentů (100%) odpovědělo, že lékařskou péči nepotřebuje vůbec 6 (8,57%) respondentů, 24 (34,29%) respondentů potřebuje lékařskou péči trochu. 26 (37,14%) respondentů je středně závislých na lékařské péči, 12 (17,14%) respondentů potřebuje lékařskou péči hodně a 2 (2,86%) respondenti odpověděli, že potřebují lékařskou péči maximálně.

Z tabulky 12 je zřejmé, že nejvíce respondentů (n=26; 37,14%) z celkového souboru odpovědělo, že aby mohli fungovat v každodenním životě, potřebují lékařskou péči středně.

**Tab. 12. Závislost na lékařské péči**

<b>Závislost na lékařské péči</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
vůbec ne	6	8,57%
trochu	24	34,29%
středně	26	37,14%
hodně	12	17,14%
maximálně	2	2,86%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### **Položka č. 13 - Potěšení ze života**

Položka č. 13 zkoumá, jak moc respondenty během posledních dvou týdnů těší život. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 14). Ze souboru 70 respondentů (100%) byla zvolena v 0 případech odpověď vůbec ne, ve 4 případech (5,71%) odpověď trochu, ve 12 případech (17,14%) odpověď středně, ve 28 případech (40,00%) odpověď hodně a ve 26 případech (37,14%) odpověď maximálně.

Z analyzovaných dat vyplývá, že více než polovina respondentů (n=54; 77,14%) má radost ze života.

**Tab. 13. Potěšení ze života**

Potěšení ze života	n	%
vůbec ne	0	0,00%
trochu	4	5,71%
středně	12	17,14%
hodně	28	40,00%
maximálně	26	37,14%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 14 - Smysl života**

Položka č. 14 přináší informaci o tom, jak moc respondentům připadá, že jejich život má během posledních dvou týdnů smysl. Z uvedených možností (viz tabulka 15) vybrali 2 (2,86%) respondenti možnost vůbec ne. 3 (4,29%) respondenti uvedli, že jejich život má trochu smysl. 6 (8,57%) respondentům připadalo, že jejich život má smysl středně. 27 (38,57%) respondentů odpovědělo, že jejich život má smysl hodně a 32 (45,71%) respondentů uvedlo, že jejich smysl života je maximální.

Z uvedených výsledků vyplývá, že více než polovina respondentů (n=59; 84,28%) nachází smysl ve svém životě.

**Tab. 14. Smysl života**

Smysl života	n	%
vůbec ne	2	2,86%
trochu	3	4,29%
středně	6	8,57%
hodně	27	38,57%
maximálně	32	45,71%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č 15 - Schopnost soustředit se**

Položka č. 15 zjišťuje, jak se respondenti během posledních dvou týdnů dokážou soustředit. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála



(viz tabulka 15). Z celkového počtu 70 respondentů (100%) 1 (1,43%) respondent odpověděl, že se nedokáže vůbec soustředit. 2 (2,86%) respondenti vybrali variantu, že se trochu dokážou soustředit. 21 (30,00%) respondentů se dokáže soustředit středně. 35 (50,00%) respondentů vybralo variantu, že se zvládnou soustředit hodně a 11 (15,71%) respondentů se dokáže soustředit maximálně.

Z tabulky 15 je patrné, že celkem 46 (65,71%) respondentů se dokáže soustředit.

**Tab. 15. Schopnost soustředit se**

Soustředění	n	%
vůbec ne	1	1,43%
trochu	2	2,86%
středně	21	30,00%
hodně	35	50,00%
maximálně	11	15,71%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### **Položka č. 16 - Pocit bezpečí v každodenním životě**

Položka č. 16 zkoumá u respondentů, jak moc se cítí ve svém každodenním životě bezpečně během posledních dvou týdnů. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 16). Žádný respondent se v každodenním životě vůbec necítí bezpečně. 2 (2,86%) respondenti se ve svém každodenním životě cítí trochu bezpečně. 25 (35,71%) respondentů vyjadřuje pocit bezpečí středně. 33 (47,14%) respondentů odpovědělo, že se cítí ve svém každodenním životě hodně bezpečně. A zbylých 10 (14,29%) respondentů zažívá ve svém každodenním životě maximální pocit bezpečí.

Z analyzovaných dat je zřejmé, že z celkového souboru se 43 (61,43%) respondentů cítí ve svém životě bezpečně.

**Tab. 16. Pocit bezpečí v každodenním životě**

<b>Pocit bezpečí</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
vůbec ne	0	0,00%
trochu	2	2,86%
středně	25	35,71%
hodně	33	47,14%
maximálně	10	14,29%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 17 - Zdravé prostředí v místě bydliště**

Položka č. 17 přináší informaci, jak moc respondentům připadá, že je jejich prostředí v místě bydliště během posledních dvou týdnů zdravé. Z uvedených možností (viz tabulka 18) nikdo z počtu 70 (100%) respondentů nevedl, že jim prostředí v místě bydliště vůbec nepřipadá zdravé. Prostředí, ve kterém respondenti žijí, považuje 5 (7,14%) respondentů za trochu zdravé. Pro zdravé prostředí v místě bydliště byla vybrána střední hodnota u 38 (54,29%) respondentů. 24 (34,29%) respondentům připadá jejich prostředí v místě bydliště hodně zdravé. 3 (4,29%) respondenti označili jejich prostředí, ve kterém žijí, za maximálně zdravé.

Z uvedených výsledků je patrné, že méně než polovina respondentů (n=27; 38,58%) považuje své prostředí v místě bydliště za zdravé. Středně považuje své prostředí v místě bydliště za zdravé více než polovina respondentů (38; 54,29%).

**Tab. 17. Zdravé prostředí v místě bydliště**

<b>Zdravé prostředí</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
vůbec ne	0	0,00%
trochu	5	7,14%
středně	38	54,29%
hodně	24	34,29%
maximálně	3	4,29%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### **Položka č. 18 - Dostatek energie pro každodenní život**

Položka č. 18 zjišťuje, zda mají respondenti během posledních dvou týdnů dostatek energie pro každodenní život. Z nabídnutých odpovědí nevybral variantu vůbec ne žádný respondent. 12 (17,14%) respondentů odpovědělo, že spíše nemají dost energie. 17 (24,29%) respondentů uvedlo, že mají středně energie pro každodenní život. 33 (47,14%) respondentů odpovědělo, že většinou mají dost energie a 8 (11,43%) respondentů odpovědělo, mají dost energie zcela.

Z uvedených výsledků je zřejmé, že většina respondentů (n=41; 58,57%) má pro svůj každodenní život dostatek energie. Pouze 12 (17,14%) respondentů udává, že spíše nemají dost energie.

**Tab. 18. Dostatek energie pro každodenní život**

<b>Dost energie</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
vůbec ne	0	0,00%
spíše ne	12	17,14%
středně	17	24,29%
většinou ano	33	47,14%
zcela	8	11,43%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### **Položka č. 19 - Přijetí tělesného vzhledu**

Položka č. 19 zkoumá, zda respondenti dokážou akceptovat během posledních dvou týdnů svůj tělesný vzhled. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 19). Z celkového počtu 70 respondentů dokáže svůj tělesný vzhled většinou přijmout 30 (42,86%) respondentů a 24 (34,29%) respondentů zcela akceptuje svůj tělesný vzhled. 1 (1,43%) respondent nedokáže vůbec přijmout to, jak vypadá. 7 (10,00%) respondentů spíše neakceptuje svůj vzhled a 8 (11,43%) respondentů akceptuje svůj tělesný vzhled středně.

Z uvedených výsledků vyplývá, že kladně hodnotí svůj tělesný vzhled dohromady 54 (77,15%) respondentů.

**Tab. 19. Přijetí tělesného vzhledu**

<b>Přijetí tělesného vzhledu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
vůbec ne	1	1,43%
spíše ne	7	10,00%
středně	8	11,43%
většinou ano	30	42,86%
zcela	24	34,29%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 20 - Dostatek peněz k uspokojení svých potřeb**

Položka č. 20 přináší informaci, zda mají respondenti během posledních dvou týdnů dostatek peněz k uspokojení svých potřeb. Z uvedených možností (viz tabulka 20) odpovědělo 12 (17,14%) respondentů z celkového počtu 70, že spíše nemají dost peněz. 24 (34,29%) respondentů uvedlo, že mají peněz středně. 27 (38,57%) respondentů většinou má peníze k uspokojení svých potřeb a 7 (10,00%) respondentů uvádí, že na uspokojení svých potřeb má zcela dost peněz.

Z analýzy dat vychází, že k uspokojení potřeb má dostatek peněz 34 (48,57%) respondentů. Pouze 12 (17,14%) respondentů uvádí, že nemají dost peněz k uspokojení svých potřeb.

**Tab. 20. Dostatek peněz k uspokojení svých potřeb**

<b>Dostatek peněz</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
vůbec ne	0	0,00%
spíše ne	12	17,14%
středně	24	34,29%
většinou ano	27	38,57%
zcela	7	10,00%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### **Položka č. 21 - Přístup k informacím potřebných pro každodenní život**

Položka č. 21 zjišťuje, zda mají respondenti během posledních dvou týdnů přístup k informacím potřebných pro svůj každodenní život. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 22). Z celkového počtu 70 (100%) respondentů neuvedl nikdo, že by neměl přístup k potřebným informacím. 3 (4,29%) respondenti odpověděli, že mají přístup k potřebným informacím středně. 45 (64,29%) respondentů má většinou přístup k informacím, které jsou potřebné pro jejich každodenní život. 22 (31,43%) respondentů uvedlo, že má zcela přístup k potřebným informacím.

Z tabulky 21 vyplývá, že většina respondentů (n=67; 95,72%) má přístup k informacím, které jsou potřebné pro jejich každodenní život.

**Tab. 21. Přístup k informacím potřebných pro každodenní život**

<b>Přístup k informacím</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
vůbec ne	0	0,00%
spíše ne	0	0,00%
středně	3	4,29%
většinou ano	45	64,29%
zcela	22	31,43%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### **Položka č. 22 - Možnost věnovat se svým zálibám**

Položka č. 22 zkoumá, zda se respondenti během posledních dvou týdnů mohou věnovat svým zálibám. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 22). Ze souboru 70 respondentů nemá možnost věnovat svým zálibám vůbec 1 (1,43%) respondent. 7 (10,00%) respondentů spíše nemá možnost věnovat se zálibám. 18 (25,71%) respondentů odpovědělo, že se věnují svým zálibám středně. 37 (40,00%) respondentů uvedlo, že většinou mají možnost věnovat se svým zálibám. A možnost zcela věnovat se svým zálibám má 16 (22,86%) respondentů.

Z výsledků je patrné, že více než polovina respondentů (n=44; 62,86%) má možnost věnovat se svým zálibám.

**Tab. 22. Možnost věnovat se svým zálibám**

<b>Záliby</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
vůbec ne	1	1,43%
spíše ne	7	10,00%
středně	18	25,71%
většinou ano	28	40,00%
zcela	16	22,86%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 23 - Schopnost pohybovat se**

Položka č. 23 zjišťuje, jak se zvládnou respondenti během posledních dvou týdnů pohybovat. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 23). Z celkového počtu 70 respondentů (100%) žádný nevedl, že by se pohyboval velmi špatně. Špatně se pohybuje 1 (1,43%) respondent. Ani špatně, ani dobře se pohybuje 7 (10,00%) respondentů. Dobře se dokáže pohybovat 25 (35,71%) respondentů a velmi dobře se dokáže pohybovat 37 (52,86%) respondentů.

Z tabulky 23 vyplývá, že většina respondentů (n=62; 88,57%) nemá problém s pohyblivostí.

**Tab. 23. Schopnost pohybovat se**

<b>Pohyblivost</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
velmi špatně	0	0,00%
špatně	1	1,43%
ani špatně, ani dobře	7	10,00%
dobře	25	35,71%
velmi dobře	37	52,86%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 24 - Spokojenost se svým spánkem**

Položka č. 24 přináší informaci, zda jsou respondenti v posledních dvou týdnech spokojeni se svým spánkem. Z uvedených možností (viz tabulka 24) žádný

respondent z celkového počtu 70 nevedl, že je velmi nespokojen se svým spánkem. Nespokojeni se svým spánkem jsou 4 (5,71%) respondenti. Ani spokojeno, ani nespokojeno se svým spánkem je 14 (20,00%) respondentů. Spokojeno se svým spánkem je 40 (57,14%) respondentů a 12 (17,14%) respondentů odpovědělo, že je velmi spokojeno se svým spánkem.

Z analýzy dat je patrné, že více než polovina respondentů (n=52; 74,28%) je spokojena se svým spánkem.

**Tab. 24. Spokojenost se svým spánkem**

<b>Spánek</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
velmi nespokojen/a	0	0,00%
nespokojen/a	4	5,71%
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	14	20,00%
spokojen/a	40	57,14%
velmi spokojen/a	12	17,14%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

#### **Položka č. 25 - Spokojenost s prováděním každodenních činností**

Položka č. 25 zjišťuje, jak jsou respondenti v posledních dvou týdnech spokojeni s prováděním každodenních činností. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 25). Z celkového počtu 70 (100%) respondentů odpovědělo 5 (7,14%) respondentů, že je nespokojeno s prováděním každodenních činností. Ani spokojeno, ani nespokojeno se schopností provádět denní činnosti je 14 (20,00%) respondentů. Spokojenost se schopností provádět denní činnosti uvedlo 38 (54,29%) respondentů a 13 (18,57%) respondentů odpovědělo, že je velmi spokojeno.

Z uvedených výsledků je zřejmé, že většina respondentů (n=51; 72,86%) je spokojena se schopností vykonávat každodenní činnosti.

**Tab. 25. Spokojenost s prováděním každodenních činností**

Schopnost provádět činnosti	n	%
velmi nespokojen/a	0	0,00%
nespokojen/a	5	7,14%
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	14	20,00%
spokojen/a	38	54,29%
velmi spokojen/a	13	18,57%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 26 - Spokojenost se svým pracovním výkonem**

Položka č. 26 zkoumá, zda jsou respondenti v posledních dvou týdnech spokojeni se svým pracovním výkonem. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 26). Ze souboru 70 respondentů (100%) je 10 (14,29%) respondentů nespokojeno se svým pracovním výkonem. 16 (22,86%) respondentů odpovědělo, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni se svým pracovním výkonem. Spokojeno s pracovním výkonem je 37 (52,86%) respondentů a velmi spokojeno je 7 (10,00%) respondentů.

