

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Kamila Mlčochová

Kvalita života seniorů v počáteční fázi demence

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

Olomouc 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. 6. 2017

Mlčochová Kamila

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce a rady při jejím zpracování. Dále děkuji Mgr. Janě Zapletalové, Dr. za pomoc při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření.

Prohlášení o dedikaci k projektu

Diplomová práce byla finančně podpořena v rámci Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2017. Je dedikována projektu IGA_FZV_2017_002 (Důstojnost z perspektivy seniorské populace).

Spoluřešitelka projektu Bc. Kamila Mlčochová se v rámci řešení projektu podílela na distribuci dotazníků a na dílčí přípravě podkladů pro zpracování dat.

Výše uvedené skutečnosti o vymezení rozsahu činnosti Bc. Kamily Mlčochové budou doloženy v *Závěrečné zprávě o řešení projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci* (2018).

V Olomouci, 26. 6. 2017

doc. PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

řešitelka projektu

prof. MUDr. David Školoudík, Ph.D., FESO

spoluřešitel projektu

Mgr. Eva Joanovič

spoluřešitelka projektu

Mgr. Renáta Váverková

spoluřešitelka projektu

Mgr. Veronika Šnyrychová

spoluřešitelka projektu

Bc. Lucie Fišerová

spoluřešitelka projektu

Bc. Kamila Mlčochová

spoluřešitelka projektu

Bc. Veronika Koničková

spoluřešitelka projektu

Bc. Jana Kubištová

spoluřešitelka projektu

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Kvalita života seniorů

Název práce: Kvalita života seniorů v počáteční fázi demence

Název práce v AJ: Quality of life in seniors with early stage dementia

Datum zadání: 2016-01-26

Datum odevzdání: 2017-06-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Mlčochová Kamila

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zaměřuje na zjištění, jak hodnotí kvalitu svého života senioři v počáteční fázi demence. Byly použity české verze standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a PDI. Jednotlivé cíle zjišťovaly, zda existuje závislost mezi hodnocením kvality života seniorů v počáteční fázi demence a jejich věkem, pohlavím a hodnocením důstojnosti. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 180 seniorů, kteří byli osloveni prostřednictvím praktických lékařů pro dospělé v Moravskotřebovském regionu (Pardubický kraj) v osmi ambulancích. Výsledky ukázaly, že v dotazníku WHOQOL-BREF senioři nejpozitivněji hodnotili kvalitu života v doméně Prostředí, naopak nejnižší hodnocení bylo v doméně Fyzické zdraví. V dotazníku WHOQOL-OLD senioři nejlépe hodnotili kvalitu života v doméně Fungování smyslů a nejnižší hodnocení bylo v doméně Sociální zapojení. Nebyla prokázána signifikantní závislost mezi věkem, pohlavím a hodnocením kvality života seniorů v počáteční fázi demence. Pro všechny dimenze kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD byla ale prokázána signifikantní slabá nebo středně silná negativní korelace s položkami dotazníku PDI.

Abstrakt v AJ:

The diploma thesis focuses on the evaluation of the quality of life of seniors in the initial phase of dementia. Czech versions of standardized WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD and PDI questionnaires were used. The individual goals identified whether there is a dependency between the quality of life of seniors in the early stages of dementia and their age, gender and dignity. The questionnaire survey was attended by 180 seniors, who were approached by eight outpatient GPs for adults in the Moravskotřebovský region (Pardubice Region). The results showed that in the WHOQOL-BREF questionnaire the seniors most positively assessed the quality of life in the Environment domain, while the lowest score was in the domain Physical health. In the WHOQOL-OLD questionnaire, seniors best rated the quality of life in the Sense Function domain, and the lowest ranking was in the Social Engagement domain. There was no evidence of significant dependence between age, gender, and quality of life of seniors in the initial phase of dementia. However, for all WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD quality of life dimensions, a significant weak or moderate negative correlation was found with the PDI questionnaire items.

Klíčová slova v ČJ: kvalita života, senior, demence, důstojnost, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, MMSE, PDI

Klíčová slova v AJ: quality of life, older adult, dementia, dignity, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, MMSE, PDI

Rozsah: 89 s. / 3 přílohy

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 REŠERŠNÍ ČINNOST	10
2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ V POČÁTEČNÍ FÁZI DEMENCE	13
2.1 Stáří a demence	13
2.1.1 Demence.....	15
2.2 Důstojnost v seniorském věku	17
2.2.1 Lidská důstojnost a právo na život	19
2.2.2 Důstojné stáří.....	20
2.2.3 Oblasti respektování důstojnosti ve stáří	21
2.2.4 Důstojnost seniorů s demencí.....	22
2.3 Kvalita života	23
2.3.1 Determinanty kvality života	25
2.3.2 Kvalita života v seniorském věku.....	27
2.3.3 Kvalita života seniorů s demencí.....	29
2.4 Shrnutí teoretických východisek	31
3 METODIKA VÝZKUMU.....	33
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy.....	33
3.2 Charakteristika souboru.....	34
3.3 Metoda sběru dat	34
3.4 Realizace výzkumu	36
3.5 Metoda zpracování dat	37
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	39
4.1 Demografický charakter souboru respondentů	39
4.2 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-BREF.....	40
4.3 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-OLD	42

4.4	Vyhodnocení dotazníku PDI.....	43
5	DISKUSE	56
	ZÁVĚR	60
	REFERENČNÍ SEZNAM	62
	SEZNAM ZKRATEK	74
	SEZNAM TABULEK	75
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	76
	SEZNAM PŘÍLOH	77

ÚVOD

Kvalita života ve stáří je v 21. století velmi diskutované téma ve všech vyspělých zemích (Ondrušová, 2009, s. 36). Její definice je rozmanitá. Záleží na tom, zda vychází ze sociologie, psychologie, kulturní antropologie, lékařství, ekologie nebo ekonomiky. Kvalita života je ovlivňována mnoha determinanty. Nejčastěji to jsou faktory fyzické, duševní, sociální, ale také ekonomické i spirituální (Kurppa et al., 2011, s. 83 – 90).

Demence je závažné progredující onemocnění, které se hůře diagnostikuje u lidí vyššího věku. Demence by se dala jednoduše popsat jako ztráta paměti, pokles komunikačních dovedností a postupná ztráta schopností k provádění každodenních činností. O demenci často slyšíme ve spojitosti se stárnoucí populací (Pereira et al., 2015, s. 222). Nemoc je nevyléčitelná a nese s sebou významnou socioekonomickou zátěž, proto je jedním ze závažných problémů Evropské unie (Holmerová et al., 2011, s. 63).

Důstojnost, co je to důstojnost? Pod tímto pojmem si představí každý něco jiného. Je velmi obtížné stanovit obecně platnou definici důstojnosti (Thompson, Chochinov, 2008, s. 49 - 53). Důstojnost patří mezi základní hodnotu lidského života, která je podmíněna kvalitou života a je vlastní celému lidstvu (Östlund et al., 2012, s. 353). To, jak každý jedinec vnímá svoji důstojnost, je velmi individuální, vše závisí na tom, jaké má jedinec životní priority a osobní postoj (Van Gennip, 2013, s. 616). Důstojnost u seniorů bývá nejčastěji narušena v oblasti komunikace, nerespektování soukromí a ponižování (Papastavrou et al., 2016, s. 93). V ošetrovatelské péči, by měl být proto kladen důraz na důstojnost a respekt (Saltus, Folkes, 2013, s. 36)

Studie poukazují na to, že počet seniorů celosvětově roste a dochází k prodlužování délky života (Bainbridge, Wallhagen, 2014, s. 140). Stáří doprovázejí změny fyzické, psychické a sociální. Konkrétně dochází ke změnám ve společenských rolích, vyčlenění seniorů ze společnosti, změny osobnosti, jako například zesílení výrazných charakteristik, typické je snížení výšky, úbytek svalové hmoty, svalové síly, involuční změny v oblasti smyslového vnímání, především poruchy zraku a sluchu (Dvořáčková, 2012, s. 11 - 14). Seniori jsou součástí populace, která vyžaduje zvláštní péči, a proto je velmi důležité nepřístupovat k nim pouze jako k hospodářsky či ekonomicky neaktivní části obyvatelstva (Fucahori et al., 2014, s. 380).

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

Pro zpracování teoretické části diplomové práce byla nejprve prostudována tato literatura:

BARTOŠ, A. a HASALÍKOVÁ, M. 2010. Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi. *Praha: Mladá fronta*. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.

DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. *Praha: Grada*. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FRANKOVÁ, V. 2011. Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický. *Praha: Mladá fronta*. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.

GLENNER, J. A. et al. 2012. Péče o člověka s demencí. *Praha: Portál. Rádci pro zdraví*. 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0.

HALOVÁ, M. 2010. Nemocný v domácí péči II: demence a demence Alzheimerova typu: věnováno nemocným postižených demencí, zvláště pak demencí Alzheimerova typu a všem, kteří o ně pečují. *Bouzov: VEF Enterprises*. 157 s. ISBN 978-80-904611-0-9.

REŠERŠNÍ STRATEGIE

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: kvalita života, senior, demence, důstojnost, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, MMSE, PD

Klíčová slova v AJ: quality of life, older adult, dementia, dignity, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, MMSE, PDI

Jazyk: český, slovenský, anglický

Období: 2007- 2017

Další kritéria:

- abstrakt v anglickém jazyce
- odborná periodika
- dostupné plnotexty

DATABÁZE: EBSCO, MEDLINE, PubMed, Science Direct, GOOGLE scholar, BMČ



Nalezeno 284 článků



Vyřazující kritéria:

- duplicitní články
- nedohledání plnotextů
- články s odlišnou tematikou



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO - 20 článků
MEDLINE - 13 článků
PubMed - 26 článků
Science Direct – 10 článků
GOOGLE scholar - 14 článků
BMČ – 9 článků

SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Kontakt - časopis pro ošetrovatelstvia sociální vědy ve zdraví a nemoci – 3 články
Ošetrovatelství a porodní asistence - 1 článek
Psychiatrie pro praxi – 1 článek
Praktický lékař - 2 články

Profese on-line - 1 článek
Knižní publikace - 4 knihy



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 107 dohledaných plnotextů

2 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ V POČÁTEČNÍ FÁZI DEMENCE

V odborné literatuře jsou popisovány hlavní domény kvality života. Tyto domény jsou společné pro dospělé osoby různého stáří. Podle Mareše do domén můžeme zařadit: materiální zabezpečení, zdraví, výkonnost, dobré mezilidské vztahy, pocit bezpečí, emoční pohodu a komunitu. Domény jsou důležité v každé etapě lidského života, jen jejich význam se mění, vše je ovlivněno dle období života a priorit daného jedince (Mareš, 2014, s. 23).

Mezinárodní výzkum, do kterého bylo zapojeno 7 401 seniorů, kdy průměrný věk byl 73,1 let, který probíhal ve 22 zemích, udává, že existují významné rozdíly v důležitosti jednotlivých aspektů kvality života také na základě pohlaví, věku a zdravotního stavu. Dle této studie, je pro seniory velmi důležité nepocítovat bolest, být schopen provádět běžné aktivity denního života a zachovat si pohyblivost. Přestože je kvalita života definována mnoha způsoby, existuje shoda. Koncept kvality života je multidimenzionální, obsahující fyzické, psychické, sociální, environmentální a duchovní rozměry (Molzahn et al., 2010, s. 296).

Ve studii Mareše, které se zúčastnilo 999 seniorů starších 65 let, si jednotlivci vybírali pět aspektů, které jsou v jejich životě nejdůležitější. V tomto výzkumu se nejčastěji objevovaly tyto faktory: sociální vztahy a sociální role, oblíbené volnočasové aktivity, zdraví, dobrá psychika a pocit pohody, domov a sousedské vztahy, ekonomická situace, soběstačnost (Mareš, 2014, s. 23).