Z výsledků vyplývá, že více než polovina respondentů (n=44; 62,86%) je se svým pracovním výkonem spokojena.

**Tab. 26. Spokojenost se svým pracovním výkonem**

Pracovní výkon	n	%
velmi nespokojen/a	1	1,43%
nespokojen/a	9	12,86%
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	16	22,86%
spokojen/a	37	52,86%
velmi spokojen/a	7	10,00%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>



**Položka č. 27 - Spokojenost sám/sama se sebou**

Položka č. 27 přináší informaci, zda jsou respondenti v posledních dvou týdnech spokojeni sami se sebou. Z uvedených možností (viz tabulka 27) bylo zjištěno, že velmi nespokojen není žádný respondent. Nespokojenost se sebou samým vyjádřili 4 (5,71%) respondenti. Ani spokojeno, ani nespokojeno samo se sebou bylo 22 (31,42%) respondentů. Spokojenost se sebou samým vyjádřilo 34 (48,57%) respondentů a velmi spokojeno samo se sebou bylo 10 (14,29%) respondentů.

Z uvedených výsledků je patrné, že z celkového počtu 70 je nejvíce respondentů (n=44; 62,86%) spokojeno samo se sebou.

**Tab. 27. Spokojenost sám/sama se sebou**

Spokojenost se sebou	n	%
velmi nespokojen/a	0	0,00%
nespokojen/a	4	5,71%
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	22	31,43%
spokojen/a	34	48,57%
velmi spokojen/a	10	14,29%
celkem	70	100,00%

**Položka č. 28 - Spokojenost se svými osobními vztahy**

Položka č. 28 zjišťuje, jak jsou respondenti spokojeni se svými osobními vztahy v posledních dvou týdnech. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 28). Z celkového počtu 70 respondentů (100%) je spokojeno se svými osobními vztahy 55 (78,57%) respondentů, z nichž je velmi spokojeno 22 (31,43%) respondentů a spokojeno 33 (47,14%) respondentů. Nespokojeno se svými osobními vztahy je 7 (10,00%) respondentů, z nichž je velmi nespokojen 1 (1,43%) respondent a nespokojeno 6 (8,57%) respondentů. A posledních 8 (11,43%) respondentů není s osobními vztahy ani spokojeno, ani nespokojeno.

Z analyzovaných výsledků vyplývá, že převážná část respondentů (55; 78,57%) je se svými osobními vztahy spokojena.

**Tab. 28. Spokojenost se svými osobními vztahy**

Osobní vztahy	n	%
velmi nespokojen/a	1	1,43%
nespokojen/a	6	8,57%
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	8	11,43%
spokojen/a	33	47,14%
velmi spokojen/a	22	31,43%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 29 - Spokojenost se svým sexuálním životem**

Položka č. 29 zkoumá, zda jsou respondenti v posledních dvou týdnech spokojeni se svým sexuálním životem. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 29). Ze souboru 70 respondentů (100%) je spokojeno se svým sexuálním životem 49 (70%) respondentů, z nichž je velmi spokojeno 15 (21,43%) a spokojeno 34 (48,57%) respondentů. Nespokojeno se svým sexuálním životem je 5 (7,14%) respondentů, z nichž je velmi nespokojen 1 (1,43%) a nespokojeni jsou 4 (5,71%) respondenti. 16 (22,86%) respondentů odpovědělo, že není ani spokojeno, ani nespokojeno.

Z výsledků je zřejmé, že spokojena se svým sexuálním životem je více než polovina respondentů (49; 70%).

**Tab. 29. Spokojenost se svým sexuálním životem**

Sexuální život	n	%
velmi nespokojen/a	1	1,43%
nespokojen/a	4	5,71%
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	16	22,86%
spokojen/a	34	48,57%
velmi spokojen/a	15	21,43%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 30 - Spokojenost s podporou přátel**

Položka č. 30 zjišťuje, jak jsou respondenti v posledních dvou týdnech spokojeni s poskytováním podpory od svých přátel. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 30). Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) bylo zjištěno, že nespokojen s poskytováním podpory od přátel nebyl žádný respondent. Ani spokojeni, ani nespokojeni s podporou přátel jsou 4 (5,71%) respondenti. Kladně odpovědělo 66 (94,28%) respondentů, z nichž je spokojeno s poskytováním podpory od přátel 39 (55,71%) a velmi spokojeno 27 (38,57%).

Z analýzy výsledků je patrné, že ze zkoumaného vzorku je převážná část respondentů (n=66; 94,28%) spokojena s podporou, kterou dostávají od svých přátel.

**Tab. 30. Spokojenost s podporou přátel**

<b>Podpora přátel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
velmi nespokojen/a	0	0,00%
nespokojen/a	0	0,00%
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	4	5,71%
spokojen/a	39	55,71%
velmi spokojen/a	27	38,57%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 31 - Spokojenost s podmínkami v místě bydliště**

Položka č. 31 přináší informaci, zda jsou respondenti v posledních dvou týdnech spokojeni s podmínkami v místě bydliště. Z uvedených možností (viz tabulka 30) bylo zjištěno, že z celkového počtu 70 respondentů je s podmínkami v místě bydliště spokojeno 60 (85,72%) respondentů, z nichž je spokojeno 43 (61,43%) a velmi spokojeno 17 (24,29%). Ani spokojeno, ani nespokojeno s podmínkami v místě bydliště je 11,43% (26%) respondentů. Nespokojeni byli 2 (2,86%) respondenti, z nichž je velmi nespokojen 1 (1,43%) a nespokojen také 1 (1,43%) respondent.

Z tabulky 31 je zřejmé, že s podmínkami v místě bydliště je více než polovina respondentů (n=60; 85,72%) spokojena.

**Tab. 31. Spokojenost s podmínkami v místě bydliště**

<b>Podmínky v místě bydliště</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
velmi nespokojen/a	1	1,43%
nespokojen/a	1	1,43%
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	8	11,43%
spokojen/a	43	61,43%
velmi spokojen/a	17	24,29%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 32 - Spokojenost s dostupností zdravotní péče**

Položka č. 32 zkoumá, zda jsou respondenti v posledních dvou týdnech spokojeni s dostupností zdravotní péče. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 32). Ze souboru 70 respondentů (100 %) je spokojeno s dostupností zdravotní péče 66 (94,28%) respondentů, z nichž je spokojeno 40 (57,14%) a velmi spokojeno 26 (37,14%). 4 (5,71%) respondenti nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni. Nespokojen s dostupností zdravotní péče nebyl žádný respondent.

Z analyzovaných dat vyplývá, že z celkového souboru je většina respondentů (n = 66; 94,28%) spokojena s dostupností zdravotní péče.

**Tab. 32. Spokojenost s dostupností zdravotní péče**

<b>Dostupnost zdravotní péče</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
velmi nespokojen/a	0	0,00%
nespokojen/a	0	0,00%
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	4	5,71%
spokojen/a	40	57,14%
velmi spokojen/a	26	37,14%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 33 - Spokojenost s dopravou**

Položka č. 33 zjišťuje, jak jsou respondenti v posledních dvou týdnech spokojeni s dopravou. K tomuto dotazu byla stanovena Likertova hodnotící škála (viz tabulka 33). Z celkového počtu 70 respondentů (100 %) je spokojeno s dopravou 51 (72,85%) respondentů, z nichž je velmi spokojeno 12 (17,14%) a spokojeno 39 (55,71%). 14 (20,00%) respondentů není ani spokojeno, ani nespokojeno. Nespokojeno s dopravou je 5 (7,14%) respondentů.

Z výsledků je patrné, že z celkového počtu respondentů je převážná část (n = 51; 72,85%) spokojena s dopravou.

**Tab. 33. Spokojenost s dopravou**

<b>Doprava</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
velmi nespokojen/a	0	0,00%
nespokojen/a	5	7,14%
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	14	20,00%
spokojen/a	39	55,71%
velmi spokojen/a	12	17,14%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Položka č. 34 - Prožívání negativních pocitů jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese**

Položka č. 34 přináší informaci, jak často respondenti prožívají v posledních dvou týdnech negativní pocity jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese. Z uvedených možností (viz tabulka 37) bylo zjištěno, že z celkového počtu 70 respondentů 10 (14, 29%) respondentů nezažívá negativní pocity nikdy. 37 (52,86%) respondentů propadá negativním pocitům někdy. 17 (24,29%) respondentů prožívá negativní pocity středně. Celkem častou přítomnost negativních pocitů udává 6 (8,57%) respondentů a neustálé prožívání negativních pocitů nezažívá nikdo.

Z analýzy dat vyplývá, že z celkového počtu respondentů zažívá více než polovina respondentů (n = 37; 52, 86%) negativní pocity.

**Tab. 34. Prožívání negativních pocitů jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese**

<b>Prožívání negativních pocitů</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
nikdy	10	14,29%
někdy	37	52,86%
středně	17	24,29%
celkem často	6	8,57%
neustále	0	0,00%
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

### Vyhodnocení domén WHOQOL-BREF

Tabulka 35 a 36 přináší informaci o vyhodnocení jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF a dvou samostatných položek zaměřujících se na kvalitu života a spokojenost se svým zdravím. Výsledky jednotlivých domén jsou srovnány s výsledky pro populační normu, které jsou uvedené v příloze, jež je součástí bakalářské práce (příloha E).

Doména 1 (fyzické zdraví) je vypočtena ze sedmi položek (bolest, závislost na lékařské péči, dostatek energie, schopnost pohybovat se, spokojenost se spánkem, spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti a spokojenost se svým pracovním výkonem), ze kterých vychází doménový skór 15,08. Ze srovnání s populační normou (viz tabulka 28), jejíž průměrná hodnota je 15,55, vyplývá, že kvalita života respondentů se nachází v průměru.

Doména 2 (psychické zdraví) je vypočtena z šesti položek (potěšení ze života, smysl života, schopnost soustředit se, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou samým a prožívání negativních pocitů), ze kterých vychází doménový skór 15,65. Ze srovnání s populační normou, jejíž průměrná hodnota je 14,78, vyplývá, že kvalita života respondentů se nachází v mírně zvýšeném průměru.

Doména 3 (sociální vztahy) je vypočtena ze tří položek (spokojenost s osobními vztahy, spokojenost se sexuálním životem a spokojenost s podporou přátel), ze kterých vychází doménový skór 16,19. Ze srovnání s populační normou, jejíž průměrná hodnota je 14,98, vyplývá, že kvalita života respondentů se nachází v mírně zvýšeném průměru.

Doména 4 (prostředí) je vypočtena z osmi položek (pocit bezpečí, zdravé prostředí, dostatek peněz, přístup k informacím, možnost věnovat se zálibám, spokojenost s podmínkami v místě bydliště, spokojenost s dostupností zdravotní péče a spokojenost s dopravou), ze kterých vychází doménový skóre 15,35. Ze srovnání s populační normou, jejíž průměrná hodnota je 13,3, vyplývá, že kvalita života respondentů je mírně zvýšená.

Průměrný skóre kvality života u vzorku respondentů byl 3,79. V porovnání s populační normou, která činí 3,82, jde o průměrnou hodnotu.

Průměrný skóre spokojenosti se svým zdravím u vzorku respondentů byl 3,24. V porovnání s populační normou, která činí 3,68, jde o spodní hranici intervalu normy.

**Tab. 35. Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF**

Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF								Výsledek vlastního šetření	
DOMÉNY	OBLASTI	STD	Rozšířený	Interval normy			Rozšířený	Průměrný skóre domén	STD
			Mírně snížená kvalita	Spodní hranice	Průměr	Horní hranice	Mírně zvýšená kvalita		
DOM 1	Fyzické zdraví	2,55	13	14,3	15,55	16,8	18,1	15,08	2,28
DOM 2	Prožívání	2,43	12,4	13,6	14,78	16	17,2	15,65	2,59
DOM 3	Sociální vztahy	2,89	12,1	13,5	14,98	16,4	17,9	16,19	2,42
DOM 4	Prostředí	2,08	11,2	12,3	13,3	14,3	15,4	15,35	1,83

**Tab. 36. Populační normy položek celkového hodnocení**

Hodnocení položek		Populační norma				Výsledek vlastního šetření			
		STD	Průměr	Min	Max	STD	Průměr	Min	Max
Q9	Kvalita života	0,72	3,82	1	5	0,71	3,79	2	5
Q10	Spokojenost se zdravím	0,85	3,68	1	5	0,90	3,24	1	5

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, Eva; BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 88 s. ISBN: 80-85121-82-4.

### 3.6 Diskuse

Hlavním záměrem empirické části bylo zjistit kvalitu života klientů s Crohnovou nemocí. Pro splnění tohoto účelu byl použit dotazník, který se skládá ze tří následujících částí:

- úvodní část sloužící k získání osobních údajů respondentů

- standardizovaná verze dotazníku WHOQOL-BREF
- vlastní konstrukce otázek zaměřující se na změnu stravovacích návyků a případná dietní omezení

Distribuce dotazníku proběhla v soukromém Klinickém a výzkumném centru pro střevní záněty v Praze. Pro průzkumné šetření bylo vyhodnoceno celkem 70 dotazníků. Z celkového souboru bylo žen 55,71% a mužů 44,29%. Většina respondentů (67,14%) se nacházela v období remise, tzn. v bezpříznakovém období. Z tohoto rozložení pacientů lze očekávat, že v mém šetření bude dosaženo lepší kvality života v oblasti fyzického zdraví, psychického zdraví, sociálních vztahů a prostředí než by bylo dosaženo při vyšším zastoupení pacientů v období relapsu. Nejpočetnější věkovou skupinou pro můj zkoumaný vzorek jsou respondenti ve věku 15 - 24 let.

Pro zjištění kvality života u klientů s Crohnovou nemocí byla využita zkrácená standardizovaná verze dotazníku WHOQOL-BREF (viz kapitola 3.2 Metodika práce), která obsahuje 26 položek, z nichž 24 položek je sdruženo do čtyř domén - domény fyzického zdraví, psychického zdraví (prožívání), sociálních vztahů a prostředí. Zbývající dvě položky jsou vyhodnoceny samostatně a určují subjektivní hodnocení kvality života a spokojenost se zdravím respondentů. Vlastní výsledky z domén byly srovnány s intervaly populačních norem pro jednotlivé domény WHOQOL-BREF, které jsou uvedeny v kapitole 3.5 Výsledky vlastní práce (viz tabulka 35). V následujících odstavcích jsou prezentovány některé výsledky z vlastního šetření, které z průzkumného šetření vyšly kladně nebo záporně a mají vztah k pracovním hypotézám.

### **Doména 1**

Fyzické zdraví je v dotazníku určeno těmito položkami: bolest bránicí v každodenní činnosti, závislost na lékařské péči, dostatek energie, schopnost pohybovat se, spokojenost se svým spánkem, spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti a spokojenost se svým pracovním výkonem.

Doména 1 (fyzické zdraví) je vypočtena z výše uvedených sedmi položek, ze kterých vychází doménový skóre 15,08. Ze srovnání s populační normou, jejíž průměrná hodnota je 15,55, vyplývá, že kvalita života pro tento vzorek respondentů se nachází v průměru, který patří do intervalu normy.

V položce bolest bránicí respondentům provádět činnosti bylo šetřením zjištěno, že 32,86% respondentům nebrání ve vykonávání činnosti a 31,43%



respondentů odpovědělo, že je bolest omezuje při provádění činnosti trochu. 30,00% respondentů uvedlo, že je bolest omezuje středně. Pouze 5,72% respondentů odpovědělo na tento dotaz, že je omezuje ve vykonávání činnosti hodně nebo maximálně. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že bolest omezuje ve vykonávání činností více než polovinu respondentů (67,15%). Tento výsledek je pro mě překvapující, neboť rozložení mých respondentů v období remise je větší než v relapsu. Pro další průzkumné šetření by se mohl zkoumat vztah mezi bolestí a obdobím onemocnění (relaps/remise), jelikož respondenti v tomto souboru jsou převážně v remisi, a přesto udávali při vykonávání běžných činností bolest.

V další položce respondenti určovali, jak moc jsou závislí na lékařské péči, aby mohli fungovat v každodenním životě. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že lékařskou péči nepotřebuje vůbec 8,57% respondentů a potřebuje trochu 34,29% respondentů. 37,14% respondentů je na lékařské péči středně závislých. 17,14% respondentů potřebuje lékařskou péči hodně a 2,86% respondentů odpovědělo, že potřebuje lékařskou péči maximálně. Z uvedených výsledků vyplývá, že naprostá většina respondentů (91,43%) je závislá na lékařské péči. Tento výsledek jsem očekávala, neboť se jedná o respondenty s chronickým onemocněním, u kterých probíhá dispenzarizace dlouhodobě.

Položkou zjišťující u respondentů dostatek energie pro každodenní život bylo šetřením zjištěno, že 17,14% respondentů nemá dost energie, 24,29% respondentů uvedlo, že mají středně energie pro každodenní život a 47,14% respondentů odpovědělo, že většinou mají dost energie. Zbývajících 11,43% respondentů odpovědělo, že mají zcela dost energie. Z uvedených výsledků je zřejmé, že většina respondentů (n=41; 58,57%) má pro svůj každodenní život dostatek energie. Pouze 17,14% respondentů udává, že spíše nemá dost energie.

Ostatní položky zjišťovaly schopnost pohybovat se, spokojenost se svým spánkem, spokojenost se schopností provádět každodenní činnosti a spokojenost se svým pracovním výkonem. Respondenti hodnotili tyto uvedené položky kladně (viz 3.5 Výsledky vlastní práce).

### Doména 3

Sociální vztahy jsou zaznamenány v položkách, které hodnotí spokojenost s osobními vztahy, spokojenost se svým sexuálním životem a spokojenost s podporou přátel.

Doména 3 (sociální vztahy) je vypočtena z těchto tří položek, ze kterých vychází doménový skóre 16,19. Ze srovnání s populační normou, jejíž průměrná hodnota je 14,98, vyplývá, že kvalita života respondentů se nachází v mírně zvýšeném průměru.

Spokojeno se svými osobními vztahy bylo 47,14% respondentů. Velmi spokojeno se svými osobními vztahy bylo 31,43% respondentů. Pouze 1,43% respondentů uvedlo, že je se svými osobními vztahy velmi nespokojeno. Celkem nespokojenost s osobními vztahy vyjádřilo 8,57% respondentů. A zbývajících 11,43% respondentů není s osobními vztahy ani spokojeno, ani nespokojeno. Z uvedených hodnot je zřejmé, že 78,57% respondentů je se svými osobními vztahy spokojeno.

V položce spokojenost se svým sexuálním životem bylo zaznamenáno, že 1,43% respondentů je velmi nespokojeno a 5,71% respondentů vyjádřilo se svým sexuálním životem nespokojenost. 22,86% respondentů odpovědělo, že není ani spokojeno, ani nespokojeno. Spokojeno se svým sexuálním životem je 48,57% respondentů. Velice spokojeno se svým sexuálním životem je 21,43% respondentů.

Položkou zjišťující spokojenost respondentů s poskytováním podpory od svých přátel bylo zjištěno, že naprostá většina respondentů (94,28%) je spokojena. Ani spokojeno, ani nespokojeno s podporou přátel je 5,71% respondentů. Zajímavé bylo, že žádný respondent neodpověděl, že nedostává žádnou podporu od svých přátel. Myslím si, že tento fakt lze považovat za důležitý, neboť každý člověk, ať je nemocný nebo zdravý, potřebuje podporu svých blízkých.

Pro doménu 1 (fyzické zdraví) a doménu 3 (sociální vztahy) byla určena pracovní **hypotéza č. 3**, v níž předpokládám, že kvalita života respondentů bude snížena v oblasti sociálních vztahů a fyzického zdraví. Z průzkumného šetření vyplynulo, že průměrný skóre pro oblast fyzického zdraví je 15,08 a srovnáním s populační normou, která činí 15,55, je kvalita života pro tento zkoumaný vzorek v průměru (viz tabulka 35 v kapitole 3.5 Výsledky vlastní práce). Pro doménu sociálních vztahů bylo šetřením zjištěno, že průměrný skóre pro vlastní vzorek byl 16,19. Ze srovnání s populační normou, jejíž průměrná hodnota je 14,98, vyplývá, že kvalita života v oblasti sociálních

vztahů se u respondentů z vlastního průzkumu nachází v mírně zvýšeném průměru. Na základě těchto výsledků nelze **hypotézu č. 3** přijmout.

## Doména 2

Psychické zdraví (prožívání) je hodnoceno položkami zjišťujícími potěšení ze života, smysl života, schopnost soustředit se, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou samým a prožívání negativních pocitů (deprese, rozmrzelost, beznaděj, úzkost).

Doména 2 (psychické zdraví) je vypočtena z výše zmíněných šesti položek, ze kterých vychází doménový skóre 15,65. Ze srovnání s populační normou, jejíž průměrná hodnota je 14,78, vyplývá, že kvalita života respondentů se nachází v mírně zvýšeném průměru.

V této diskusi uvádím jen tři položky (přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou samým a prožívání negativních pocitů), které považuji v souvislosti s Crohnovou nemocí za zajímavé. Další položky, které patří do domény psychického zdraví, jsou podrobně uvedeny v 3.5 Výsledky vlastní práce. Výsledky z položek zjišťujících potěšení ze života, smysl života a schopnost se soustředit byly podobné a respondenti je převážně hodnotili kladně.

Položkou zkoumající přijetí tělesného vzhledu respondenty bylo zjištěno, že svůj tělesný vzhled dokázalo většinou přijmout 42,86% respondentů a 34,29% respondentů svůj tělesný vzhled zcela akceptuje. Pouze 1,43% respondentů nedokáže vůbec přijmout to, jak vypadají. 10,00% respondentů spíše neakceptuje svůj vzhled a 11,43% respondentů akceptuje svůj tělesný vzhled středně. Ze získaných výsledků vyplývá, že svůj tělesný vzhled dokáže akceptovat 77,15% respondentů, což je převážná část.

Položkou spokojenost sám/sama se sebou bylo zjištěno, že velmi nespokojen nebyl nikdo z respondentů. Nespokojenost sám/sama se sebou vyjádřilo 5,71% respondentů. Ani spokojeno, ani nespokojeno samo se sebou bylo 31,42% respondentů. Spokojenost se sebou samým vyjádřilo 48,57% respondentů a velmi spokojeno samo se sebou bylo 14,29% respondentů. Z šetření je tedy zřejmé, že většina respondentů (62,86%) je spokojena sama se sebou.

Jak často respondenti prožívají negativní pocity jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese bylo zjišťováno poslední položkou v dotazníku.

V té 14,29% respondentů uvedlo, že tyto negativní pocity nezažívají nikdy a 52,86% respondentů propadá těmto negativním pocitům někdy. 24,29% respondentů prožívá takové negativní pocity středně. Celkem často přítomnost negativních pocitů udává 8,57% respondentů a neustálé prožívání negativních pocitů nezažívá žádný respondent. Z výsledků je patrné, že většina respondentů (85,72%) prožívá tyto pocity někdy, středně nebo celkem často.

#### **Doména 4**

V této doméně je hodnoceno prostředí, a to položkami zjišťujícími pocit bezpečí v každodenním životě, zdravé prostředí v místě bydliště, dostatek peněz k uspokojování svých potřeb, přístup k informacím, možnost věnovat se svým zálibám, spokojenost s podmínkami v místě bydliště, spokojenost s dostupností zdravotní péče a spokojenost s dopravou.

Doména 4 (prostředí) je vypočtena z těchto osmi položek, ze kterých vychází doménový skóre 15,35. Ze srovnání s populační normou, jejíž průměrná hodnota je 13,3, vyplývá, že kvalita života respondentů je mírně zvýšená.

I zde uvádím vyhodnocení pouze těch položek, které považuji za významné v souvislosti s Crohnovou chorobou. Jedna z položek zjišťovala, zda mají respondenti dostatek peněz k uspokojení svých potřeb. Z průzkumného šetření vyplynulo, že 17,14% respondentů spíše nemá dost peněz a 34,29% respondentů uvedlo, že mají peněz středně. Dostatek peněz k uspokojení svých potřeb má 38,57% respondentů a 10,00% respondentů uvedlo, že na uspokojení svých potřeb má zcela dost peněz. Z analýzy dat vychází, že k uspokojení potřeb má dostatek peněz 48,57% respondentů. Pouze 17,14% respondentů uvedlo, že nemají dost peněz k uspokojení svých potřeb.

Možnost věnovat se svým zálibám nemá vůbec 1,43% respondentů. 10,00% respondentů spíše nemá možnost věnovat se zálibám. 25,71% respondentů odpovědělo, že se věnují svým zálibám středně. 40,00% respondentů uvedlo, že většinou mají možnost věnovat se svým zálibám. A možnost zcela věnovat se svým zálibám má 22,86% respondentů.

U položky dotazující se na spokojenost s dostupností zdravotní péče odpovědělo 66 (94,28%) respondentů, že je spokojeno. 5,71% respondentů není ani spokojeno, ani nespokojeno. Nespokojen s dostupností zdravotní péče nebyl žádný

respondent. Z analyzovaných dat vyplývá, že z celkového souboru je většina respondentů ( $n = 66$ ; 94,28%) spokojena s dostupností zdravotní péče.

### **Q9 - Kvalita života**

Položka vnímání kvality života byla hodnocena samostatně. Kvalitu života jako velmi špatnou nehodnotil žádný respondent. 4,29% respondentů uvedlo, že má špatnou kvalitu života. Ani špatnou, ani dobrou kvalitu života má 25,71% respondentů. Dobře svojí kvalitu života hodnotilo 57,14% respondentů. Velmi dobrou kvalitu života má 12,86% respondentů. Z vlastního šetření bylo zjištěno, že převážná většina respondentů (70%) hodnotí svojí kvalitu života jako dobrou a velmi dobrou. U této položky jsem nepředpokládala, že tolik respondentů bude svojí kvalitu života hodnotit pozitivně. Domnívám se, že tento výsledek může být ovlivněn četností respondentů v klidovém stádiu, kdy je projevy nemoci netrápí. Lze také brát v úvahu momentální zdravotní stav a psychické naladění respondentů. Do budoucna bych zrealizovala průzkum, kde by se mohlo zkoumat hodnocení kvality života u mužů a žen.

Skór kvality života u respondentů vyšel pro tuto otázku na 3,79. V porovnání s populační normou, která činí 3,82, jde o průměrnou hodnotu (viz tabulka 35 v kapitole 3.5 Výsledky vlastní práce).

### **Q10 - Spokojenost se svým zdravím**

Tato položka byla také vyhodnocena samostatně a zjišťuje spokojenost respondentů s jejich zdravím. Velmi nespokojeno je 2,86 % respondentů a nespokojeno je 18,57% respondentů. 34,29% respondentů není ani spokojeno, ani nespokojeno. 40,00% respondentů je spokojeno a 4,29% respondentů je velmi spokojeno. Z uvedených hodnot je patrné, že spokojena se svým zdravím je převážná část respondentů (44,29%). Výsledek vlastního šetření mě překvapil. Očekávala jsem, že respondenti budou své zdraví hodnotit hůře. Je možné přepokládat, že tento výsledek je ovlivněn rozložením respondentů, neboť převážná část respondentů se nachází v období remise (67,14%).

Průměrný skór spokojenosti se svým zdravím u vzorku respondentů byl 3,24. V porovnání s populační normou, která činí 3,68, jde o spodní hranici intervalu normy.

Pro průzkumné šetření nebylo snadné získat větší vzorek respondentů, a proto jsem si vědoma, že výsledky z průzkumného šetření nelze zobecňovat. Tímto tématem se v předchozích letech zabývaly ve svých závěrečných pracích Mgr. Michaela Vepřovská (2010) a Bc. Kristýna Krbálková (2011). Společným prvkem mé vlastní práce a bakalářské práce Bc. Krbálkové je využití standardizované verze generického dotazníku týkající se kvality života vydaného Světovou zdravotnickou organizací. Bc. Krbálková rozšířila tento dotazník o otázky zaměřující se na analýzu příznaků onemocnění. V porovnání výsledků standardizovaného dotazníku vlastní práce a práce Krbálkové nebyly zjištěny žádné významné rozdíly, vyjma otázky zabývající se spokojeností se svým zdravím. Z vlastního šetření vyplývá, že v mém souboru respondentů je převážná část (44,29%) spokojena se svým zdravím, a z průzkumu Krbálkové vyplývá, že převážná část respondentů (48%) je se svým zdravím nespokojena. Z obou prací plynou dva rozdílné výsledky, které bych mohla odůvodnit jiným výběrem vzorku respondentů.