2.1 Stáří a demence

Stárnutí je nevyhnutelný proces, může se však jednat o období s dobrým zdravotním stavem a vysokou kvalitou života (Top, Dikmetas, 2015, s. 290). V současnosti žijí lidé mnohem déle, než kdykoli předtím v historii (Dawalibi et al., 2014, s. 3505). Úspěšné stárnutí v oblasti veřejného zdraví, je dnes obecně chápáno jako schopnost udržet vysokou úroveň kvality života (Tobiasz-Adamczyk et al., 2017, s. 3)

- **Stárnutí a stáří**

Stárnutí je nezvratný, přirozený, zákonitý, celoživotní proces. Lze jej chápat jako přirozený a ontogenetický vývoj (Sovářiová-Sošová et al., 2011, s. 240). Stárnutí je

doprovázeno změnami vzhledu. Mezi charakteristické změny patří vrásky, vznikající v důsledku dehydratace a ztráty elasticity podkladové dermální tkáně, ztráta zubů, svalová atrofie a osteoporóza, která činí jedince náchylnějším k poruchám hybnosti a zlomeninám. Často se objevují i změny ve funkci srdce, cerebrovaskulární změny, duševní poruchy, náchylnost k onkologickým onemocněním a změny ve funkci smyslových orgánů (Mondeli, Souza, 2012, s. 50). Strukturální i funkční změny vzniklé při fyziologickém stárnutí, jsou nevratné a neopakovatelné (Bužgová, 2007, s. 66).

Stárnutí populace je velkým sociálním fenoménem, který vyžaduje pozornost zdravotníků (Dawalibi et al., 2014, s. 3505). Díky velkým pokrokům v medicíně a vyšší kvalitě zdravotní péče, dochází k prodlužování délky života. Tato skutečnost však nepřináší automatické udržení kvality života (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 62). Proto se současná společnost tak často zaměřuje na studium kvality života u starších jedinců (Lucas-Carrasco et al., 2011, s. 595). Hodnocení kvality života patří mezi důležité ukazatele v geriatrii a v gerontologii (Pereira et al., 2015, s. 223). Přestože je stárnutí přirozenou součástí života každého člověka, každá lidská bytost stárnutí prožívá individuálním a jedinečným způsobem (Kačmárová, 2013, s. 42). Období stárnutí se vyznačuje biologickými, psychickými a sociálními změnami (Sovářiová-Sošová et al., 2011, s. 240).

K biologickým charakteristikám seniora řadíme věk, multimorbiditu, změněné symptomy a průběh chorob se specifickým geriatrickým průběhem. Mezi nejčastější sociální charakteristiky patří ztráta profesionálních rolí, ztráta blízkých osob, nižší ekonomický standard a změna sociálního statusu. Sociální důsledky stárnutí jsou izolace, ztráta pocitu potřebnosti, nedostatek možností seberealizace, sociální důsledky multimorbidity a blízkost smrti (Dimunová et al., 2013, s. 19). Psychickými změnami, které doprovází staří, jsou nejčastěji depresivní symptomy a subjektivní spokojenost se zdravím (Halvorsrud, 2010, s. 255).

Stárnutí populace se týká celého světa, poukazuje na to i vývojová demografie. Prodlužuje se délka života a klesá porodnost. Za nejvíce ohroženou skupinu jsou považováni lidé kolem osmdesáti let, kteří jsou zranitelní a mají malou hodnotu ve společnosti. Výpočty Světové zdravotnické organizace (WHO) poukazují, že do roku 2050 budou 2 miliardy obyvatel světa tvořit lidé ve věku 60 let a více (Matthé et al., 2015, s. 159)

2.1.1 Demence

Demence je ireverzibilní, progresivní a organická duševní porucha, která může být způsobena mnoha podmínkami. Ve skutečnosti je termín „dementia“ obvykle používán pro definici příznaků, které mohou zahrnovat ztrátu paměti, pokles komunikačních dovedností a postupnou ztrátu schopnosti k provádění každodenních činností (Pereira et al., 2015, s. 222). Demence zahrnuje postupné zhoršování kognitivních, duševních a fyzických schopností jedince (Benwich et al., 2016 s. 19). Odhadovaná délka života člověka s demencí je 4,5 let, ale může být až 10,7 let, v závislosti na věku a stávající komorbiditě. Více než 7,3 milionů Evropanů trpí demencí. V Portugalsku je odhadovaná prevalence 153 tisíc lidí. Dále se odhaduje, že tato čísla se zdvojnásobí za 40 let (Pereira et al., 2015, s. 223). Na otázku, kolik jedinců v České republice má demenci, nelze přesností odpovědět. Dle Alzheimer's Disease International dosud neexistuje relevantní výzkum, který by otázku prevalence či incidence demence validně mapoval. Kvalifikované odhady, vycházející z evropských a světových prací a studií uvádějí, že v České republice žilo v roce 2014 necelých 153 tisíc lidí s demencí. Pro rok 2016 nebyly publikovány nové statistiky ani mezinárodní srovnání týkající se počtu lidí s demencí. Podle Alzheimer's Disease International žilo v roce 2015 na celém světě odhadem 46,8 miliónu lidí s demencí. Studie přitom odhadují, že lidé s demencí mají naději dožití 7 až 10 let poté, co jsou diagnostikováni (Mátlet et al., 2016, s. 9 - 11).

Hlavním rizikovým faktorem pro demenci je věk, a tak výskyt demence stoupá s věkem. Výskyt demence se zdvojnásobuje každých 5,9 let. Ročně je 7,7 milionu nových případů demence ve světě. Demence se stává velkým problémem sektoru veřejného zdraví. Tento problém představuje významnou příčinu nemocnosti a úmrtnosti pro starší populaci a vytváří výzvy pro společnost sociální péči (Pereira et al., 2015, s. 223). Onemocnění demencí je dnes globálním problémem, který se netýká pouze vyspělých zemí (Kršíková, Bužgová, 2011, s. 249).

Mnoho projektů základního i aplikovaného výzkumu se v České republice zabývá multidisciplinární problematikou demence. Největší z projektů je probíhající epidemiologická studie Czech Brain Aging Study (CBAS; Česká studie stárnutí mozku) sledující nedementní geriatrickou populaci sporuchou kognice (pacienty s mírnou kognitivní poruchou nebo se subjektivní poruchou kognice). Podstatným cílem CBAS je odhalit biologické a neuropsychologické markery patologického stárnutí (Andel, 2014, s. 894).

- **Fáze demence**

Demenci často předchází mírná kognitivní porucha. U kognitivní poruchy nejsou splněna kritéria pro demenci, ale je výsledkem patologického procesu na mozku. Jedinec má sice problémy s pamětí, které však nebrání jedinci v jeho denních aktivitách a soběstačnosti (Torpy et al., 2008, s. 1610). Nikolai et al. udávají, že velmi podstatné je srovnání s předchozím kognitivním výkonem. Velmi vzdělaný jedinec, který přestal v uplynulé době zvládat náročné úkoly, které dlouhodobě vykonával, se považuje za rizikového pro vznik demence (Nikolai et al., 2012, s. 375). Změnu kognitivních funkcí lze detekovat u budoucích pacientů několik let před diagnózou demence. Demence postihuje každého jinak, často v závislosti na onemocnění a osobnosti jedince (Amieva et al., 2008, s. 493).

Existuje mnoho forem a příčin demence. Alzheimerova choroba je nejčastější formou a je příčinou 60 – 70 % případů. Jiné běžné formy jsou vaskulární demence, demence s Lewyho tělísky (akumulace abnormálního proteinu, který vzniká uvnitř nervových buněk), frontotemporální demence (degenerace čelních laloků mozku) důsledek několika chorob. Hranice mezi různými formami demence nejsou jasné a smíšené formy jsou společné. Příznaky demence rozdělujeme do tří etap: počáteční fáze, střední fáze, těžká fáze (Moyle, Murfield, 2013, s. 109).

Počáteční fáze přichází často bez povšimnutí. Mezi běžné příznaky patří poruchy paměti a to především orientace časem, kdy pacient nezná datum ani den v týdnu, ztrácí orientaci v prostoru, kdy se jedinec ztrácí v místech, které zná méně, také má mírnou poruchu řeči, obtížně pojmenovává některé věci, má zhoršený náhled, ztrácí soudnost a logické uvažování, omezuje sociální aktivity, má změny chování a je nespolehlivý v užívání léků, ztrácí své profesní dovednosti, postupně nezvládá domácí práce, má problémy s finančními záležitostmi a ztrácí náhled na chorobu. Samostatný život v každodenní aktivitě, je však možný (Steeman et al., 2007, s. 119 - 120).

Ve střední fázi se příznaky stávají viditelnějšími a jasnějšími. Je to období charakterizované výraznými poruchami krátkodobé paměti. Pacienti často zapomínají nedávné události, jména lidí, dokáží se ztratit v domácím prostředí, objevují se potíže s komunikací - porucha řeči a porozumění, začínají vyžadovat pomoc se soběstačností a stávají se závislými na péči okolí, mají výrazné potíže se zvládnutím běžných domácích prací, nejsou schopni dodržovat hygienu, často se objevují behaviorální a psychické příznaky, kterými jsou agitovanost, psychomotorický neklid, útky, verbální i brachiální agresivita,

z psychotických příznaků bludy, afektivní poruchy jako je deprese, úzkost a poruchy cyklu spánku (Gitlinet al., 2012, s. 2029).

Poslední stupeň demence se vyznačuje téměř úplnou závislostí a nečinností. Poruchy paměti jsou významné. Mezi příznaky patří ztráta pojmu o čase a místě, velké potíže s poznáním rodinných příslušníků a přátel, vyžadují velkou pomoc při osobní péči, objevují se potíže při chůzi, změny chování, změny osobnosti, deprese, zmatenost, agitovanost, agresivita, bludy, halucinace (Koopmans et al., 2009, s. 26).

Při diagnostice demence je nutné provést řadu vyšetření. Některá jsou běžná a je možné, aby je prováděl praktický lékař, ale jsou potřebná také vyšetření specializovaná. Při posuzování kognitivního deficitu je nutné absolvování alespoň testu Mini-Mental State Examination (MMSE), který ale spolehlivě neodliší časná stadia demence. Z tohoto důvodu by měl být jeho výsledek pro diagnostiku chápán pouze jako orientační (Nikolai et al., 2012, s. 375 - 390).

2.2 Důstojnost v seniorském věku

Definici lidské důstojnosti je velmi obtížné stanovit, neboť se jedná o složitou konstrukci, která postrádá definiční specifitost (Thompson, Chochinov, 2008, s. 49). Důstojnost patří mezi základní hodnotu lidského života, která je podmíněna kvalitou života (Östlund, 2012, s. 353). Důstojnost seniorů bývá narušena především v oblasti komunikace, nerespektování soukromí, ale i s ponižováním starších lidí, které se odehrává nejen v nemocničních zařízeních, domovech pro seniory, ale i v okruhu rodinných příslušníků, kteří o seniory pečují (Papastavrou, 2016, s. 93).

- **Definice lidské důstojnosti**

Pojem důstojnost pochází z latiny dignitas/dignus, a znamená úctyhodný. Důstojnost je úzce spojena se slovem decent, což znamená slušný, zdrženlivý. Jde o inherentní vlastnost zakořeněnou v sebeúctě, seberepektu a ve vnitřní rovnováze (Anderberg et al., 2007, s. 637). Lidská důstojnost, a respekt k ní, vzešel z rozličných zdrojů: filozofických, náboženských a kulturních. Tímto pojmem se v dnešní době hýří. Otázkou však je, zda si každý jedinec pod ním představuje totéž (Munzarová, 2011, s. 59).

Lidská důstojnost je užívána v etických kodexech, především v etickém kodexu lékařů (Etický kodex České lékařské komory, Evropská charta lékařské etiky), sester (Etický kodex sester) a dalších zdravotníků (Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků) a i v právech pacientů (Práva pacientů ČR). Lidská důstojnost je nabízena jako hlavní nástroj v chápání lidských práv (Rapatsa, 2015, s. 43). Přestože důstojné zacházení s pacienty a klienty ze strany zdravotníků nelékařů a sociálních pracovníků není vymahatelné, měl by každý z těchto profesionálů znát, a v praxi se opírat, o různá vymezení lidské důstojnosti (Wichsová, 2012, s. 7 - 8). Při definování lidské důstojnosti, je důležité vymezení pojmu „osoba“. Osoba, je považována za podstatu důstojnosti. Důstojnost poukazuje na nedotknutelnost osoby (Rapatsa, 2015, s. 43).

Chápání lidské důstojnosti se mohou lišit. Závisí především na charakterových vlastnostech osoby. Tvorbu charakteristiky osoby vytvářejí především vlastnosti, jako je racionalita, morální povědomí a schopnost interpersonálních vztahů (Robinson, 2014, s. 67). Přesto neexistuje jednotná definice, pro každého je tento pojem naplněn poněkud jiným významem. Záleží tedy na mnoha okolnostech, které umocňují, nebo naopak tlumí pocit, že jsou pošlapávány zásady respektování lidské důstojnosti. Od stesků na nedostatek empatie ošetřujícího personálu přes neúctu, zanedbávání až k nezdvěřilostem či dokonce ponižování a hrubostem, kterým jsou nemocní vystaveni (Wichsová, 2012, s. 7 - 8). V období charakterizovaném elektronizací, digitalizací a tedy depersonalizací obecně je třeba soustředit pozornost na důstojnost starších lidí. Je to věková kategorie lidí, která naznačuje deficit esenciální, nezištné a bezpodmínečné pomoci, která jim dává pocit důstojnosti a jejich lidské hodnoty. Juhasová et al. definují důstojnost jako základní vlastnost člověka, jako atribut vlastního já (Juhasová et al., 2016, s. 261).

Někteří lingvisté, jako je například Shultziner, říká, že lidská důstojnost je eklektický a nejednoznačný pojem bez přesné definice. Jiní, jako Etienne uznávají důstojnost jako komplexní koncept s různými rozměry. Hlavním však je, že pojem lidské důstojnosti je rozsáhlý koncept, který lze nejlépe chápat v kontextu se sociálními hodnotami vůči lidské osobnosti. Lidská důstojnost vyjadřuje hodnoty svobody a spravedlnosti. Je nezbytné uznat, že každý člověk je hoden respektu a ochrany. Důstojnost může být dělena na vnitřní a vnější. Vnitřní neboli interní důstojnost, jsou hodnoty, které v sobě nosí každý individuálně jako osobnost. Vnější neboli externí důstojnost, kterou určuje společnost, čili co je nebo není ze společenského hlediska důstojné (Rapatsa, 2015, s. 44).

2.2.1 Lidská důstojnost a právo na život

Lidská důstojnost a určitá základní práva, jako je právo na život, patří do souboru základních vlastností. Od prvního okamžiku své existence, má člověk právo osoby, mezi nimiž je nedotknutelné právo každé nevinné bytosti k životu. Člověk se vyvíjí v průběhu života. Jakýkoliv člověk, v jakémkoliv stádiu vývoje, je stále člověk (Robinson, 2014, s. 67).

Povaha člověka jej dělá bytostí lidskou a cennou (Rapatsa, 2015, s. 51). Lidský přístup, vlídné slovo, úsměv, pohazení je vnímáno citlivěji než to, jak byl výkon proveden po odborné stránce. Lidská důstojnost v pomáhajících profesích není jen ideou a představou o statusu člověka, ale je nejdůležitějším právem člověka, souvisejícím s právem na život. Všichni lidé mají morální potencial, který jim umožňuje žít mravní život. V tomto smyslu, všichni členové lidské rasy mají právo na stejnou důstojnost. Lidská důstojnost stojí na třech základních oblastech. Tyto oblasti jsou socializace, politika a ekonomika (Juhosová et al., 2016, s. 261).

Socializace vychází z lidských hodnot, které vznikají s narozením osoby a jsou pro něj nezczitelné. To znamená, že lidé se rodí svobodní, sobě si rovní. Každý má právo na realizaci ekonomických, sociálních a kulturních práv, nezbytných k jeho důstojnosti a k svobodnému rozvoji osobnosti. I když se přímo nemluví o důstojnosti novorozence, většina lidí má z nového života radost. Na postižené dítě či invalidního dospělého člověka, je ale někdy pohlíženo s opovržením a jen velmi těžce vítězí morální hodnoty, že i tyto osoby mají právo na důstojný život (Rapatsa, 2015, s. 51).

V rozumové úrovni je člověk uznáván svébytnou lidskou bytostí, a to i tehdy, když jsou jeho intelektuální schopnosti sníženy anebo když fyzicky strádá či je jinak oslaben. V praktické činnosti se ne vždy každý jedinec podle toho chová. Proto je potřeba věnovat pojmu lidská důstojnost patřičnou pozornost zejména v prostředí, kde je vše tolik zatěžováno nemocí a smrtí, tedy ve zdravotnictví (Wichsová, 2012, s. 7).

V rámci ekonomiky mnoho seniorů z rozvojových zemí musí pracovat, jelikož odchází do penze bez finančních rezerv. Často jsou závislí na finanční podpoře rodinných příslušníků. Z důvodu nedostatku příjmu dochází k ekonomickému strádání. Senior je tak často schopený pokrýt pouze základní potřeby, jako je bydlení a strava. Výzkum, který byl prováděn ve Velké Británii, Irsku, Španělsku, Francii, Slovensku a Švédsku ukazuje, že na seniory je nahlíženo jako na lidi, jež fyzicky a duševně chátrají, jsou chudí a závislí na jiných osobách. Studie také poukazuje na fakt, že důstojnost je pro seniory důležitá, a to zejména pro posílení sebevědomí (Shahid, 2014, s. 457 - 458).

Různé generace pohlíží na tuto problematiku rozdílně, neboť je ovlivněna výchovou, prostředím i zkušenostmi. Tak je možné rozdělit důstojnost na interní, vyplývající z hodnot, jež vyznává sama osobnost člověka, a externí, kterou člověku přisuzuje okolí (Wichsová, 2012, s. 8). Důstojnost lidské osoby je základem určitého postavení člověka v souladu s přírodou a je označována jako synonymum pro lidskou hodnotu, na rozdíl od jakékoli jiné živé bytosti. „Pečují o nás jako bychom ničemu nerozuměli, přestože jsme prožili celý život. Proč na nás nikdo nemluví? Jako bychom byli nejen staří, ale i hlupáci. Tak to chodí. Tady už není nic pro nás. Vše musí být hotovo rychle a správně. Přestože nám řeknou, kdy máme jíst, kdy se umýt, nikdo k nám nehovoří. Ani slovo.“ Lidská důstojnost vyjadřuje hodnoty svobody a spravedlnosti. Je nezbytné uznat, že každý člověk je hoden respektu a ochrany jako člověka (Rapatsa, 2015, s. 43-44)

2.2.2 Důstojné stáří

Senioři mají mnohaleté životní zkušenosti a zaslouží si respekt. Proto je zachování důstojnosti považováno za důležitý koncept v péči o staré lidi (Anderberg et al., 2007, s. 636). Studie, která byla provedena v šesti evropských zemích, zkoumala význam důstojnosti právě u starých lidí, kdy bylo zjištěno, že důstojnost je vnímána jako důležitá hodnota, která vede k posílení sebevědomí, pocitu vlastní hodnoty a blahobytu (Jacelon, Choi, 2014, s. 2151). Důstojnost u seniorů je často spojena s pocitem zranitelnosti a ztráty vlastní identity (Lange, 2009, s. 212).

Důstojnost ve stáří je považována za etickou a morální kategorii, která zdůrazňuje uznání lidských práv a vědomí člověka o významu osobnosti (Rapatsa, 2015, s. 44). Důstojnost je spojena s blahem starších lidí. Avšak málo se ví o tom, jak starší lidé vnímají a reagují na ohrožení jejich důstojnosti (Jacelon, Choi, 2014, s. 273). Je velmi důležité zachovat respektování lidské důstojnosti u seniorů s demencí. U jedince s demencí je často chování spojené s blouděním, neklidem a agresivitou. Podle Lennarta Nordenfelta typologie lidské důstojnosti, a to zejména ve vztahu ke starším lidem, rozlišujeme čtyřmi typy důstojnosti:

- důstojnost zásluh,
- důstojnost morálního postavení,
- důstojnost identity,
- univerzální lidskou důstojnost (Menschenwürde).

Zvláště důležitá je důstojnost identity, která je v souvislosti s nemocí a stárnutím. To znamená, že tento typ důstojnosti se odkazuje na důstojnost, kterou přisuzujeme sobě jako integrované osobě, s historií a mající budoucnost. To vše je zvláště významné v souvislosti se stárnutím, neboť tento typ důstojnosti může být snížen o činy druhých, vnějšími událostmi a to zejména z důvodu úrazu, nemoci a stáří. Kromě toho dle Nordenfelta, jde zejména o ponižování, které snižuje důstojnost identity a starších zavislých osob. Toto období je obzvláště citlivé na ztrátu důstojnosti a autonomie, přes ponižování prostřednictvím aktů sociálního vyloučení, jakož i fyzického psychického zneužívání nebo zanedbávání vyžadující zdravotní a sociální péči (Benwich et al., 2016, s. 19 - 20).

Důstojností ve stáří se také zabývá mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, který byl přijat na druhém světovém shromáždění „Důstojné Stáří“ z roku 2002. Tento plán pojednává o lidských právech starších lidí a vyzývá, aby lidé na základě věku nebyli diskriminováni. Cílem je podpořit důstojnost starších osob a eliminovat všechny formy opomíjení a zneužívání (Lange, 2009, s. 212).

2.2.3 Oblasti respektování důstojnosti ve stáří

Mezi nejvýznamnější oblasti, jejichž respektováním ochraňujeme a podporujeme důstojnost seniorů, patří úcta, autonomie a participace (Benwich et al., 2016, s. 22).

- **Úcta**

Úcta k lidské důstojnosti je chápána jako absolutní vnitřní hodnota lidské bytosti. Jestliže se ztotožníme s tím, že každý člověk si úctu zaslouží, znamená to současně i přijetí závazku, že jakékoliv naše chování vůči druhému člověku bude zohledňovat jeho zájmy (Aközer, 2016, s. 1627). Úcta k lidské důstojnosti je důležitá ctnost sama o sobě, která je charakterizována velkým množstvím emocí. Ctnost úcty k lidské důstojnosti zahrnuje dispozici cítit emoce úcty k důstojnosti druhých a emocionální pocit vlastní důstojnosti. Ctnost zahrnuje citlivost jedince k ponižujícímu zacházení, spolu s dispozicemi k protestu, snaha napravit a předcházet takovému postupu. Osoba s úctou k lidské důstojnosti cítí rozhořčení vůči úmyslným útokům na lidskou důstojnost. Úcta je široce uznávaná, tak jako například spravedlnost a láska (Pelser, 2015, s. 743).

- **Autonomie**

Autonomii je třeba chápat tak, že jedinec má kontrolu nad svým vlastním životem, právo volby, informovanost a pochopení dané situace a chránit její nezávislost (Bentwich et al., 2016, s. 22). Z výzkumu „Důstojnost a starší Evropané“ vyplynulo, že je pro seniory velmi důležité zachovat si nezávislost a mít bez ohledu na cokoliv neohrazenou možnost svobodně se rozhodovat o všech aspektech jejich života, protože nikdo jiný nemůže znát jejich přání. Současně senioři vyjadřovali požadavek respektu k těmto rozhodnutím a s tím související možnost jejich realizace (Trentini et al., 2012, s. 279 - 286).

- **Participace**

Participace je definována jako zapojení do životní situace, která zahrnuje sociální, ekonomické, kulturní a duchovní aspekty života. Participace starších osob je závažný problém v rychle stárnoucí populaci. Pocit sounáležitosti má velký vliv na zdraví a pohodu. Participace se vyskytuje v dynamickém prostředí, podle něhož mohou osoby vykonávající své možnosti a zájmy při výběru volnočasových aktivit. Jedinec má pocit, že život dává smysl, je užitečný a obohacený. U seniorů byla prokázána participace tak, že se u nich objeví výhody, jako je například pomalé zhoršování fyziologických funkcí a struktury těla, jakož i nižším rizikem rozvoji chronických chorob (Mthembu et al., 2015, s. 216 - 217). Události, jako je odchod do důchodu, pokles fyzické a duševní zdatnosti, ztráta člena rodiny nebo manžela či manželky má značný vliv na úroveň a konfiguraci sociální participace (Chen et al., 2016, s. 165).