Mgr. Vepřovská hodnotí též kvalitu života u pacientů s Crohnovou nemocí. Pro svoje průzkumné šetření však nepoužila standardizovaného dotazníku, ale otázek vlastní konstrukce, a navíc se zajímá o vliv chirurgické a alternativní léčby. Z důvodu jinak zaměřených otázek v dotazníku nelze výsledky vlastní práce porovnávat s výsledky práce Vepřovské.

Ve vlastním šetření bylo dále zjišťováno, zda respondenti vlivem Crohnovy nemoci změnilí své stravovací návyky. K této položce byla stanovena **hypotéza č. 1**, v níž předpokládám, že více než polovina respondentů musela změnit stravovací návyky. S odkazem na vlastní výsledek (viz níže) lze tuto hypotézu č. 1 přijmout.

Celkem 75,71% respondentů, což je převážná většina, změnilo vlivem Crohnovy nemoci své stravovací návyky. Zbývajících 24,29% respondentů své stravovací návyky nezměnilo. Podobná položka na změnu stravovacích návyků byla hodnocena v práci Krbálkové, ve které vyšly výsledky podobně (73% muselo změnit, 27% nemuselo změnit). Z vlastního šetření vyplývá, že většina respondentů (75,71%) vlivem Crohnovy nemoci změnila své stravovací návyky.

V souvislosti s touto položkou (změna stravovacích návyků) byla vymezena další položka, která zaznamenává, zda mají respondenti vlivem Crohnovy nemoci stanovenou dietu. Tato položka se vztahuje k **hypotéze č. 2**, v níž předpokládám, že

více než polovina respondentů má po stanovení dg. Crohnovy nemoci stanovenou dietu. S ohledem na výsledky vlastního šetření nelze **hypotézu č. 2** přijmout, jelikož stanovenou dietu má pouze 25,71% respondentů.

Z průzkumného šetření vyplynulo, že 74,29% respondentů nemá stanovenou dietu a zbývajících 25,71% respondentů dietu má stanovenou. Dále bylo z průzkumu zjištěno, že všech 25,71% respondentů se stanovenou dietou dodržuje své dietní omezení a všech 25,71% respondentů uvedlo, že mají stanovenou bezzbytkovou dietu. Zde jsem očekávala, že respondentů se stanovenou dietou bude více. Proto bych v příštím realizovaném výzkumu předchozí otázku ohledně změny stravování zpřesnila, abych dostala konkrétní odpovědi, jaké změny museli provést.

## 4. Závěr

V předkládané bakalářské práci na téma „Kvalita života vybraných skupin klientů s Crohnovou nemocí“ byly stanovené cíle splněny.

V teoretické části byl zpracován základní přehled o Crohnově nemoci a kvalitě života s uvedením všech použitých časopiseckých, publikačních a elektronických zdrojů v referenčním seznamu. Úvodní část teorie je zaměřena na příčinu, příznaky, průběh nemoci, diagnostiku, léčbu a komplikace Crohnovy nemoci. V další části teorie je popisována kvalita života, o které se v souvislosti s klinickou praxí často diskutuje.

Účelem empirické části bylo pomocí distribuovaného dotazníku získat data a provést primární analýzu získaných dat. Zjištěná data jsou uvedena v tabulkách v kapitole 3.5 Výsledky vlastní práce. Pro empirickou část práce byly stanoveny dva cíle a k nim se vztahující pracovní hypotézy. Hlavním záměrem v empirické části práce bylo zjistit kvalitu života respondentů s Crohnovou nemocí a vliv tohoto onemocnění na oblast fyzického zdraví, psychického zdraví, sociálních vztahů a prostředí, zejména na oblast fyzického zdraví a sociálních vztahů. Z výsledků průzkumného šetření vyplynulo, že u souboru vybraných respondentů je kvalita života v porovnání s populační normou ve všech oblastech v průměru nebo mírně zvýšená (viz 3.5 Výsledky vlastní práce). Dalším cílem bylo zmapovat stravovací návyky a případná dietní omezení. Z vlastního šetření bylo zjištěno, že převážná část (75,71%) respondentů změnila vlivem Crohnovy nemoci své stravovací návyky. Na základě tohoto výsledku byla potvrzena stanovená hypotéza. Dále z průzkumného šetření vyplynulo, že stanovenou dietu mělo pouze 25,71% respondentů, což bylo neočekávaným výsledkem, a stanovená hypotéza se nepotvrdila.

V příštím realizovaném šetření bych zohlednila vliv věku a pohlaví na kvalitu života, neboť faktor věku a pohlaví uvádí Gabalec (2007, s. 25) jako významný pro hodnocení kvality života. Vnímání nemoci je zhoršené především v adolescentním věku a u starších osob s výskytem jiného onemocnění. V dalším realizovaném výzkumu bych se zaměřila na zhodnocení kvality života u klientů s Crohnovou nemocí před a po aplikaci biologické léčby, neboť by to mohlo být velkým přínosem pro klinickou praxi.



## REFERENČNÍ SEZNAM

1. BORTLÍK, Martin. Idiopatické střevní záněty - minimum pro praxi. *Lékařské listy*, 2011, roč. 2011, č. 7-Speciál, s. 16-17.
2. CARTER, M. J. et al. *Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults*. London : BMJ Publishing Group, 2004. 16 s. ISSN 0017-5749.
3. CROHN - Co je to Crohnova Choroba a Ulcerózní choroba. *Crohn.ic.cz* [online]. ©2006, 2012 [cit. 2012-02 23]. Dostupné z: <http://www.crohn.ic.cz/>
4. ČERMÁKOVÁ, Jitka. Crohnova choroba - vyšetřovací metody a léčba. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 12, s. 26.
5. ČERVENKOVÁ, Renata; LUKÁŠ, Milan. *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. 1. Praha : Galén, 2009. 111 s. ISBN 978-80-7262-600-7.
6. DÍTĚ, Petr et al. *Farmakoterapie v gastroenterologii*. 1. vyd. Praha : Galén, 2011. 262 s. ISBN: 978-80-7262-704-2.
7. DOUDA, Tomáš. Kapslová endoskopie u IBD. *Endoskopie*, 2010, roč. 19, č. 3-4, s. 117-120.
8. DRAGOMIRECKÁ, Eva; BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2006. 88 s. ISBN: 80-85121-82-4.
9. DRASTICH, Pavel. Mimostřevní komplikace idiopatických střevních zánětů. *Lékařské listy*, 2010, roč. 59, č. 11, s. 7-9.
10. DŽUKA, Josef. *Psychologické dimenzie kvality života* [online]. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2004, 519 s. [cit. 2012-02-23]. ISBN 80-8068-282-8. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/index.htm>
11. FRIEDMAN, Sonia. General principles of medical therapy of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology clinics of North America*. Philadelphia : W.B. Saunders, c1987- , 2004, volume 33, number 2, s. 191-208. ISSN 0889-8553.
12. GABALEC, Libor. Quality of life in patients with Crohn's disease. *Folia gastroenterologica et hepatologica*, 2007, roč. 5, č. 2, s. 17-29.
13. GABALEC, Libor. Crohnova nemoc – klasifikace, diagnostika, léčba a kvalita života. *Interní medicína pro praxi*, 2009, roč. 11, č. 1, s. 16-20.

14. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
15. HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. PAYNE, Jan et al. *Kvalita života a zdraví*. 1.vydání. Praha: Triton, 2005, s. 205-215. ISBN 80-7254-657-0.
16. HNILICOVÁ, Helena; BENCKO, Vladimír. Kvalita života - vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2005, roč. 85, č. 11, s. 656-660. ISSN 0032-6739.
17. JIRÁSEK, Václav. Gastroenterologie: Primární nespecifické střevní záněty: Crohnova nemoc. KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2006, s. 600-603. ISBN 80-7262-430-X.
18. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vydání 1. Praha: Academia, 2005, 263 s. Kap. 2, Kvalita života. s. 57-61. ISBN 80-200-1307-5.
19. KOHOUT, Pavel et al. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha : MAXDORF, 2004. 174 s. ISBN 80-7345-023-2.
20. KOHOUT, Pavel; PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Crohnova choroba, ulcerózní kolitida*. 1. Praha : Forsapi, 2006. 80 s. ISBN 80-903820-0-2.
21. KOLLEROVÁ, Edita. Crohnova nemoc. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines Praha, 2003-2004, 2003, roč. 13, č. 4, s. 35-36. ISSN 1210-0404.
22. KORZENIK, Joshua; KRISHNAN, Aruna. Inflammatory bowel disease and environmental influences. *Gastroenterology clinics of North America*. 2002, volume 31, number 1, s. 21-39. ISSN 0889-8553.
23. KRBÁLKOVÁ, Kristýna. *Kvalita života pacientů s Crohnovou chorobou*. Brno, 2011. 96 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D.
24. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vydání 1. Praha : Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
25. LUKÁŠ, Karel. *Idiopatické střevní záněty: minimum pro praxi*. Vydání 1. Praha: TRITON, 2001. Levou zadní, sv. 65. ISBN 80-7254-173-0.
26. LUKÁŠ, Karel et al. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Vydání 1. Praha : Grada Publishing, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0.

27. LUKÁŠ, Karel; JIRÁSEK, Václav. Gastroenterologie: Idiopatické střevní záněty. KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2011, s. 614-619. ISBN 978-80-7262-705-9.
28. LUKÁŠ, Karel; ŠATROVÁ, Jiřina. *Dieta při ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci*. Vydání 1. Praha : TRITON, 2004. 87 s. ISBN 80-7254-473-X.
29. LUKÁŠ, Milan. Perspektivy biologické léčby u Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. *Lékařské listy*, 2008, roč. 57, č. 2, s. 3-5.
30. LUKÁŠ, Milan. Farmakoterapie idiopatických střevních zánětů. *Praktické lékařství*, 2009, roč. 5, č. 4, s. 164-167.
31. MAREŠ, Jiří et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006, 228 s. ISBN 80-86633-65-9.
32. MAŘATKA, Zdeněk et al. *Gastroenterologie*. Praha: Karolinum, 1999. 490 s. ISBN 80-7184-561-2.
33. MEISNEROVÁ, Eva. Nutriční podpora u střevních zánětů. *Interní medicína pro praxi*, 2011, roč. 13, č. 1, s. 35-37.
34. ŘEHULKOVÁ, Oliva et al. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.
35. SLOVÁČEK, Ladislav et al. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, č. 1, s. 6-9.
36. *Střevní-Záněty.cz* [online]. Praha: MeDitorial, c2012, 20. 2. 2012 [cit. 2012-02-20]. Dostupné z: <http://www.strevni-zanety.cz/crohnova-nemoc>
37. ŠVEHLÍKOVÁ, Linda; HERETIK, Anton. Kvalita života - o čom to hovoríme?. *Psychiatria - psychoterapia - psychosomatika*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2007-, 2008, roč. 15, č. 3, s. 194-198. ISSN 1335-423X.
38. TÓTH, Jozef. Crohnova choroba. *Revue medicíny v praxi*. Bratislava: Mauro, 2003-, 2005, roč. 3, č. 1, 16 a 22. ISSN 1336-202X.
39. VAĎUROVÁ, Helena; MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
40. VEPŘOVSKÁ, Michaela. *Kvalita života klientů s klinickou diagnózou Crohnova choroba*. 95 s. Dostupné z: <http://theses.cz/id/34pn8g/83663-385507448.pdf>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta

zdravotních věd, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Doc. MUDr. Ivan Gregar, CSc.

41. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. 7. přeprac. vyd. Praha: MAXDORF, 2004, 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
42. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
43. WHO. *WHOQOL Measuring duality of life* [online] [cit 2012-02-23]. Dostupné z: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/68.pdf)
44. ZBOŘIL, Vladimír. *Imunosupresiva v léčbě idiopatických střevních zánětů*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 128 s. ISBN 978-80-247-1563-6.
45. ZBOŘIL, Vladimír; PROKOPOVÁ, Lucie. Nemoci tlustého střeva: Idiopatické střevní záněty - Crohnova choroba. LATA, Jan et al. *Gastroenterologie*. První vydání. Praha: Galén, 2010, s. 99-102. ISBN 978-80-7262-692-2.