2.2.4 Důstojnost seniorů s demencí

Zachování lidské důstojnosti je klíčové v rámci ošetrovatelské péče. Na osoby s demencí je často nahlíženo jako na onu diagnózu „dementia“. Proto je velmi podstatnou součástí péče nahlížet na jedince jako na celistvou bytost, která má svou minulost a budoucnost, naslouchat a plnit přání pacienta (Heggstad et al., 2013, s. 888 – 889). Respekt pacienta jako člověka a naslouchání pacientům je významnou součástí péče přispívající podstatnou váhou k zachování pocitu důstojnosti (Lin et al., 2011, s. 796).

Van Gennip zkoumá, jak demence ovlivňuje důstojnost jedince. Jedná se o kvalitativní studii. Byly prozkoumány subjektivní zkušenosti jedinců trpících demencí. Studie poukazuje na to, že klíčovým prvkem jedinců s demencí, je boj o zachování vlastní identity. Osobní ztráty a změny, jako je zvýšená závislost, ztráta autonomie a postupná ztráta schopností nebo

kompetence může mít vliv na sebevědomí a sebeúctu seniorů, kteří trpí demencí (Van Gennip et al., 2016, s. 493).

Několik empirických výzkumů o důstojnosti se zaměřuje na náhradní rozhodnutí tom, jak udělat nejlepší rozhodnutí jménem osoby s demencí, kdy jedinec ztrácí schopnost samostatně rozhodovat o své vlastní osobě. Dochází tak diskuzi mezi těmi, kdo upřednostňují „bývalé já“, a těmi, kteří upřednostňují „nyní já“. Mnoho autorů tvrdí, že potřebujeme vyváženější přístup, který vidí „celé já“, zvažuje jak „bývalé já“ a „současné já“, k udržení důstojnost pacientů, jelikož je to minulost i současnost, které tvoří já. Výzkumy poukazují na rozvoj služeb, které umožňují osobám s demencí žít lepší život tzv. důstojný. Tak, že jedince nediskriminuje, ale spíše posiluje (Helgesen et al., 2014, s. 108 - 109).

2.3 Kvalita života

Poprvé se kvalitou života zabýval řecký filosof Aristoteles, který ji označil jako pocit štěstí (Olišarová et al., 2013, s. 14). V USA se termín „kvalita života“ poprvé objevil ve dvacátých letech dvacátého století v souvislosti s ekonomickou a materiální podporou státu sociálně slabým. V šedesátých letech si pak za cíl zlepšení kvality života kladl americký prezident L. Johnson. Tak se s tímto pojmem seznámila široká veřejnost (Moravcová, Mareš, 2011, s. 435).

- **Definování kvality života**

Kvalita života je nyní velmi častým pojmem ve zdravotnictví (Kršíková, Bužgová, 2011, s. 248). Na kvalitu života lze nahlížet z různých úhlů pohledu. Z pohledu sociologie, psychologie, kulturní antropologie, lékařství, ekologie a ekonomiky (Kurppa et al., 2011, s. 83).

Definovat kvalitu života je velmi obtížné, jelikož vychází z mnoha faktorů, které jsou ovlivňovány velkým množstvím proměnných. Definic existuje v literatuře nespočet, přesto není ani jedna z nich všeobecně akceptována. Definice staršího data uvádějí, že kvalita života se rovná osobní spokojenosti (Olišarová et al., 2012, s. 16). Jednou z definic kvality života, podle Světové zdravotnické organizace, je: „Jde o individuální participování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije, vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům zahrnuje komplexním způsobem

jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí.“ Tento koncept je ovlivněn fyzickou, psychickou a sociální pohodou (Mondeli, Souza, 2012, s. 50). Vzhledem k tomu, že kvalita života je úzce spojována se zdravotním stavem jedince, je vhodné užívat termín kvalita života související se zdravím, HRQoL (Health Related Quality of Life), který je charakterizován jako široký, multidimenzionální koncept, hodnotitelný jak objektivně, tak i subjektivně (Chew, Yeak, 2010, s. 835). Výsledkem zkoumání konceptu kvality života spojené se zdravím byl vznik mezinárodního dotazníku WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), který vytvořily pracovní skupiny z celého světa ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO), pomocí něhož je kvalita života hodnocena (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 9).

Dobrá úroveň kvality života může být rovněž chápána jako pocit pohody a celková spokojenost. Naopak v užším smyslu kvalita života podmíněná zdravotním stavem obsahuje zvláště ty oblasti života, které přímo souvisejí s konkrétní nemocí nebo její léčbou (Kurppa et al., 2011, s. 86).

Dobrá kvalita života je také vnímána jako pozitivní vyhodnocení pohledu na život (O'Rourke et al., 2015, s. 24). Aspekt lidské existence, jako vnímání postavením jedince ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu (Brett et al., 2012, s. 506). V kanadské studii Levasseur se uvádí, že kvalitu života je velmi obtížné hodnotit kvantitativně, protože ji každý jedinec vnímá zcela individuálně. V rámci psychologické dimenze lidské bytosti je kvalita života spojena se smyslem a podstatou lidské existence (Levasseur et al., 2009, s. 99).

Kačmárová dělí kvalitu života na objektivní a subjektivní. Objektivní kvalita života se vztahuje k naplnění sociálních a materiálních podmínek života a také k fyzickému zdraví osoby. Subjektivní kvalita životapak pojednáváo osobní pohodě a všeobecné spokojenosti jedince se svým životem (Kačmárová, 2013, s. 43). Dalším možným pohledem je vnímání kvality života jako vyjádření míry uspokojení či neuspokojí potřeb jedince (Farský, Solárová, 2010, s. 31 - 32).

2.3.1 Determinanty kvality života

Kvalitu života ovlivňuje mnoho determinant. Jejich specifikace je zásadní jak pro výzkumy týkající se kvality života, tak pro její zlepšení. Mezi nejčastější determinanty patří fyzické, duševní, sociální, se zdravím související, ale také ekonomické i spirituální faktory (Kurppa et al., 2011, s. 85). Determinanty ovlivňují kvalitu života přímo nebo nepřímo. Mezi přímé determinanty patří prostředí, finance, bezpečnost, dostatek informací, volnočasové aktivity, zdravotnické služby, doprava. Mezi nepřímé determinanty patří depresivní symptomy a subjektivní spokojenost se zdravím (Halvorsrud, 2010, s. 255).

- **Fyzické faktory**

Velmi významným faktorem je zdraví. Jeho hlavním faktorem je mobilita (Schenk et al., 2013, s. 2935 - 2936). Fyzické faktory kvality života jsou ovlivněny socioekonomickým prostředím a funkčním stavem seniora. Dostatečná fyzická aktivita je trvale spojena se zvýšenou kvalitou života seniorů (White et al., 2009, s. 2). Zdravotní stav seniora velmi podstatně ovlivňuje veškeré jeho aktivity. Přítomnost zdravotních obtíží, nutnost léčby, rozsah omezení, přítomnost bolesti jsou hlavními ukazateli zdraví (Ondrušová, 2009, s. 38). Nemoc je významným faktorem zhoršujícím kvalitu života, a to především v souvislosti se snížením funkčních schopností (Kačmářová, 2013, s. 43). V Polské studii je poukázáno na to, že pomoc seniorům by měla být zaměřena více na stimulaci k aktivitě, než nabízení přímé pomoci (Les, Gaworska, 2011, s. 57). Pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje také kvalitu spánku, odolnost proti stresovým situacím, snižuje pocit úzkosti a má léčebný vliv u lehkých forem deprese (Mudrák et al., 2011, s. 117). Fyzická aktivita podporuje nezávislost seniorů, a zachování si co největší míry soběstačnosti má silný vliv na vnímání kvality života (Paskulin et al., 2009, s. 109).

Důležitý faktor při mobilitě je fyzická bolest, která má negativní dopad na duševní zdraví člověka, stejně jako nedostatek kvalitního spánku (Schenk et al., 2013, s. 2936).

- **Psychické faktory**

Osobní pocit štěstí a subjektivní životní spokojenost, úzce souvisí s kvalitou života. Tyto faktory jsou významnější než objektivní problémy, jako je pokles fyzických funkcí (Top, Dikmetas, 2015, s. 297). Deprese úzce souvisí se subjektivním vnímáním zdraví, pacienti s depresivními symptomy hodnotí své zdraví pesimističtěji než pacienti, kteří deprese netrpí. Příznaky deprese se vyskytnout až u 50 % lidí s demencí, což způsobuje zvýšené utrpení,

sníženou kvalitu života, a případně zkrácenou životnost. Deprese u lidí s demencí může také urychlit pokles každodenního fungování a poznání, přispět ke ztrátě nezávislosti (Chachamovich et al., 2008, s. 593 - 602).

Depresivní symptomy u seniorů mohou být snadno přehlédnutelné, protože různé příznaky deprese jako nečinnost nebo únava mohou být interpretovány jako součást normálního procesu stárnutí (Halvorsrud, 2010, s. 252). Závažné příznaky deprese současně s větším počtem komorbidit snižují kvalitu života seniorů (Bottan et al., 2014, s. 181).

Smysluplnost života ve stáří je jednou s položek kvality života, její ztráta souvisí s výskytem deprese. Uvádí se, že podstatou smyslu jedince v životě, je především láska, harmonie a duchovnost. Smysluplnost života má vliv na celkový zdravotní stav, především na psychické, ale i fyzické zdraví. Obzvláště v pozdním stáří, může být smysluplnost ohrožena a to především při jednostranném zájmu o pouhé zabezpečení a uspokojení základních potřeb, či vlivem tragických životních událostí. Pokud chybí pocit užitečnosti pro druhé, ztrácí senior srozumitelný důvod smysluplnosti života (Ondrušová, 2010, s. 50 - 55).

- **Sociální faktory**

Jak je všeobecně známo, každá osoba potřebuje ke svému životu kontakt a komunikaci s druhými lidmi. Mezi sociální potřeby patří potřeba lásky, potřeba náležet k nějaké skupině, potřeba dostávat informace, možnost vyjadřovat se a být vyslechnut. Do potřeby lásky je zahrnuta touha lásku dávat a přijímat, milovat a být milován. U seniorů vstupuje do popředí potřeba lásky v období samoty a opuštěnosti (Motlová, 2007, s. 346). Studie provedená v Chile mezi 1676 seniory dokazuje podstatný vliv sociálních vztahů na hodnocení kvality života. Sociální vztahy společně s psychickým zdravím byly nejvýznamnějšími faktory, které ovlivňovaly kvalitu života respondentů. Senioři považovali za velmi důležité mít přátele a dobré vztahy v rodině (Bunout et al., 2012, s. 15 - 18).

Důležitým sociologickým faktorem ve stáří je odchod do důchodu. Přináší změnu dosavadního životního stylu, kdy má senior více volného času, chybí struktura dne a dochází ke ztrátě profesní prestiže. Odchod do penze bývá také provázen poklesem životní úrovně. Narušení sociálních vazeb je také jednou z příčin osamělosti seniorů (Ondrušová, 2009, s. 37).

Významný vztah je pak mezi kvalitou života starých lidí a samotou. Osamělost by se dala definovat jako subjektivní negativní pocit, který se vztahuje k osobní zkušenosti s deficitem společenských vztahů. Emoční izolace představuje subjektivní reakci na absenci blízkého a intimního vztahu osob, například nepřítomnost milovaného člověka, manžela (Singh, Srivastava, 2014, s. 11).

Sociální izolaci lze obecně definovat jako absence kontaktu s jinými lidmi je klíčovým faktorem při zkoumání vlivu sociálního prostředí na kvalitu života starších lidí. Dle výzkumů máme dostatek důkazů o negativním dopadu na zdraví a celkovou pohodu seniorů v sociální izolaci (Hawton et al., 2011, s. 65).

- **Spirituální faktory**

Spirituální faktory nemusí nutně odkazovat jen na náboženské, či existenční otázky. Nejčastěji bývá spirituální potřeba spojená s rodinou, kontaktem s přáteli a přírodou. Také potřeba mluvit o smrti, smyslu utrpení a nemoci. V náboženských otázkách často lidé volí samotu (Erichsen, Brüßing, 2013, s. 4 - 5). Věřícím lidem jejich víra pomáhá zachovat osobní důstojnost, a odvalu v životě pokračovat. Díky víře, jsou lidé často schopni lépe, přijímají své onemocnění a ztrátu fyzických funkcí (Oosterveld-Vlung et al., 2014, s. 102).

Respekt, soucit, náboženské rituály jsou vnímány jako důležitá součást důstojného života. Je důležité, aby jedinci, který si ji přeje, byla umožněna duchovní péče. Tato duchovní péče se týká: pocitu naděje, zachování místa ve společnosti, pocitu jedinečnosti a individuality, důstojnosti, pocitu ocenění, hledání smyslu života (Callahan, 2015, s. 50).

2.3.2 Kvalita života v seniorském věku

Z hlediska gerontologie je vnímání kvality života založeno na úrovni pohybové aktivity, soběstačnosti, psychické pohodě, sociální podpoře, celkovém zdravotním stavu, hmotném zabezpečení a životní spokojenosti (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 10). Vše je však dále ovlivněno i průběhem stáří, genetickými a vrozenými predispozicemi, prostředím, ve kterém daná osoba žije, životním stylem v průběhu života, degenerativními chorobami vzniklými v průběhu života, ale také schopností pracovat se stresem a používáním obranných mechanismů. Nejčastější změny projevující se ve stáří patří snížení tělesné hmotnosti, úbytek svalové hmoty s dopadem na postoj a chůzi, involuční změny týkající se smyslového vnímání, zpomalení rychlosti vedení vzruchu nervovými vlákny a snížení vitální kapacity. Za zásadní je považováno také osamostatnění dospělých dětí, odchod do penze, změna ekonomické situace či úmrtí životního partnera, což může mít zásadní vliv na kvalitu života (Dvořáčková, 2012, s. 10 - 12). Všechny tyto faktory se podílejí na subjektivním vnímání kvality života seniora (Kelly-Campbell, Atcherson, 2012, s. 375). Vliv věku na kvalitu života potvrzuje i studie autorů Metselaar et al. (2009, s. 907 - 917). S postupujícím věkem dochází často

i k omezování sociálních aktivit seniorů (Magalhães et al., 2011, s. 636). Často se totiž starší jedinci spoléhají na své partnery. V případě, že již partnera nemají, objevuje se často ztížená integrace seniora do společnosti spojená s pocitem nižší kvality života (Kelly-Campbell, Atcherson, 2012, s. 374).

Velký vliv na úroveň kvality života seniora má geriatrická křehkost, která bývá definována jako dynamický stav ovlivňující jednotlivce a způsobující ztrátu v jedné nebo více doménách lidských funkcí (Gobbens, VanAssen, 2014, s. 2 289). Studie zaměřené na kvalitu života křehkého seniora poukazuje na skutečnost, že se v každodenní praxi setkáváme se zranitelnými křehkými seniory. Ukázalo se, že u těchto seniorů ve spojitosti s primární péčí hraje velkou roli vliv celkového zdravotního stavu a omezení funkční kapacity z důvodu bolesti na vnímání kvality života. Bolest je ve stáří spojena s příznaky, které jsou prekurzory poklesu tělesných funkcí a zdraví a fyzické změny spojené s křehkostí mohou být spojeny s nižší kvalitou života (Lenardt et al., 2014, s. 399). Gobbens uvádí, že samotná křehkost se stává stále relevantnějším konceptem gerontologie a geriatric (Gobbens, VanAssen, 2014, s. 2 289).

Celkovou spokojenost s životem ve stáří ovlivňuje osobnost člověka, které si jedinec vytváří během svého života (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 62). Někteří lidé zůstávají i ve vysokém věku stále aktivní, nabití energií a optimismem. Jiní však radost a chuť ze života ztrácejí, jsou naplněni negativními pocity (Kačmárová, 2013, s. 42).

Změny, které stárnutí přináší, ovlivňuje celá řada společně působících činitelů. Patří sem především životní postoje, zkušenosti a také subjektivní vnímání vlastního zdraví (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 62). Pro udržení kvality života u starších osob je podstatné zachování psychické pohody, fyzického zdraví, volnočasových aktivit, udržení dostatečné sociální sítě a sousedských vztahů, zachovat si pozitivní myšlení a mít se na co těšit i do budoucna, zachovat si adekvátní finanční podmínky a finanční nezávislost (Bowling, Stenner, 2011, s. 273).

Natuveli a Blane ve své studii popisují objektivní a subjektivní rozměr kvality života. Většina seniorů hodnotí kvalitu života pozitivně na základě dobrých sociálních kontaktů, zdravotního zabezpečení, nezávislosti, odolnosti a dobré adaptaci na nové podmínky. Subjektivní kvalitu života seniorů může negativně ovlivnit demence a deprese (Netuveli, Blane, 2008, s. 113).

Ochrana a zlepšování kvality života seniorů je jedním z aktuálně diskutovaných témat současné doby. Mezinárodní organizace vidí toto téma za velmi důležité a smysluplné. Stává se součástí různých konceptů a strategických dokumentů. I Česká republika tuto oblast bere

jako velmi důležitou a potřebnou. Kořeny konceptu aktivního stárnutí sahají do 90. let minulého století, kdy jej Světová zdravotnická organizace začala poprvé používat v rámci svých politik. Reakce na očekávané vzestupné stárnutí a i na skutečnost, že následující generace starších osob budou zdravější a vzdělanější, je připraven koncept přístupu společnosti k populačnímu stárnutí. Koncept je nazýván Aktivní stárnutí a je prosazovaný na půdě OSN a dalších mezinárodních organizací. Podstatou konceptu je změnit postoje společnosti ke starým lidem. Koncept pak umožňuje, aby senioři, na základě svého výběru a okolností se plně zapojovali do společenského života. Světová zdravotnická organizace definuje podmínky pro aktivní stárnutí jako proces optimalizace příležitostí pro zdraví, zapojení se a pocit bezpečí ve snaze zachovat kvalitu života u stárnoucích osob. WHO zdůrazňuje témata spojovaná s aktivním stárnutím, např. propagace pojištění, podpora zdravého životního stylu, snižování zdravotních rizik a zvyšování kvality života, jelikož stárnutí klade zvýšené ekonomické a sociální nároky na všechny země WHO v evropském regionu. Vláda ČR následně přijala usnesením dne 18. 6. 2012 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2013 až 2017. Jedná se o strategický dokument, který stanovil cíle a opatření, která je třeba přijmout. Kvalita života je podle tohoto dokumentu hodnota a průřezové téma, které přesahuje hranice administrativních kompetencí a úrovní veřejné správy. Zdůrazňuje, že k naplnění závazku vyšší kvality života ve stáří je nevyhnutelná spolupráce vlády a samosprávy. Definuje základní principy přístupů ke starším osobám a stárnutí (Hasmanová-Marhánková, 2014, s. 13 - 25).

2.3.3 Kvalita života seniorů s demencí

Kognitivní postižení, deprese, psychiatrické problémy a chronické choroby negativně ovlivňují kvalitu života starších pacientů. Důležité je provádět včas vyšetření kognitivních funkcí. To vše vede k včasnému odhalení a zahájení léčby, což vede ke zkvalitnění života. Rostoucí populace s demencí, vyžaduje podporu pro dosažení dobré kvality života (O'Rourke et al., 2015, s. 24). U jedinců s demencí je posuzování kvality života velmi náročné (Pereira, 2015, s. 223). Pohled na kvalitu života seniorů s demencí nemusí být z pohledu samotného pacienta, rodiny či dalších zainteresovaných osob stejný. Uvádí se, že až 80 % seniorů trpících demencí žije ve svém původním, domácím prostředí a většinu péče jim poskytují rodinní příslušníci. To vše souvisí se sociálním dopadem chronických onemocnění a lékařských snah, jejichž cílem je zvýšení kvality života. Existují různé konceptualizace kvality života u jedinců s různou fází demence. Demence umožňuje schopnost sebezpejetí

a ukazuje, že pacienti i mírnou demencí mohou přispět svými pohledy na kvalitu života (Chiu et al., 2008, s. 580). Kvalita života týkající se osob s demencí je široce používána k měření výsledků různých studií. Woods ve své studii zkoumal, zda je kvalita života ovlivněna osobností. Studie naznačuje, že hodnocení kvality života u lidí s demencí v raném stádiu demence je ovlivňována mnoha faktory a není určena pouze jedním aspektem života člověka. Intervence zaměřené na zlepšení nálady, posílení vztahů se ukazuje jako cenná, pro zlepšení a udržení kvality života u lidí s demencí (Woods et al, 2014, s. 4 - 6).

Lawtonův model kvality života jedinců s demencí, který zahrnuje subjektivní a objektivní faktory vychází z částí – behaviorální, životní prostředí, psychická pohoda. Ačkoliv mnoho akademiků podporuje koncipování kvality života tak, aby zahrnoval subjektivní komponenty, otázkou však je, zda lidé s demencí jsou schopni komunikovat spolehlivě. Náhled na vlastní osobu ovlivňuje samotná povaha demence, kdy je přítomen kognitivní deficit paměti, pozornosti, jazyka mohou mít dopad na schopnost jedince pochopit a souvisle komunikovat jejich subjektivní stav. Kromě toho, změny osobnosti, deprese, agitace a psychóza demence může také ztížit pokusy o měření kvality života (Moyle et al., 2011, s. 970 - 977).

Kognitivní i somatická dezorientace doprovázející jedince s demencí, má významný dopad v sociální, zdravotní a ekonomické oblasti. U osob s demencí roste riziko závislosti na okolí, riziko sociálního vyčlenění, ztráty sociálních kontaktů i autonomie (Lužný, 2013, s. 18).

Když je člověk ovlivněn zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním, jako je například demence, je velmi důležité brát ohled na determinanty, které jsou spojené s fyzickými, emocionálními a sociálními obtížemi. Ne každý je schopen přizpůsobit se důsledkům demence, které ovlivňují kvalitu života. To vše ohrožuje schopnost osoby s demencí naplnit svůj potenciál, stejně jako jeho schopnost zapojit se do prostředí, ve kterém žije (De Vugt, Dröes, 2017, s. 2).

2.4 Shrnutí teoretických východisek

Kvalita života úzce souvisí s osobním pocitem štěstí a subjektivní životní spokojeností (Top, Dikmetas, 2015, s. 297). Kvalitu života ovlivňuje mnoho determinant. Mezi ty nejvýznamnější patří faktory fyzické, psychické, sociální a spirituální (Halvorsrud, 2010, s. 255).

Autoři studií Schenk et al. a White et al. se shodují na tom, že významným ukazatelem celkového zdravotního stavu je subjektivní vnímání zdraví a pohybová aktivita (Schenk et al., 2013, White et al. 2009). Vše však může být ovlivněno depresivními příznaky a stupněm závislosti (Trentini et al., 2012, s. 279-286). Bunou et al. uvádějí, že podstatný vliv na zdravotní stav a hodnocení kvality života má míra uspokojení sociálních potřeb, mezi které patří potřeba kontaktu s druhými lidmi, komunikace, potřeba lásky, sounáležitosti a informovanosti (Bunou et al., 2012, s. 15 - 18).

Autoři ve svých studiích uvádějí, že posuzování kvality života jedinců s demencí je velmi náročné. Jejich kognitivní postižení, deprese a chronické onemocnění ovlivňují jejich kvalitu života (Pereira, 2015, Chiu et al., 2008). Moyle et al. poukazují na to, do jaké míry jsou jedinci s demencí schopni komunikovat spolehlivě (Moyle et al., 2011, s. 1632). Ne každý je schopen přizpůsobit se důsledkům demence (De Vugt, Dröes, 2017, s. 2).

Přírozenou součástí života, je stárnutí. Vnímání a prožívání tohoto období je velmi individuální a je ovlivněno mnoha faktory (Kačmárová, 2013, s. 42). Celosvětově dochází ke stárnutí populace (Ondrušová, 2009, s. 36). Za velmi závažný faktor, který ovlivňuje život jedince, je považován pokles nezávislosti a nárůst závislosti (Dvořáčková, 2012, s. 82). Je tedy třeba dbát na zachování lidské důstojnosti v každodenním životě a to zejména u seniorů (Makaza-Muzavazi, 2014, s. 29). Důstojnost se často, a to především u seniorů, spojuje s pocitem zranitelnosti a ztrátou vlastní identity (Anderberg et al., 2007, s. 636).