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

- Obr. 1. Pohlaví respondentů**
- Obr. 2. Věk respondentů**
- Obr. 3. Zaměstnanost v současné době**
- Obr. 4. Doba trvání nemoci**
- Obr. 5. Stadium nemoci**
- Obr. 6. Změna stravovacích návyků**
- Obr. 7. Stanovená dieta**
- Obr. 8. Dodržování stanovené diety**
- Obr. 9. Hodnocení kvality života**
- Obr. 10. Spokojenost se svým zdravím**
- Obr. 11. Bolest bránic v činnosti**
- Obr. 12. Závislost na lékařské péči**
- Obr. 13. Potěšení ze života**
- Obr. 14. Smysl života**
- Obr. 15. Schopnost soustředit se**
- Obr. 16. Pocit bezpečí v každodenním životě**
- Obr. 17. Zdravé prostředí v místě bydliště**
- Obr. 18. Dostatek energie pro každodenní život**
- Obr. 19. Přijetí tělesného vzhledu**
- Obr. 20. Dostatek peněz k uspokojení svých potřeb**
- Obr. 21. Přístup k informacím potřebných pro každodenní život**
- Obr. 22. Možnost věnovat se svým zálibám**
- Obr. 23. Schopnost pohybovat se**
- Obr. 24. Spokojenost se svým spánkem**
- Obr. 25. Spokojenost s prováděním každodenních činností**
- Obr. 26. Spokojenost s pracovním životem**
- Obr. 27. Spokojenost sám/sama se sebou**
- Obr. 28. Spokojenost se svými osobními vztahy**
- Obr. 29. Spokojenost se svým sexuálním životem**
- Obr. 30. Spokojenost s podporou přátel**
- Obr. 31. Spokojenost s podmínkami v místě bydliště**
- Obr. 32. Spokojenost s dostupností zdravotní péče**
- Obr. 33. Spokojenost s dopravou**

**Obr. 34. Prožívání negativních pocitů jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese**

## **SEZNAM TABULEK**

- Tab. 1. Pohlaví respondentů**
- Tab. 2. Věk respondentů**
- Tab. 3. Zaměstnanost respondentů v současné době**
- Tab. 4. Doba trvání nemoci**
- Tab. 5. Nynější stadium nemoci**
- Tab. 6. Změna stravovacích návyků**
- Tab. 7. Stanovená dieta**
- Tab. 8. Dodržování stanovené diety**
- Tab. 9. Hodnocení kvality života**
- Tab. 10. Spokojenost se svým zdravím**
- Tab. 11. Bolest bránic v činnosti**
- Tab. 12. Závislost na lékařské péči**
- Tab. 13. Potěšení ze života**
- Tab. 14. Smysl života**
- Tab. 15. Schopnost soustředit se**
- Tab. 16. Pocit bezpečí v každodenním životě**
- Tab. 17. Zdravé prostředí v místě bydliště**
- Tab. 18. Dostatek energie pro každodenní život**
- Tab. 19. Přijetí tělesného vzhledu**
- Tab. 20. Dostatek peněz k uspokojení svých potřeb**
- Tab. 21. Přístup k informacím potřebných pro každodenní život**
- Tab. 22. Možnost věnovat se svým zálibám**
- Tab. 23. Schopnost pohybovat se**
- Tab. 24. Spokojenost se svým spánkem**
- Tab. 25. Spokojenost s prováděním každodenních činností**
- Tab. 26. Spokojenost se svým pracovním výkonem**
- Tab. 27. Spokojenost sám/sama se sebou**
- Tab. 28. Spokojenost se svými osobními vztahy**
- Tab. 29. Spokojenost se svým sexuálním životem**
- Tab. 30. Spokojenost s podporou přátel**
- Tab. 31. Spokojenost s podmínkami v místě bydliště**
- Tab. 32. Spokojenost s dostupností zdravotní péče**
- Tab. 33. Spokojenost s dopravou**

**Tab. 34. Prožívání negativních pocitů jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese**

**Tab. 35. Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF**

**Tab. 36. Populační normy položek celkového hodnocení**



## **PŘÍLOHY**

**Příloha A: Dotazník (text)**

**Příloha B: Žádost a souhlas s dotazníkovým šetřením (text)**

**Příloha C: Objednávkový formulář české verze dotazníku WHOQOL (text)**

**Příloha D: Grafické znázornění (obrázky)**

**Příloha E: Tabulky pro vyhodnocení domén WHOQOL-BREF a položek Q9+Q10**

**Příloha A: Dotazník (text)**

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Ivana Hejlová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství, 2. lékařské fakulty, Univerzity Karlovy v Praze. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Kvalita života u vybraných skupin klientů s Crohnovou nemocí“.

Dotazník je anonymní a získané informace budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně 15 - 20 minut. U každé otázky, prosím, zaškrtněte jednu odpověď, která nejlépe vyjadřuje Váš názor, pokud nebude uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

---

---

1. Jakého jste pohlaví?

muž                       žena

2. Kolik je Vám let?

15 - 24                       25 - 34                       35 - 44                       45 - 54  
 55 - 64                       65 a více

3. Jste v současné době zaměstnán/a?

ano                       ne

4. Jak dlouho trpíte Crohnovou nemocí?

méně než 1 rok               1 – 4 roky                       5 – 9 roků                       10 – 14 roků  
 15 – 19 roků                       20 a více roků

5. V jakém věku Vám byla zjištěna Crohnova nemoc? (Prosím, uveďte)

.....

6. V jaké fázi je Vaše onemocnění nyní?

remise – vymizení příznaků a projevů nemoci  
 relaps – opětovné objevení příznaků

7. Změnil/a jste vlivem Crohnovy choroby stravovací návyky?

ano  spíše ano  spíše ne  ne

8. Máte s ohledem na Crohnovu nemoc stanovenou dietu?

ano  ne

- Pokud jste odpověděl/a ano, dodržujete dietní opatření?

ano  spíše ano  spíše ne  ne

- Jaké dietní opatření momentálně dodržujete? (Prosím, uveďte)

.....

**Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.**

9. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

10. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
11. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
12. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
13. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
14. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
15. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
16. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
17. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
18. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
19. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
20. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
21. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
22. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
23. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
24. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
26. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
27. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
28. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
29. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
30. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
31. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
32. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
33. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
34. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

**Příloha B: Žádost a souhlas s dotazníkovým šetřením (text)**

Ivana Hejlová  
Souvratní 987/7  
141 00 Praha 4  
Tel.: +420 602 394 729  
e-mail: ivana.hejlova@securemail.cz

Prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.  
Klinické centrum Iscare Lighthouse  
Jankovcova 1569/2c  
170 04 Praha 7

**Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření**

Vážený pane profesore,

Obracím se na Vás se žádostí o povolení dotazníkového šetření u klientů s Crohnovou nemocí v Klinickém a výzkumném centru pro střevní záněty, ISCARE Lighthouse.

Šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku, který bude sloužit jako podklad k mé bakalářské práci na téma: Kvalita života u vybraných skupin klientů s Crohnovou nemocí.

K žádosti přikládám uvedený dotazník.

Předem děkuji za kladné vyřízení.

Ivana Hejlová  
studentka bakalářského studia  
Univerzita Karlova v Praze  
2. lékařská fakulta

*Hejlová*

Vyjádření:



V Praze dne *16. 11. 2011*

## Příloha C: Objednávkový formulář české verze dotazníku WHOQOL (text)

Zašlete na adresu: PhDr. Eva Dragomířská, Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 91, 181 03 Praha 8-Bohnice • fax: 266 003 143 • e-mail: dragomirecka@pccp.f3.cuni.cz

### OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU WHOQOL

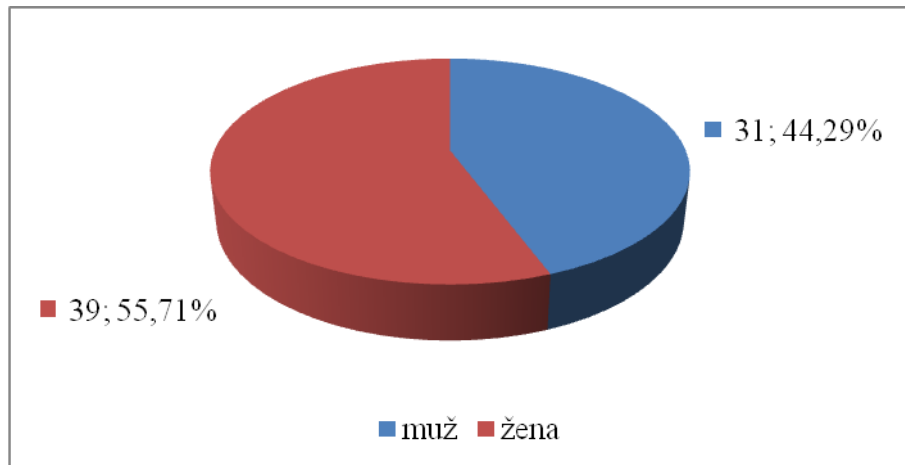
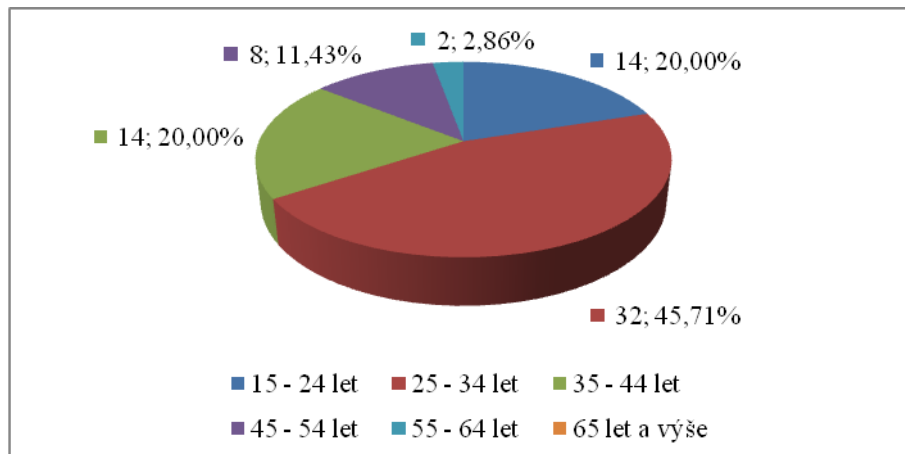
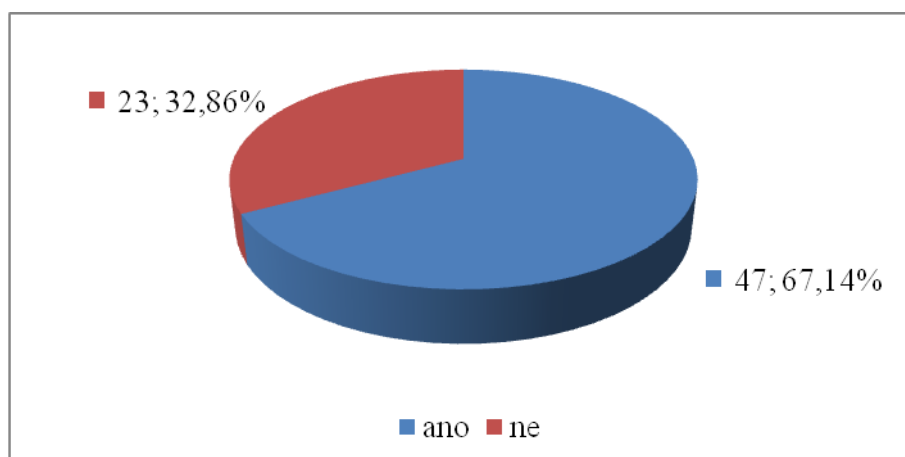
Jméno a příjmení <b>IVANA HOJLOVÁ</b>		Organizace /	
Adresa <b>SOUVRAVNÍ 987/4 PEAHA 4, 141 00</b>		Telefon <b>602 394 429</b>	
E-mail <b>ivana.hojlova@securemail.cz</b>		Fax /	
URL adresa			

Název projektu <b>BAKALÁŘSKÁ PRÁCE</b>		
Charakteristika souboru <b>KLIENTI S CROHNOVOU NEMOCÍ</b>	Předpokládaná velikost souboru <b>40-80</b>	Předpokládané datum dokončení <b>BŘEZEN 2012</b>
Stručný popis projektu <b>DOTAZNÍKOVÉ VĚTĚNÍ BUDE PLOUVEDENO ZA ÚČELEM ZJISTIT KVALITU ŽIVOTA V VYBRANÝCH SKUPIN KLIENTŮ S CROHNOVOU NEMOCÍ.</b>		

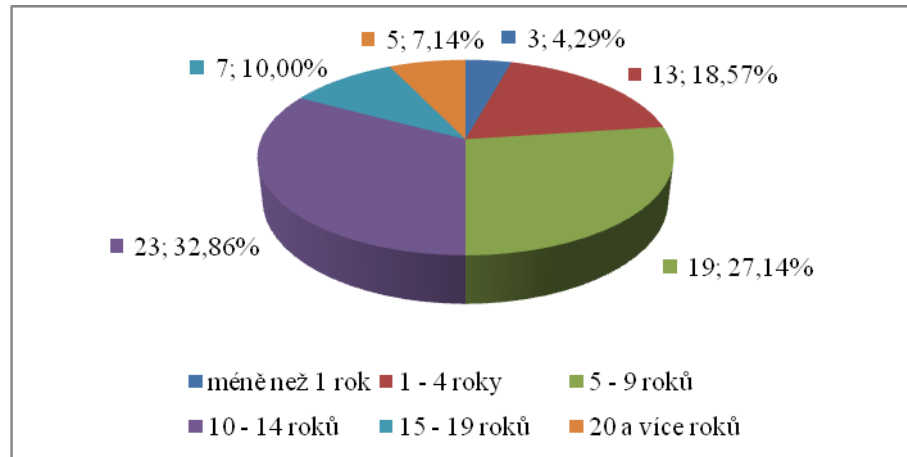
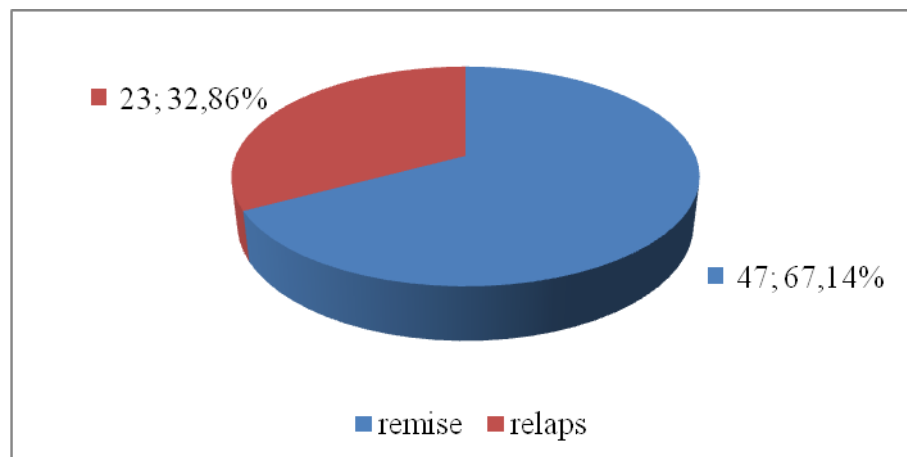
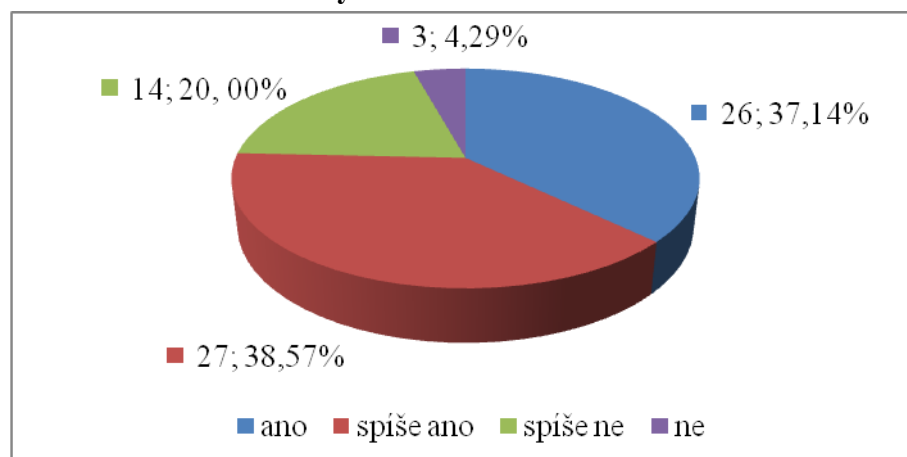
Objednávám  WHOQOL-BREF  WHOQOL-100