Za nejvyšší lidské právo je považováno právo na důstojnost, které je zakotveno v řadě deklarací a etických kodexů. Pokud tedy dochází k porušování lidských práv, dochází tím k porušení důstojnosti člověka (Jacobson, 2009, s. 1).

Po prostudování studií použitých v teoretické části diplomové práce vyplývá, že důstojnost je nedílnou součástí života seniorů. Důstojnost je základní vrozená hodnota lidského života a je podmíněna především kvalitou života (Östlund et al., 2012, s. 353). Každý jedinec vnímá důstojnost jinak. Pojem důstojnost vychází z latinského slova dignitas/dignus a znamená úctyhodný (Andenberg et al., 2007, s. 637). Důstojnost má své

faktory, které ovlivňují vnímání a postoj každého člověka vůči důstojnosti (Van Gennip, 2013, s. 616 – 624). Chápání důstojnosti závisí na zdroji, ze kterého vychází. A to je zdroj filozofický, náboženský nebo kulturní (Munzarová, 2011, s. 499). Jedním z nejdůležitějších faktorů zachování lidské důstojnosti je autonomie, tedy právo volby nad svým vlastním životem (Bentwich et al., 2016, s. 22).

Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumu byla hypotéza formulována takto: předpokládáme, že hodnocení kvality života seniorů v počáteční fázi demence souvisí s jejich pohlavím, věkem a hodnocením důstojnosti.

3 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvantitativního výzkumu, průřezová studie. Byl použit soubor oficiálních českých verzí standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, PDI. Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (Příloha 1).

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak senioři v počáteční fázi demence (PFD) subjektivně hodnotí kvalitu svého života. Od vymezení hlavního cíle se odvíjejí čtyři dílčí cíle.

Cíl 1: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života seniorů s PFD a pohlavím.

Statistické hypotézy k cíli 1:

H_{1o}: Neexistuje vztah mezi kvalitou života seniorů s PFD a pohlavím.

H_{1A}: Existuje vztah mezi kvalitou života seniorů s PFD a pohlavím.

Cíl 2: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života seniorů s PFD a věkem.

Statistické hypotézy k cíli 2:

H_{2o}: Neexistuje vztah mezi kvalitou života seniorů s PFD a jejich věkem.

H_{2A}: Existuje vztah mezi kvalitou života seniorů s PFD a jejich věkem.

Cíl 3: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života (generický BREF) seniorů s PFD a důstojností.

Statistické hypotézy k cíli 3:

H_{3o}: Neexistuje vztah mezi kvalitou života (generický dotazník BREF) seniorů s PFD a hodnocením důstojnosti.

H3_A: Existuje vztah mezi kvalitou života (generický dotazník BREF) seniorů s PFD a hodnocením důstojnosti.

Cíl 4: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života (specifický modul OLD) seniorů s PFD a důstojností.

Statistické hypotézy k cíli 4:

H4₀: Neexistuje vztah mezi kvalitou života (specifický modul OLD) seniorů s PFD a hodnocením důstojnosti.

H4_A: Existuje vztah mezi kvalitou života (specifický modul OLD) seniorů s PFD a hodnocením důstojnosti.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořil senioři s počínající fází demence registrovaní u praktického lékaře v Moravskotřebovském regionu. Výběr respondentů byl tvořen následujícími kritérii: diagnostikovaná demence v počátečním stadiu, věk nad 65 let, úroveň kognitivních funkcí dle testu MMSE 21 – 23 bodů, podepsaný informovaný souhlas se zachováním anonymity. Vyřazujícími kritérii byl kognitivní deficit (MMSE 20 bodů a méně, 24 bodů a více) a závažné senzorní postižení (zrak, sluch).

Po schválení Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomoci byli kontaktováni praktičtí lékaři. Po souhlasu lékařů, kteří osobně oslovili své pacienty s diagnózou demence ve své ordinaci a nabídli jim účast ve výzkumu (čímž nijak neporušili povinnost mlčenlivosti). Pokud senior se zapojením do výzkumu souhlasil, byl osloven studentkou, podepsal informovaný souhlas a dostal dotazník, který vyplnil samostatně nebo formou strukturovaného rozhovoru.

3.3 Metoda sběru dat

Pro získání dat byl použit kvantitativní výzkum, pomocí souborů tří dotazníků. K měření kvality života byla použita česká verze standardizovaného dotazníku WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF, které byly získány po zaregistrování v českém

WHOQOL centru. K hodnocení důstojnosti byla použita česká verze dotazníku PDI a k zhodnocení úrovně kognitivních funkcí dotazník MMSE.

- **WHOQOL – BREF dotazník**

Světová zdravotnická organizace na počátku 90. let dala podnět mezinárodní pracovní skupině World Health Organization Quality of Life (Ondrušová, 2009, s. 37) pro vytvoření dotazníku určený pro měření kvality života u seniorů (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 10 - 11). Pracovní skupina byla složena z patnácti zástupců z výzkumných center z celého světa. Nejprve byl vytvořen dotazník s názvem WHOQOL-100 a obsahoval 100 položek (Ondrušová, 2009, s. 37). Ověřovací studie a požadavky praxe měly za následek vytvoření zkrácené verze WHOQOL-BREF (Skevington, Lotfy, O'Connell, 2004, s. 300), který je sestaven z 24 položek, obsahující 4 domény: doména Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy a doména Prostředí (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 11). Obsahuje i dvě samostatné položky k hodnocení životní spokojenosti a zdravotního stavu (Dragomirecká, Bartoňová., 2006, s. 145).

- **Doména Fyzické zdraví:** Bolest a nepříjemné pocity, závislost na lékařské péči, energie a únava, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti, pracovní výkonnost.
- **Doména Prožívání:** Potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou, negativní pocity.
- **Doména Sociální vztahy:** Osobní vztahy, sexuální život, podpora přátel.
- **Doména Prostředí:** Osobní bezpečí, životní prostředí, finanční situace, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče, doprava.
- **Samostatné položky:** Kvality života, spokojenost se zdravím (Dragomirecká, Prajsová, 2006, s. 145).

- **WHOQOL-OLD dotazník**

Dotazník WHOQOL-OLD není určen pro samostatné použití, slouží jako dodatkový modul k dotazníku kvality života WHOQOL-100a WHOQOL-BREF (Ondrušová, 2009, s. 38). Jeho úkolem je hodnocení šesti důležitých oblastí pro osoby vyššího věku: Fungování smyslů, Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení, Intimita a Postoj k smrti.

- **Doména Fungování smyslů:** Vliv na každodenní život, vliv na činnost, vliv na komunikaci, hodnocení smyslů.

- **Doména Nezávislost:** Svobodné rozhodování, rozhodování budoucnosti, ostatní respektují svobodu rozhodování, věnovat se tomu, co mě těší.
- **Doména Naplnění:** Možnosti něčeho dosáhnout, zasloužené uznání, povídat si o minulosti, na něco se těšit, přínos společnosti, spokojenost s dosaženým.
- **Doména Sociální zapojení:** Izolace, dostatečně chodit ven, dostatek činností, spokojenost s trávením času, spokojenost s aktivnostmi, zapojení do místního dění, smysluplnost činností.
- **Doména Blízké vztahy:** Sdílení myšlenek, přátelství, láska, příležitost někoho milovat, fyzická blízkost, míra důvěrnosti, být milován.
- **Doména Postoj k smrti:** Strach ze smrti blízkých, strach jak zemřu, strach ze ztráty kontroly, strach z umírání, strach z bolesti
(Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 15 - 16).

- **PDI dotazník**

K měření důstojnosti byla použita česká verze standardizovaného dotazníku Patient Dignity Inventory (PDI). PDI obsahuje 25 otázek s 5 bodovou Likertovou škálou (1 - není problém, 2 - mírný problém, 3 - problém, 4 - velký problém, 5 - nepřekonatelný problém). Otázky jsou zaměřeny na pět faktorů: příznak utrpení, existencionální tíseň, závislost, duševní klid a sociální podporu. Cílem dotazníku je identifikovat různé zdroje úzkosti (fyzické, funkční, psychosociální, existencionální a duchovní (Chochinov et al., 2008, s. 559 – 571).

3.4 Realizace výzkumu

Dotazníkové šetření bylo realizováno od června 2016 do ledna 2017, v osmi ambulancích praktických lékařů pro dospělé v Pardubickém kraji (Moravskotřebovský region). Bylo osloveno celkem 208 seniorů. Z nich 16 seniorů se odmítlo do výzkumu zapojit. U 192 seniorů bylo provedeno hodnocení kognitivních funkcí pomocí dotazníku MMSE. Výsledky ukázaly, že 12 seniorů nespĺňuje zařazující kritéria. Šetření se tedy zúčastnilo 180 seniorů, kteří vyplnili dotazník samostatně (po předchozí instrukci) nebo formou strukturovaného rozhovoru.

3.5 Metoda zpracování dat

Data z dotazníkových šetření byla uložena v programu Microsoft Office – Excel 2010. Podle metodiky bylo vypočítáno hrubé skóre domén kvality života měřené pomocí dotazníku WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD. Při výpočtu hrubých skóre domén, byla nejdříve provedena transformace (otočení) škály u položek specifikovaných v metodice a poté bylo vypočítáno průměrné hrubé skóre jednotlivých domén. Pro doménu „Fyzické zdraví“ dotazníku WHOQOL-BREF se průměrný hrubý skór vypočítal ze sedmi položek (q3, q4, q10, q15 – q18). Pro doménu „Prožívání“ byl hrubý skór vypočítán z šesti položek (q5, q6, q7, q11, q19, q26). Hrubý skór pro doménu „Sociální vztahy“ byl počítán ze tří položek (q20, q21 a q22). Pro doménu „Prostředí“ byl hrubý skór vypočten z osmi položek (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25). Všechny domény dotazníku WHOQOL-OLD jsou syceny vždy čtyřmi položkami. Hrubé skóre domén bylo, dle metodiky, transformováno na škálu 4-20.

Pro vytvoření hrubých skórů domén dotazníku WHOQOL-BREF byla použita metodika Dragomirecké (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 23 - 24), pro vytvoření hrubých skórů domén dotazníku WHOQOL-OLD byla použita metodika Dragomirecké (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 23 - 24).

Data byla zpracována pomocí statistického software IBM SPSS Statistics verze 22. Skóre v jednotlivých dimenzích byla popsána pomocí základních popisných statistických charakteristik: průměrné hodnoty, směrodatné odchylky (SD), mediánu, minimální a maximální hodnoty. Vzhledem k nenormální distribuci hodnot skóre je vhodnější používat k popisu střední polohy dat medián, průměrná hodnota může být v této situaci zkreslena.

U dotazníku DPI bylo popsáno rozdělení odpovědí na škále 1-5 pomocí relativních četností vyjádřených v procentech, byla vypočítána průměrná hodnota a směrodatná odchylka škály odpovědí.

K ověření platnosti hypotéz byl použit Mann-Whitney U test, v případě, kdy byly porovnávány dvě různé skupiny respondentů - muži a ženy. Rozdělení hodnot skóre jednotlivých dimenzí kvality života u mužů a žen bylo zobrazeno pomocí kvartilového krabicového grafu. Závislost kvality života na věku seniorů byla hodnocena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Neparametrická korelační analýza byla použita kvůli nenormální distribuci hodnot skóre. Byly vypočítány hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a hodnoty signifikance (p-hodnoty) testu významnosti korelačního koeficientu. Závislost mezi hodnocením kvality života a důstojností (PDI) byla hodnocena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Skóre dimenzí kvality života bylo korelováno s jednotlivými

položkami dotazníku PDI. Normalita skóre byla posouzena pomocí testu Shapiro-Wilk. Všechny testy byly dělány na hladině signifikance 0,05

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Po zpracování a analýze získaných dat prostřednictvím dotazníkového šetření, byla dle popsané metodiky statisticky zpracována demografická data respondentů, dále byly vyhodnoceny položky dotazníku WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a PDI. Poté byla ověřena platnost všech čtyř hypotéz.

4.1 Demografický charakter souboru respondentů

Výzkumu se zúčastnilo 180 seniorů z ambulancí praktického lékaře pro dospělé v Moravskotřebovském regionu, kteří kompletně vyplnili dotazník. Celková návratnost byla 85,5 % (180 z 208).

Průměrný věk respondentů byl 72,9 let, medián věku byl 71 let. Minimální věk byl 65 let, maximální byl 91 let (tab. 1).

Tabulka 1: Věk respondentů

Věk					
N	Minimum	Maximum	Medián	Průměr	SD*
180	65	91	71	72,9	7,1

*SD = směrodatná odchylka

U všech dotazovaných seniorů byl proveden test úrovně kognitivních funkcí MMSE. Zařazovacím kritériem byl MMSE 21 – 23 bodů. Průměrná hodnota testu byla 21,8 bodů, medián 22 bodů. Minimální počet bodů u respondentů byl 21 bodů, maximální 23 bodů (tab. 2).

Tabulka 2: Hodnocení MMSE

MMSE					
N	Minimum	Maximum	Medián	Průměr	SD*
180	21	23	22	21,8	0,8

*SD = směrodatná odchylka

Z celkového počtu respondentů (180) bylo 76 žen (42,2 %) a 104 mužů (57,8%). V oblasti dosaženého vzdělání bylo nejvíce uvedeno vyučen 95 (52,8 %), pak středoškolské 40 (22,2 %), základní 26 (14,4 %), vysokoškolské 19 (10,6 %). Nejvíce seniorů žilo s partnerkou či partnerem 83 (46,1 %), samostatně bydlelo 32 (17,8 %), doma s dalšími příbuznými bydlelo 34 (18,9 %) a v penzionu bydlelo 31 (17,2 %) dotazovaných respondentů (tab. 3).

Tabulka 3: Demografické údaje

	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Pohlaví		
muž	104	57,8 %
žena	76	42,2 %
Vzdělání		
základní	26	14,4 %
vyučen	95	52,8 %
středoškolské	40	22,2 %
vysokoškolské	19	10,6 %
Sociální situace (s kým žijí)		
doma sám/a	32	17,8 %
doma s partnerkou/partnerem	83	46,1 %
doma s dalšími příbuznými	34	18,9 %
v penzionu	31	17,2 %

4.2 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-BREF

Pacienti s počáteční fází demence hodnotili v rámci dotazníku WHOQOL-BREF kvalitu života se zdravím ve dvou samostatných otázkách „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ a „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“. Následující tabulka popisuje vyhodnocení odpovědí.

Jako dobrou hodnotilo 65 (36,1 %) seniorů. Podle 44 (24,4 %) seniorů je jejich kvalita života špatná. Ani špatná ani dobrá uvedlo 34 (18,9 %) seniorů. Jako velmi dobrou kvalitu

svého života uvedlo 22 (12,2 %) respondentů. Za velmi špatnou kvalitu života považuje 15 (8,3 %) seniorů (tab. 4).

Spokojenost se zdravím hodnotili senioři nejčastěji položkou nespokojen/a 62 (34,4 %). 47 (26,1 %) dotazovaných respondentů bylo spokojeno se svým zdravím. Podobný počet seniorů 41 (22,8 %) odpovědělo ani spokojen/a, ani nespokojen/a. 9 (5 %) bylo velmi nespokojených a 21 (11,7 %) velmi spokojených (tab. 4).

Tabulka 4: Samostatné otázky WHOQOL-BREF dotazníku

BREF 1 - Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?		
	počet	%
velmi dobrá	22	12,2 %
dobrá	65	36,1 %
ani špatná ani dobrá	34	18,9 %
špatná	44	24,4 %
velmi špatná	15	8,3 %
BREF 2 - Jak jste spokojen/a se svým zdravím?		
	počet	%
velmi spokojen/a	21	11,7 %
spokojen/a	47	26,1 %
ani spokojen/a ani nespokojen/a	41	22,8 %
nespokojen/a	62	34,4 %
velmi nespokojen/a	9	5,0 %

V dotazníku WHOQOL-BREF se hodnotily celkem čtyři domény kvality života, kdy byla vyhodnocena doména Prostředí jako nejvyšší spokojenost s kvalitou života (medián 12,00). Nejnižší kvalita života byla zjištěna v doméně Fyzické zdraví (medián 11,40) (tab. 5).

Tabulka 5: Vyhodnocení domén WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF	Průměr	SD*	Medián	Min**	Max***
Fyzické zdraví	11,41	2,69	11,40	6,30	18,30
Prožívání	11,96	2,74	12,00	5,30	20,00
Sociální vztahy	11,76	3,13	12,00	4,00	20,00
Prostředí	12,16	2,62	12,00	6,00	19,50

*SD = směrodatná odchylka, rozpětí škály domén je 4-20

**Min = minimum

***Max = maximum

4.3 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-OLD

Dle dotazníku WHOQOL-OLD byla spokojenost s kvalitou života nejvíce hodnocena v doméně Fungování smyslů (medián 13,00). Dále pak byly velmi kladně hodnoceny domény Postoj ke smrti (medián 12,00), Nezávislost (medián 12,00) Naplnění (medián 12,00). Na velmi podobné úrovni byla pak hodnocena doména Intimita (medián 11,00). Doména Sociální zapojení byla hodnocena, nejméně podstatná ze všech domén kvality života (medián 10,00) (tab. 6).

Tabulka 6: Vyhodnocení domén WHOQOL-OLD

WHOQOL-OLD	Průměr	SD*	Medián	Min**	Max***
Fungování smyslů	12,77	3,02	13,00	6,00	20,00
Nezávislost	11,92	3,29	12,00	5,00	20,00
Naplnění	11,65	3,07	12,00	4,00	18,00
Sociální zapojení	10,87	3,48	10,00	4,00	20,00
Intimita	12,08	3,85	11,00	4,00	20,00
Postoj ke smrti	11,94	3,91	12,00	4,00	20,00

*SD = směrodatná odchylka, rozpětí škály domén je 4-20

**Min = minimum

***Max = maximum

4.4 Vyhodnocení dotazníku PDI

Otázky dotazníku PDI jsou zaměřeny na pět faktorů: příznak utrpení, existencionální tíseň, závislost, duševní klid a sociální podporu. Respondenti odpovídali na otázky pomocí pětibodové Likertovy škály od 1 (není problém) do 5 (nepřekonatelný problém).

Největší problém u seniorů s počáteční fází demence, tj. nejvyšší průměrná hodnota škály, byla zjištěna u následujících položek:

- PDI_8 (Obavy o mou budoucnost)
- PDI_7 (Pocit nejistoty ohledně nemoci a léčby)
- PDI_10 (Neschopnost pokračovat v obvyklých aktivitách).

Nejmenší problému seniorů s PFD, tj. nejnižší průměrná hodnota škály, byla zjištěna u položky:

- PDI_17 (Obavy, že můj duchovní život nemá smysl).

Přehled jednotlivých položek uvádí tabulka (tab. 7, s. 44).

Tabulka 7: Vyhodnocení dotazníku PDI

	1	2	3	4	5	problém*	průměr**	SD***
PDI_1	28%	31%	20%	21%	1%	72%	2,34	1,12
PDI_2	26%	33%	22%	18%	1%	74%	2,36	1,08
PDI_3	21%	33%	27%	17%	2%	79%	2,46	1,05
PDI_4	29%	30%	32%	9%	0%	71%	2,20	0,97
PDI_5	27%	28%	20%	22%	3%	73%	2,44	1,18
PDI_6	31%	28%	21%	14%	5%	69%	2,34	1,20
PDI_7	17%	33%	24%	19%	6%	83%	2,63	1,14
PDI_8	15%	29%	33%	18%	4%	85%	2,68	1,08
PDI_9	26%	32%	24%	16%	3%	74%	2,39	1,12
PDI_10	18%	34%	27%	16%	6%	82%	2,58	1,13
PDI_11	28%	28%	18%	21%	5%	72%	2,47	1,23
PDI_12	36%	29%	24%	9%	2%	64%	2,11	1,05
PDI_13	32%	29%	19%	16%	4%	68%	2,30	1,19
PDI_14	32%	28%	14%	23%	4%	68%	2,39	1,25
PDI_15	27%	28%	19%	20%	6%	73%	2,51	1,25
PDI_16	28%	29%	23%	18%	2%	72%	2,38	1,13
PDI_17	36%	36%	16%	9%	3%	64%	2,08	1,09
PDI_18	34%	22%	17%	18%	8%	66%	2,43	1,33
PDI_19	37%	24%	12%	23%	4%	63%	2,34	1,30
PDI_20	34%	22%	14%	25%	5%	66%	2,45	1,32
PDI_21	32%	32%	20%	13%	3%	68%	2,22	1,12
PDI_22	31%	38%	17%	11%	3%	69%	2,18	1,08
PDI_23	33%	24%	23%	16%	4%	67%	2,32	1,20
PDI_24	28%	24%	27%	19%	1%	72%	2,41	1,13
PDI_25	33%	26%	24%	12%	4%	67%	2,29	1,18

*problém = odpověď ≥ 3 na Liketově škále

**průměr na Liketově škále

***SD = směrodatná odchylka

4.5 Ověření platnosti hypotéz

Cíl 1: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života a pohlavím.

Statistické hypotézy k cíli 1:

H₁₀: Neexistuje vztah mezi kvalitou života seniorů s PFD a pohlavím.

H_{1A}: Existuje vztah mezi kvalitou života seniorů s PFD a pohlavím.

Platnost hypotézy H₁₀ byla ověřena pomocí Mann-Whitney U testu. Testem byly porovnány hodnoty skóre jednotlivých dimenzí kvality života u mužů a u žen.

Závěr:

Hypotézu H₁₀ nelze zamítnout. Nebyl prokázán signifikantní rozdíl v kvalitě života mezi muži a ženami s PFD. Ani v jedné dimenzi kvality života měřené dotazníkem WHOQOL-BREF, resp. dotazníkem WHOQOL-OLD. Následující tabulka (tab. 8) shrnuje základní popisné charakteristiky skóre pro jednotlivé dimenze kvality života (WHOQOL-BREF) pro skupinu mužů a žen. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu, který byl použit pro porovnání obou skupin. Všechny hodnoty signifikance jsou vyšší než hodnota 0,05, což znamená, že nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi muži a ženami.

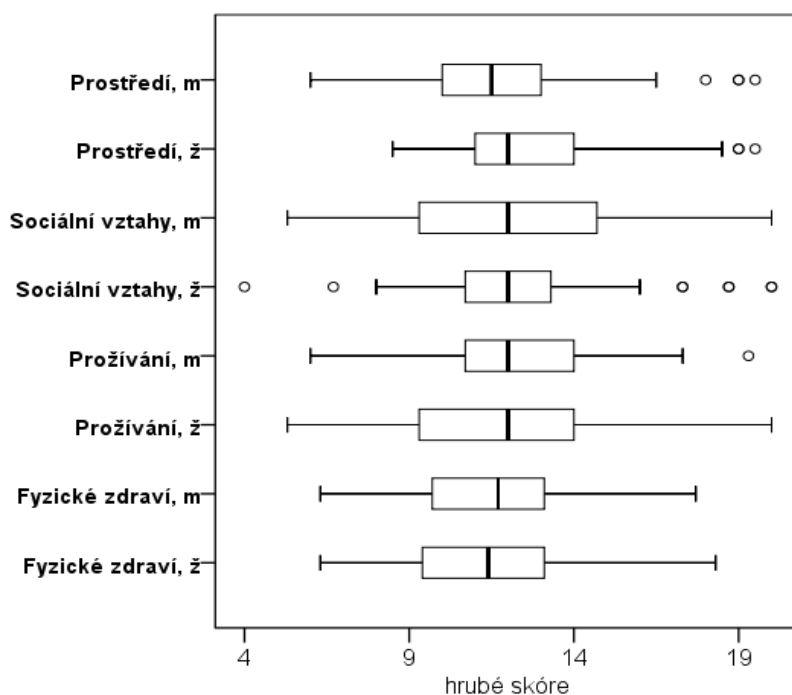
Tabulka 8: Základní popisné charakteristiky pro jednotlivé dimenze kvality života WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF	Muži		Ženy		Mann-Whitney U test p
	průměr ± SD	medián	průměr ± SD	medián	
Fyzické zdraví	11,59 ± 1,99	11,43	11,57 ± 2,05	11,43	0,575
Prožívání	11,76 ± 2,37	12,00	11,89 ± 2,44	12,00	0,313
Sociální vztahy	11,79 ± 3,00	12,00	11,72 ± 3,31	12,00	0,899
Prostředí	12,47 ± 2,44	12,00	11,74 ± 2,80	11,50	0,071

Rozpětí škály domén je 4-20

Distribuce hodnot skóre pro jednotlivé dimenze kvality života (WHOQOL-BREF) ve skupině mužů a žen je zobrazena pomocí kvartilového krabicového grafu. Silná čára uprostřed boxu odpovídá mediánu skóre (tj. 2. kvartilu). Šířka boxu, kterou definuje

1. a 3. kvartil, označuje interval, ve kterém leží 50 % hodnot skóre. Svorka vlevo a vpravo znázorňuje neodlehlou minimální a maximální hodnotu skóre. Symbol kroužek prezentuje odlehlé hodnoty skóre (obr. 1).