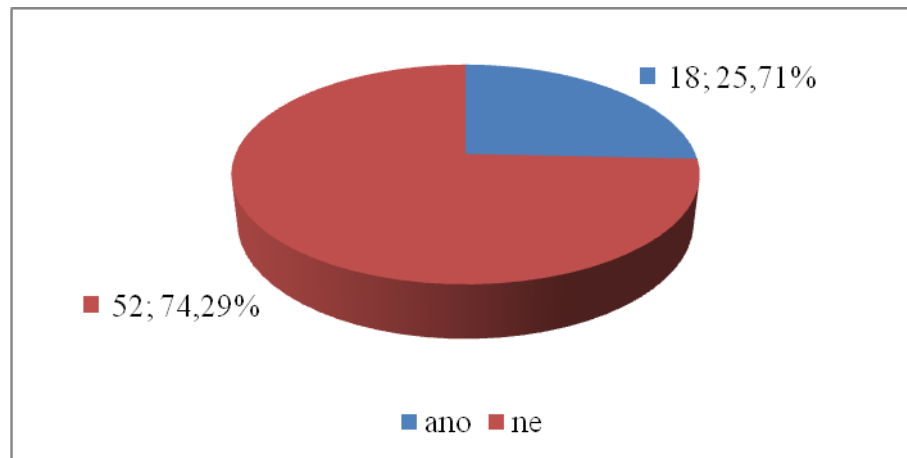
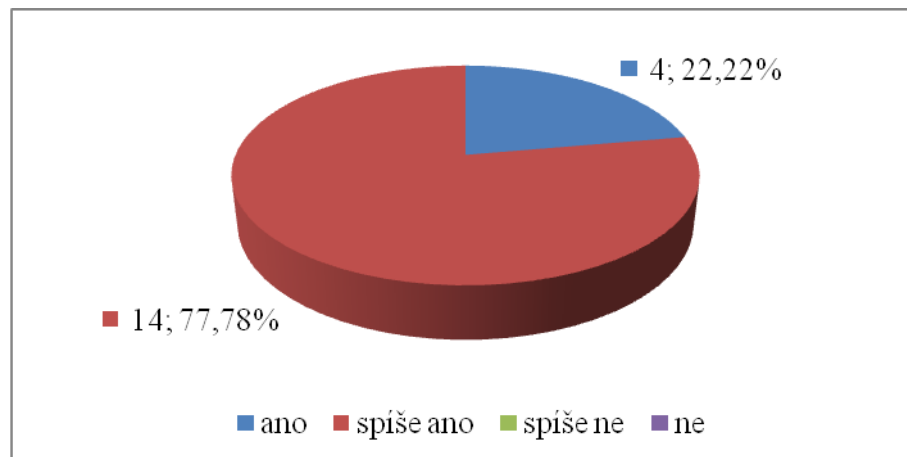
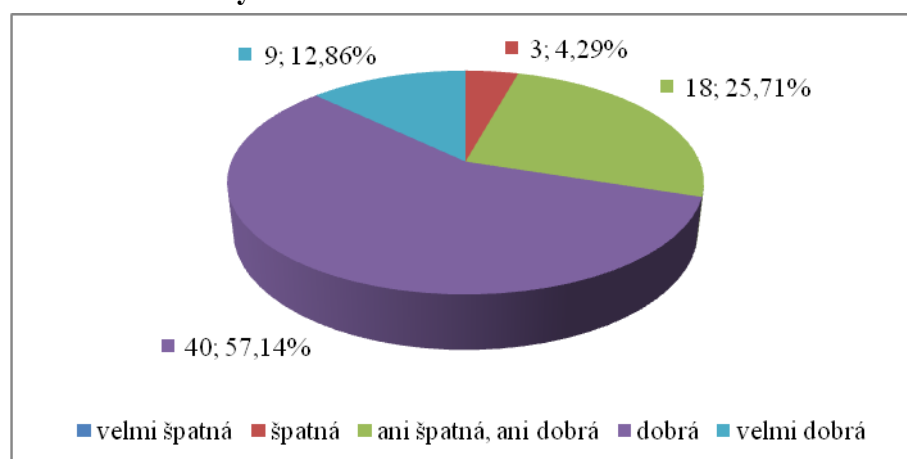
Zavazuji se k respektování autorských práv uvedených v Příručce pro uživatele.

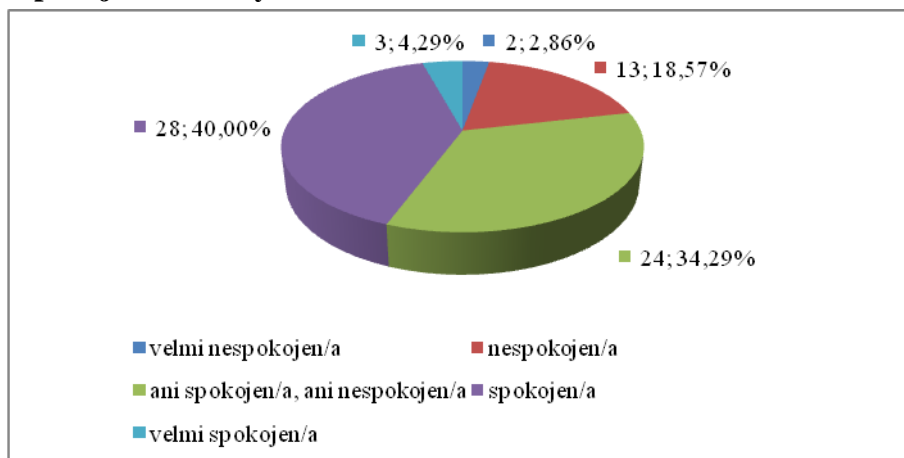
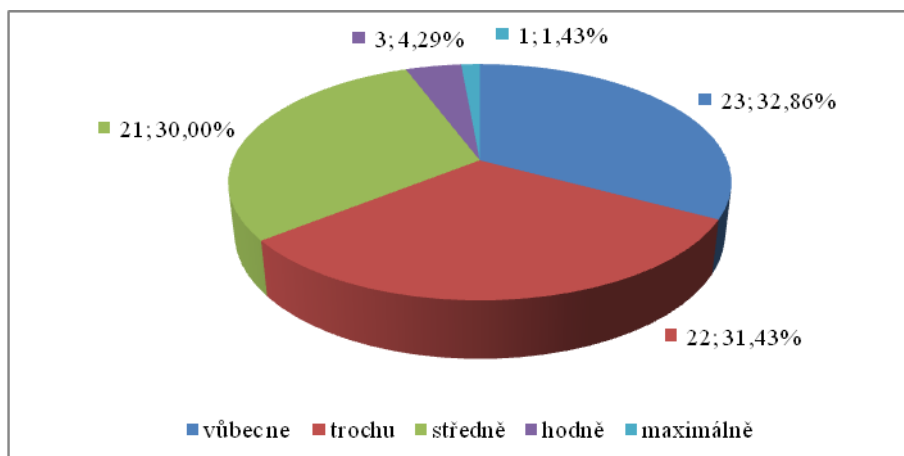
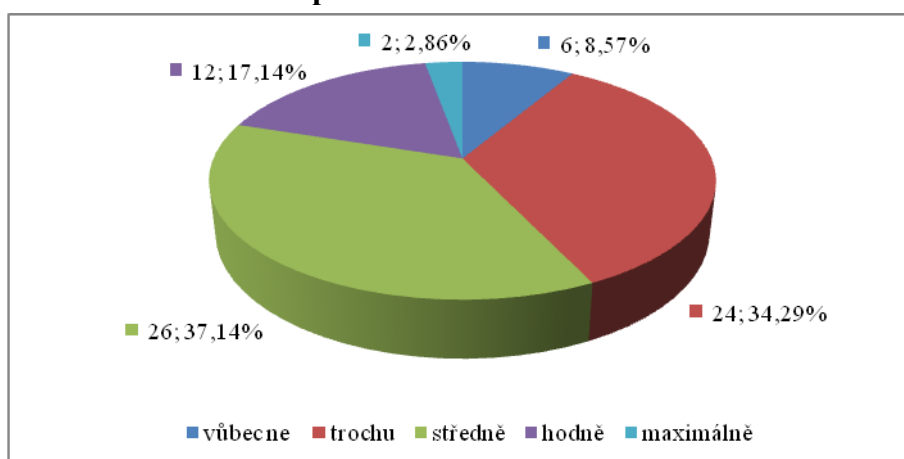
Dne **3. 11. 2011** Podpis **Hejlová**

**Příloha D - Grafické znázornění (obrázky)****Obr. 1. Pohlaví respondentů****Obr. 2. Věk respondentů****Obr. 3. Zaměstnanost v současné době**

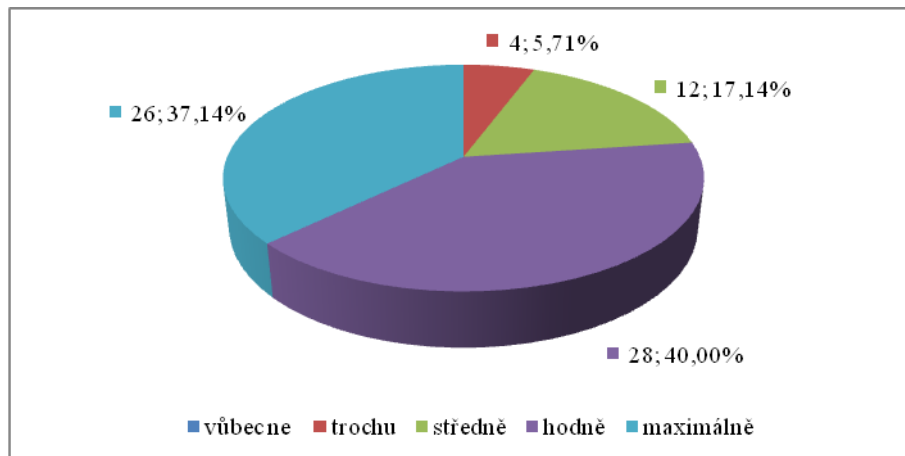


**Obr. 4. Doba trvání nemoci****Obr. 5. Stadium nemoci****Obr. 6. Změna stravovacích návyků**

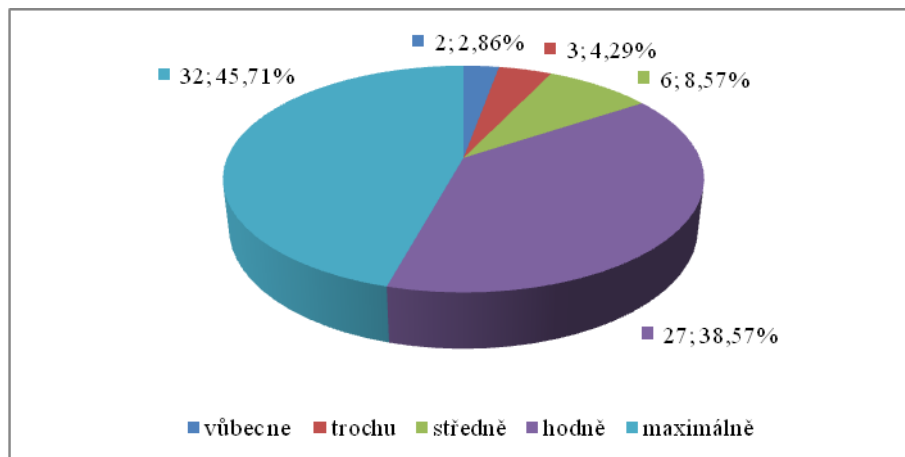
**Obr. 7. Stanovená dieta****Obr. 8. Dodržování stanovené diety****Obr. 9. Hodnocení kvality života**

**Obr. 10. Spokojenost se svým zdravím****Obr. 11. Bolest bránicí v činnosti****Obr. 12. Závislost na lékařské péči**

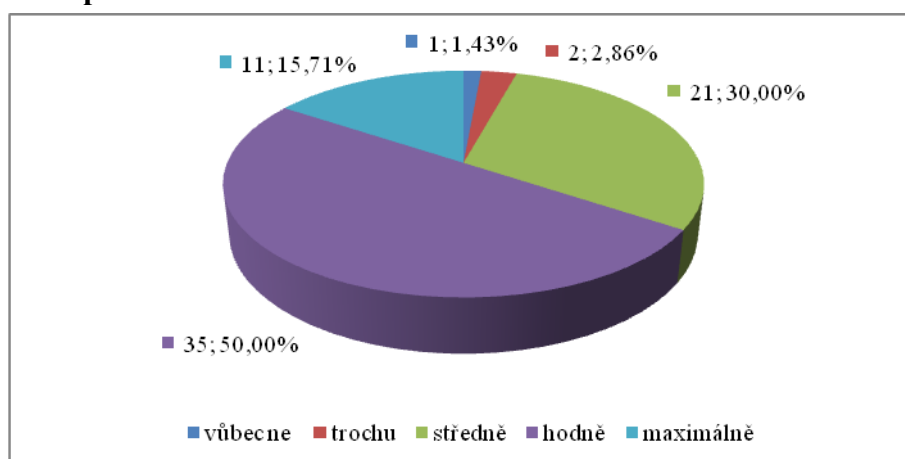
Obr. 13. Potěšení ze života



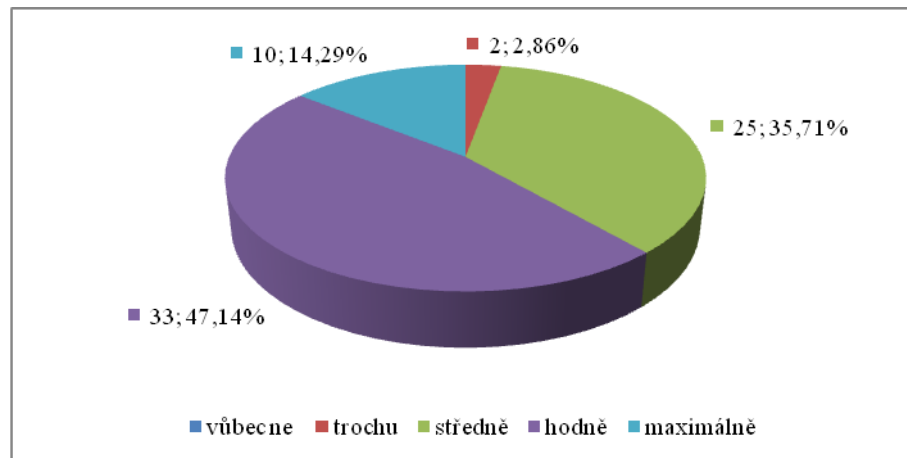
Obr. 14. Smysl života



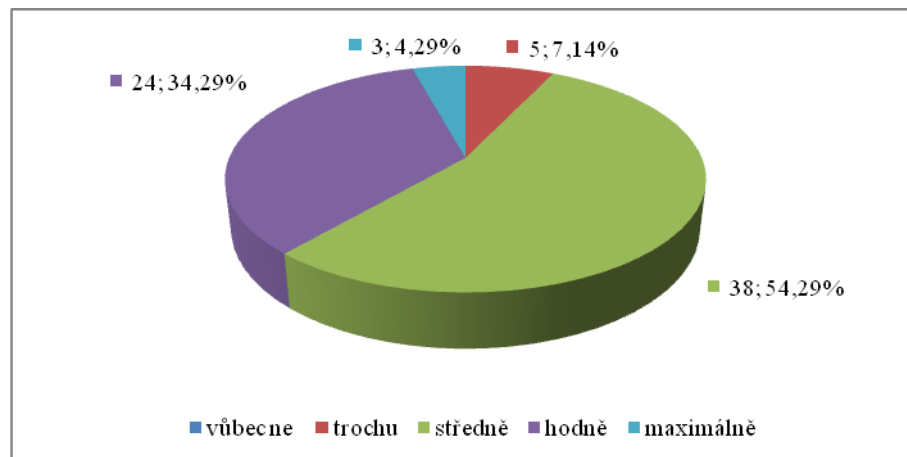
Obr. 15. Schopnost soustředit se



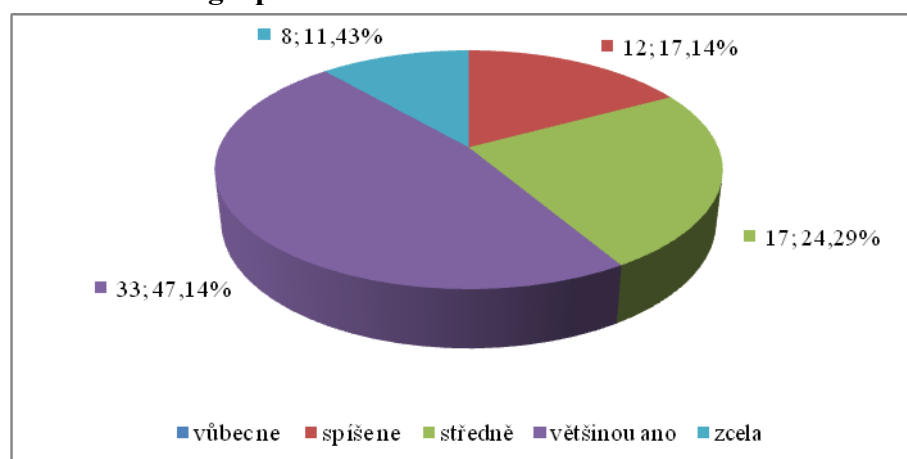
Obr. 16. Pocit bezpečí v každodenním životě

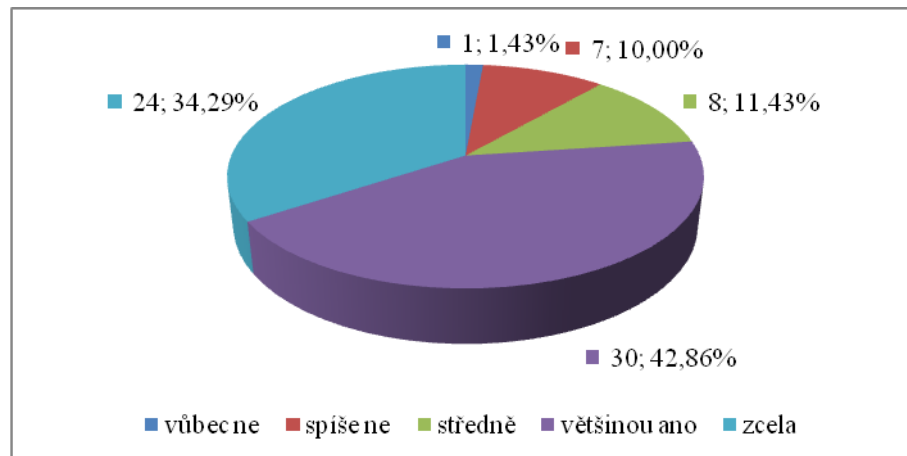
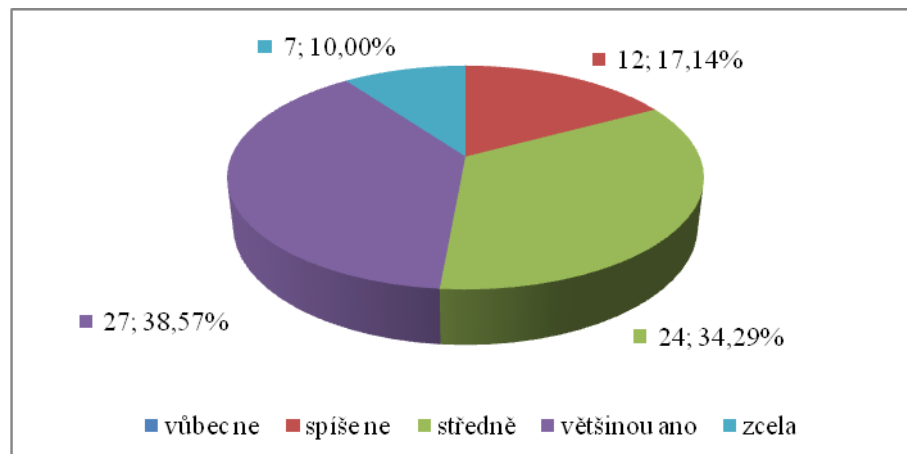
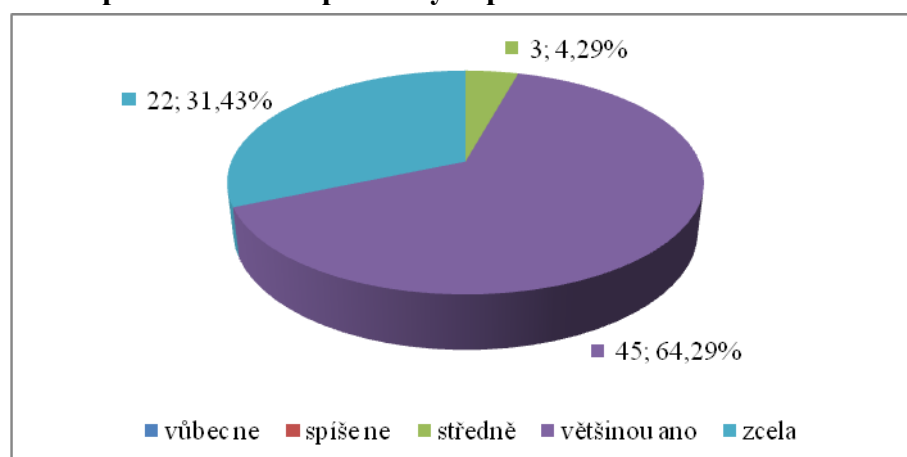


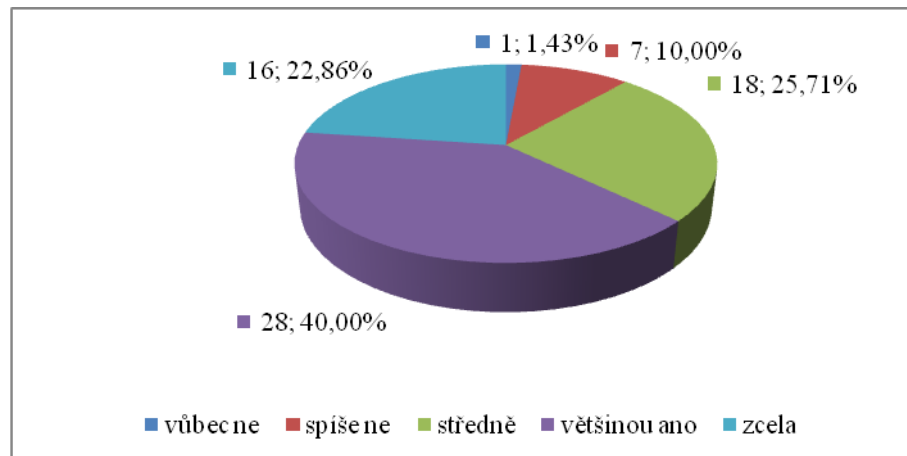
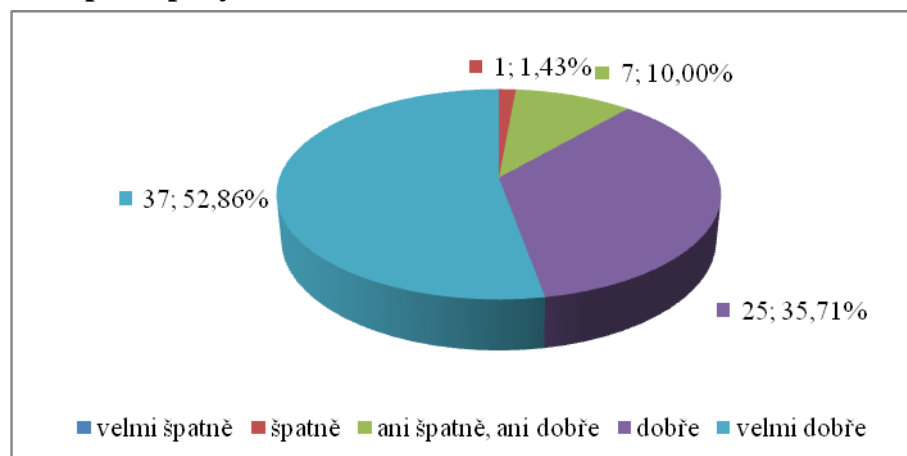
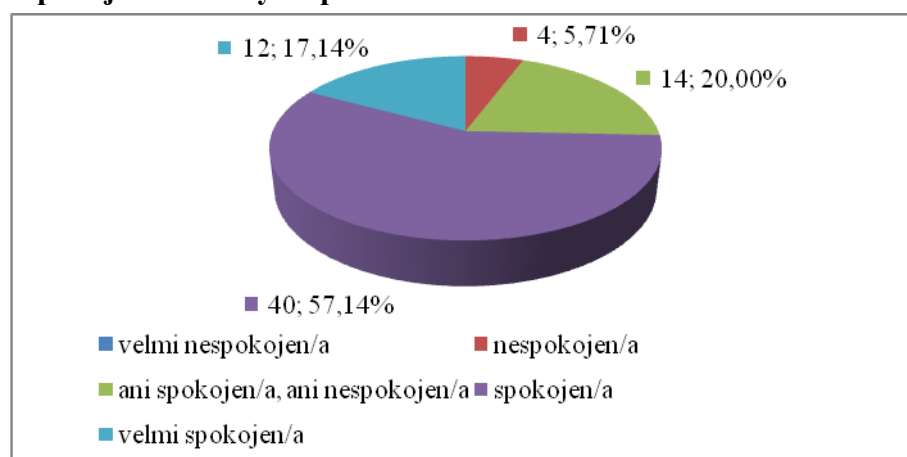
Obr. 17. Zdravé prostředí v místě bydliště

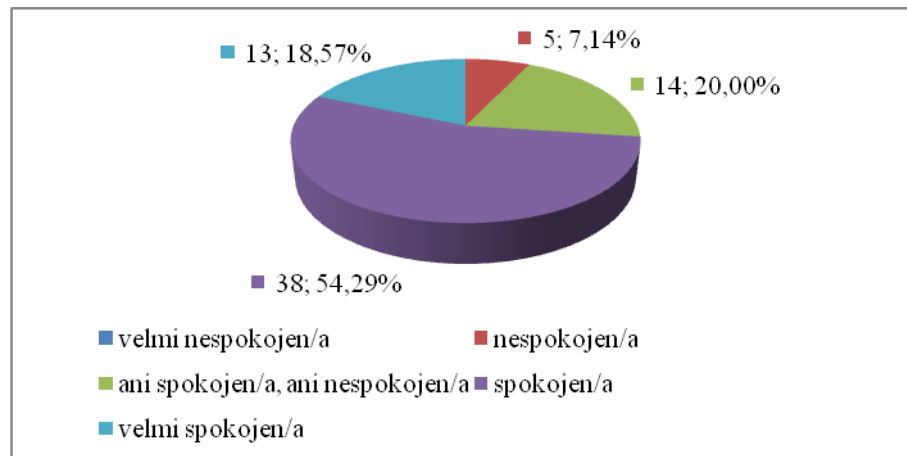
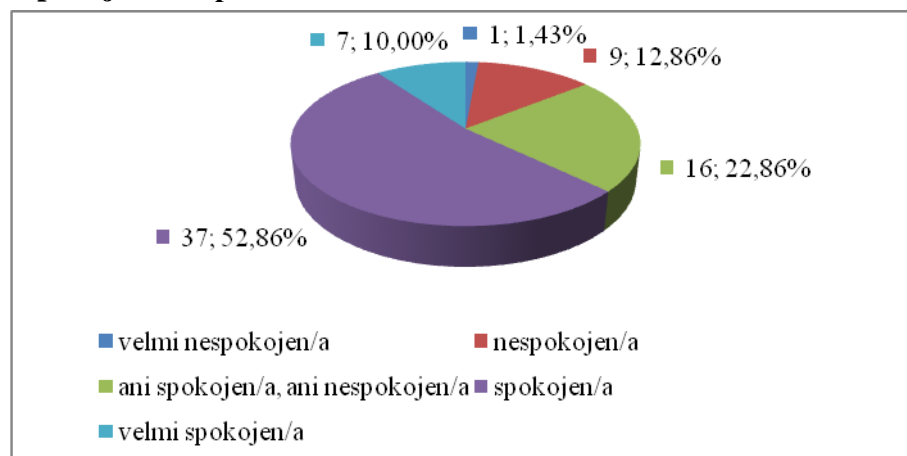
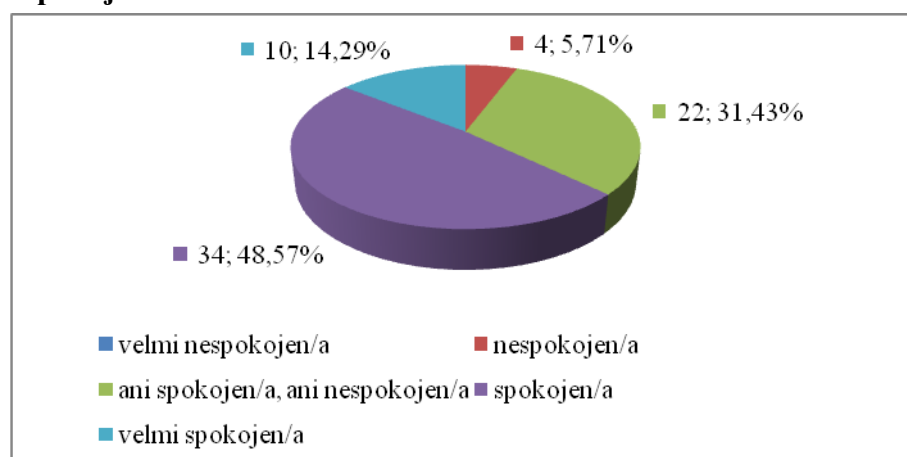


Obr. 18. Dostatek energie pro každodenní život

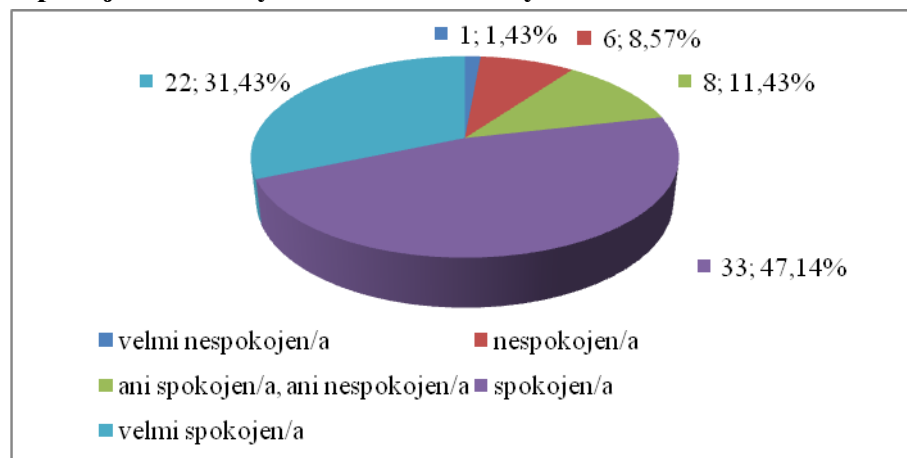
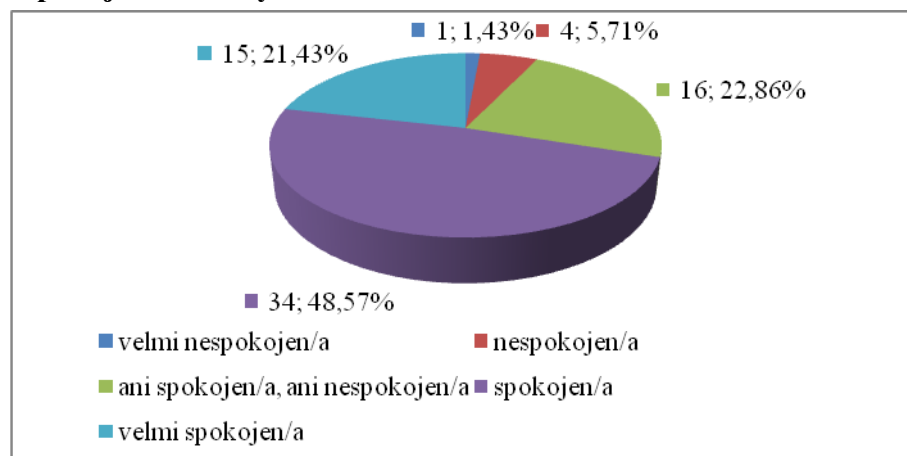
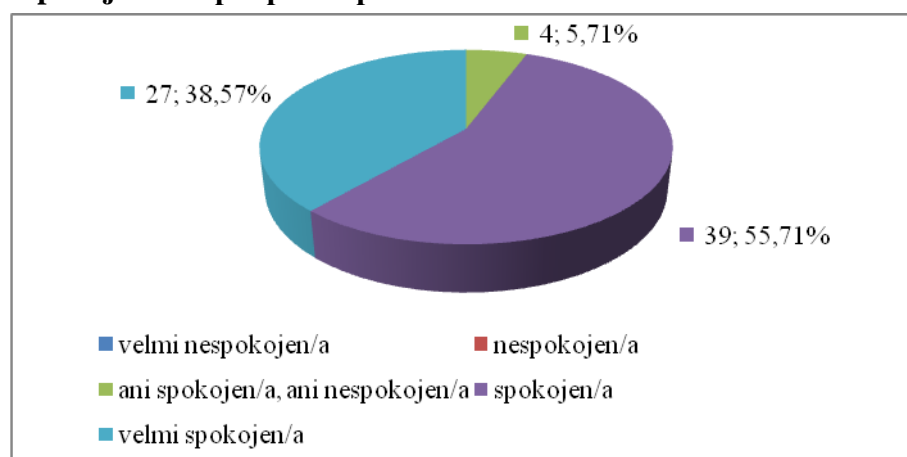


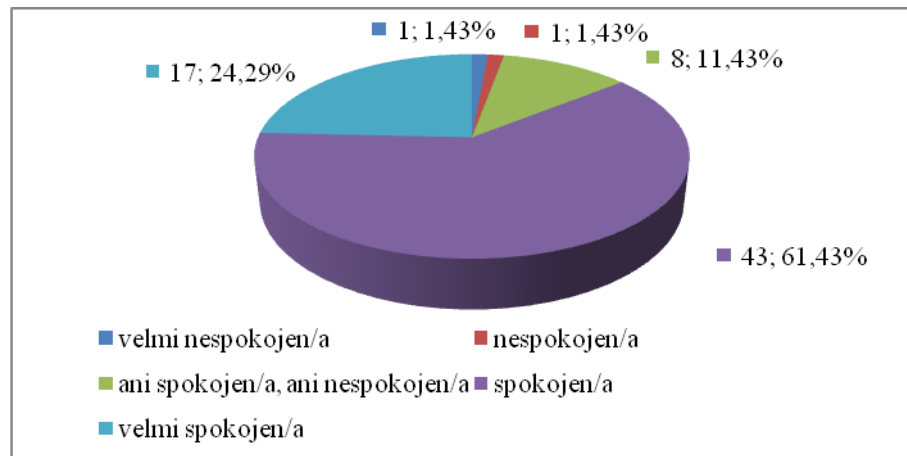
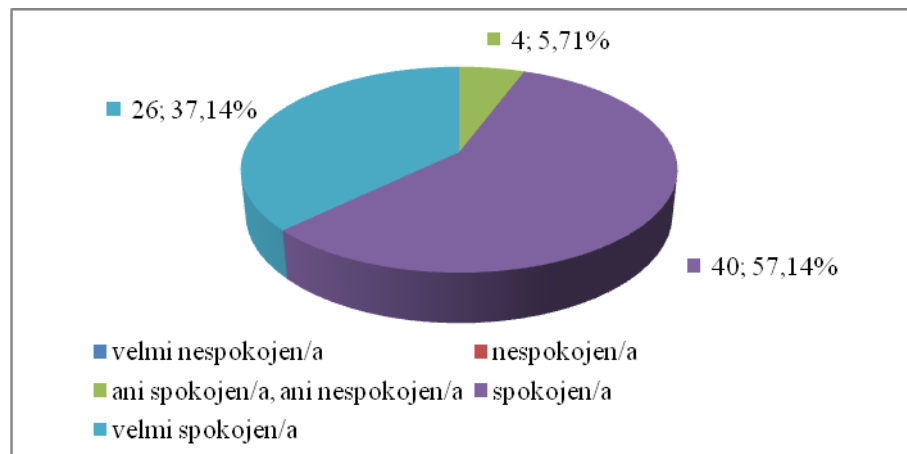
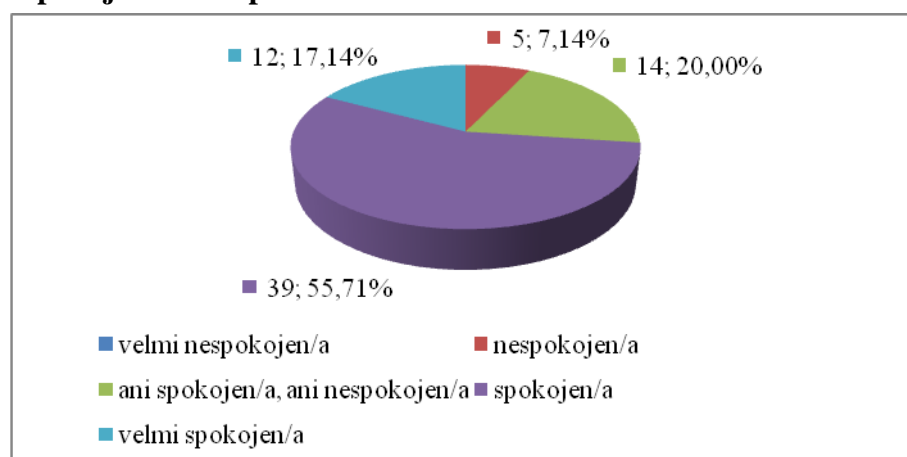
**Obr. 19. Přijetí tělesného vzhledu****Obr. 20. Dostatek peněz k uspokojení svých potřeb****Obr. 21. Přístup k informacím potřebným pro každodenní život**

**Obr. 22. Možnost věnovat se svým zálibám****Obr. 23. Schopnost pohybovat se****Obr. 24. Spokojenost se svým spánkem**

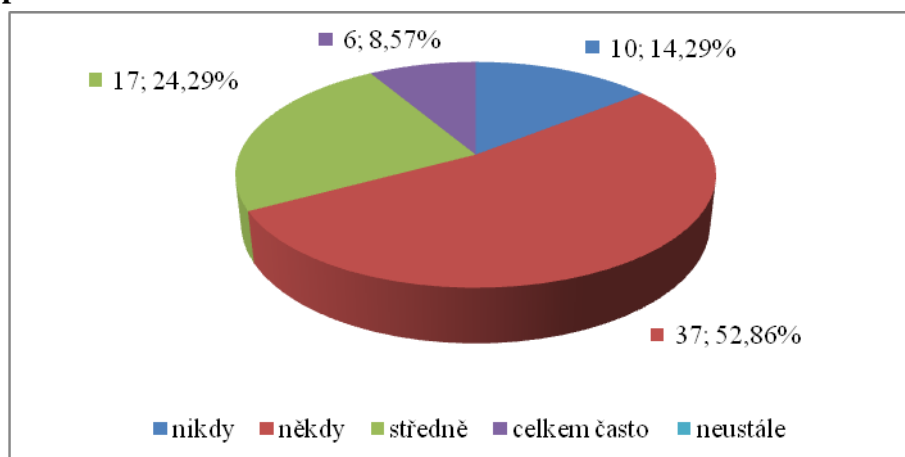
**Obr. 25. Spokojenost s prováděním každodenních činností****Obr. 26. Spokojenost s pracovním životem****Obr. 27. Spokojenost sám/sama se sebou**



**Obr. 28. Spokojenost se svými osobními vztahy****Obr. 29. Spokojenost se svým sexuálním životem****Obr. 30. Spokojenost s podporou přátel**

**Obr. 31. Spokojenost s podmínkami v místě bydliště****Obr. 32. Spokojenost s dostupností zdravotní péče****Obr. 33. Spokojenost s dopravou**

**Obr. 34. Prožívání negativních pocitů jako např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese**



**Příloha E: Vyhodnocení domén WHOQOL- BREF a položek Q1+Q2 (obrázek)**

## WHOQOL

Tabulka 26 Populační normy domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení

domény	N	průměr	STD	min.	max.
dom1 fyzické zdraví	308	15,55	2,55	5,14	20,00
dom2 duševní zdraví	308	14,78	2,43	6,67	20,00
dom3 sociální vztahy	308	14,98	2,89	4,00	20,00
dom4 životní podmínky	308	13,30	2,08	6,00	18,50
Q1 kvalita života	310	3,82	0,72	1,00	5,00
Q2 spokojenost se zdravím	310	3,68	0,85	1,00	5,00

Poznámka: Rozpětí škály u domén je 4–20, u jednotlivých otázek (Q1 a Q2) je 1–5; přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (pouze u domén).  
STD = standardní odchylka

Tabulka 27 Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF

	rozšířený		interval normy			rozšířený
	STD	mírně snížená kvalita	spodní hranice	průměr	horní hranice	mírně zvýšená kvalita
dom1	2,5	13,0	14,3	15,6	16,8	18,1
dom2	2,4	12,4	13,6	14,8	16,0	17,2
dom3	2,9	12,1	13,5	15,0	16,4	17,9
dom4	2,1	11,2	12,3	13,3	14,3	15,4

Poznámka: Rozpětí škály u domén je 4–20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života.  
STD = standardní odchylka

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, Eva; BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 88 s. ISBN: 80-85121-82-4.