Obrázek 1: Krabicová graf pro jednotlivé dimenze kvality života - WHOQOL-BREF ženy versus muži

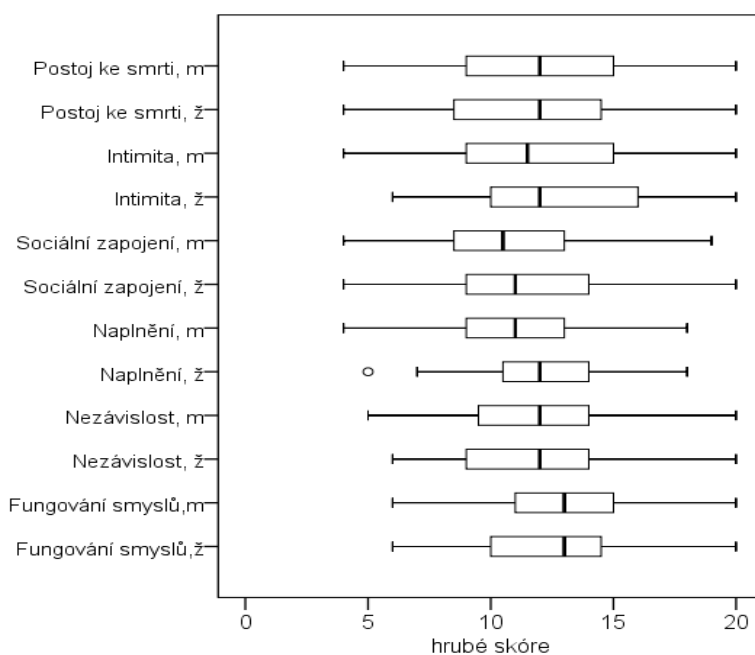
Níže uvedená tabulka (tab. 9) popisuje základní charakteristiku skóre pro jednotlivé dimenze kvality života (WHOQOL-OLD) pro skupinu mužů a žen. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu, který byl použit pro porovnání obou skupin. Všechny hodnoty signifikance jsou vyšší než hodnota 0,05, což znamená, že nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi muži a ženami.

Tabulka 9: Základní popisné charakteristiky pro jednotlivé dimenze kvality života WHOQOL-OLD

WHOQOL-OLD	Ženy		Muži		Mann-Whitney U test p
	průměr ± SD	medián	průměr ± SD	medián	
Fungování smyslů	12,73 ± 2,93	13,0	12,83 ± 3,16	13,0	0,881
Nezávislost	11,90 ± 3,30	12,0	11,93 ± 3,28	12,0	0,857
Naplnění	11,92 ± 3,02	12,0	11,28 ± 3,13	11,0	0,211
Sociální zapojení	10,86 ± 3,42	10,0	10,89 ± 3,58	10,5	0,832
Intimita	12,08 ± 3,79	11,0	12,09 ± 3,95	11,5	0,858
Postoj ke smrti	12,10 ± 3,84	12,0	11,72 ± 4,02	12,0	0,551

Rozpětí škály domén je 4-20

Distribuce hodnot skóre pro jednotlivé dimenze kvality života (WHOQOL-OLD) ve skupině mužů a žen je zobrazena pomocí kvartilového krabicového grafu (obr. 2).



Obrázek 2: Krabicový graf závislosti pro jednotlivé dimenze kvality života - WHOQOL-OLD ženy versus muži

Cíl 2: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života a věkem.

Statistické hypotézy k cíli 2:

H₂₀: Neexistuje vztah mezi kvalitou života seniorů s PFD a jejich věkem.

H_{2A}: Existuje vztah mezi kvalitou života seniorů s PFD a jejich věkem.

Platnost hypotézy H₂₀ byla ověřena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Byly vypočítány hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a hodnoty signifikance (p-hodnoty) testu významnosti korelačního koeficientu. Korelační koeficient byl vypočítán pro každou dimenzi kvality života měřenou pomocí dotazníku WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD.

Závěr:

Hypotézu H₂₀ nelze zamítnout. Nebyla prokázána signifikantní závislost mezi kvalitou života seniorů s PFD a jejich věkem. Následující tabulky (tab. 10, tab. 11) uvádí hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu pro korelaci skóre kvality života v jednotlivých dimenzích s věkem seniorů a hodnoty signifikance (p-hodnoty) testu významnosti jednotlivých koeficientů. Všechny hodnoty korelačního koeficientu jsou velmi nízké, blízké nule a p-hodnoty jsou větší než hladina signifikance 0,05, což znamená, že nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi hodnotami skóre v jednotlivých dimenzích kvality života a věkem.

Tabulka10: Korelace pro dimenzi kvality života dotazníku WHOQOL-BREF

Věk	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí
Spearmanův korelační koeficient	0,008	-0,053	0,061	0,023
p-hodnota	0,910	0,482	0,418	0,757

Tabulka11: Korelace pro dimenzi kvality života dotazníku WHOQOL-OLD

Věk	Fungování smyslů	Nezávislost	Naplnění	Sociální zapojení	Intimita	Postoj ke smrti
Spear. korelační koeficient	0,121	-0,040	0,017	0,048	-0,106	0,116
p-hodnota	0,105	0,590	0,82	0,524	0,157	0,122

Cíl 3: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života (generický BREF) a důstojností.

Statistické hypotézy k cíli 3:

H₃₀: Neexistuje vztah mezi kvalitou života (generický dotazník BREF) a hodnocením důstojnosti.

H3_A: Existuje vztah mezi kvalitou života (generický dotazník BREF) a hodnocením důstojnosti.

Platnost hypotézy H3₀ byla ověřena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Byly vypočítány hodnoty korelačních koeficientů a byl proveden test významnosti (nenulovosti) korelačních koeficientů. Skóre v dané dimenzi bylo korelováno s jednotlivými položkami dotazníku PDI.

Závěr:

Hypotézu H3₀ zamítáme pro všechny dimenze kvality života generického dotazníku BREF. Pro všechny dimenze kvality života byla prokázána signifikantní slabá nebo středně silná negativní korelace s položkami dotazníku PDI.

Kvalita života v dimenzi **Fyzické zdraví** nejsilněji koreluje s položkou PDI_14 (Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl). Hodnota korelačního koeficientu tedy je $r = -0,510$. Pro položkou PDI_15 (Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým), je korelační hodnota $r = -0,502$, jde o středně silnou negativní korelaci (obr. 3). Pro položky PDI_1, 2, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 19 a 24 byla zjištěna středně silná negativní korelace, s ostatními položkami PDI byla zjištěna slabá nebo velmi slabá negativní korelace.

Kvalita života v dimenzi **Prožívání** nejsilněji koreluje s položkou PDI_15 (Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým) jde o hodnotu korelačního koeficientu $r = -0,496$, tato hodnota odpovídá středně silné negativní korelaci. Pro položky PDI_2, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14 a 24 byla zjištěna středně silná negativní korelace, s ostatními položkami PDI byla zjištěna slabá nebo velmi slabá negativní korelace.

Kvalita života v dimenzi **Sociální vztahy** nejsilněji koreluje s položkou PDI_2 (Neschopnost obsloužit samostatně tělesné funkce). Zjištěná hodnota korelačního koeficientu je $r = -0,377$, jde tedy o slabou negativní korelaci. S ostatními položkami PDI byla zjištěna slabá nebo velmi slabá negativní korelace.

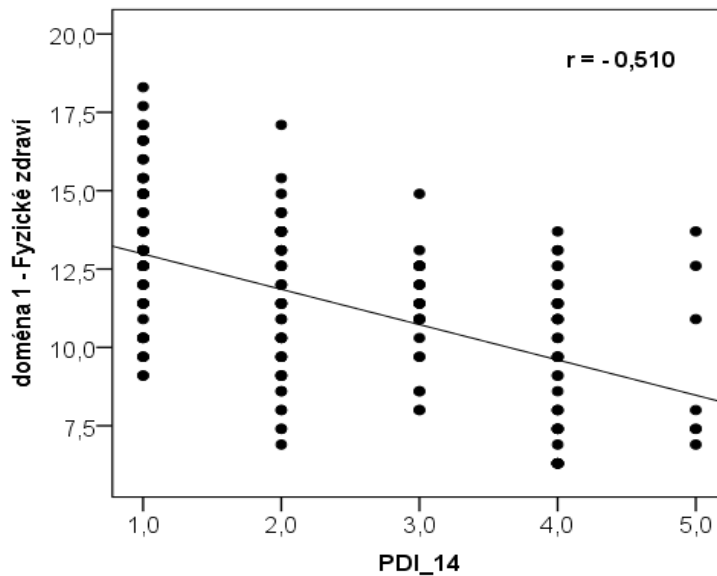
Kvalita života v dimenzi **Prostředí** nejsilněji koreluje s položkou PDI_22 (Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu) je hodnota korelačního koeficientu $r = -0,444$, jde o středně silnou negativní korelaci. S ostatními položkami PDI byla zjištěna slabá nebo velmi slabá negativní korelace.

Následující tabulka (tab. 12) uvádí hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu (r) a hladinu signifikance (p) testu významnosti korelačního koeficientu. Všechny hodnoty p v tabulce jsou menší než hladina signifikance 0,05, to znamená, že pro všechny položky PDI byla zjištěna signifikantní závislost se skóre kvality života jednotlivých dimenzí dotazníku BREF.

Tabulka12: Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu (r) a hladinu signifikance (p) testu významnosti korelačního koeficientu

	Fyzické zdraví		Prožívání		Sociální vztahy		Prostředí	
	r	p	r	p	r	p	r	p
PDI_1	-0,432	<0,0001	-0,388	<0,0001	-0,339	<0,0001	-0,331	<0,0001
PDI_2	-0,407	<0,0001	-0,472	<0,0001	-0,377	<0,0001	-0,290	0,0001
PDI_3	-0,309	<0,0001	-0,305	<0,0001	-0,237	0,001	-0,185	0,013
PDI_4	-0,326	<0,0001	-0,341	<0,0001	-0,219	0,003	-0,352	<0,0001
PDI_5	-0,337	<0,0001	-0,385	<0,0001	-0,258	0,0005	-0,306	<0,0001
PDI_6	-0,371	<0,0001	-0,457	<0,0001	-0,283	0,0001	-0,263	0,0004
PDI_7	-0,385	<0,0001	-0,433	<0,0001	-0,211	0,005	-0,285	0,0001
PDI_8	-0,416	<0,0001	-0,397	<0,0001	-0,247	0,001	-0,283	0,0001
PDI_9	-0,432	<0,0001	-0,401	<0,0001	-0,216	0,004	-0,295	0,0001
PDI_10	-0,384	<0,0001	-0,369	<0,0001	-0,341	<0,0001	-0,157	0,035
PDI_11	-0,484	<0,0001	-0,413	<0,0001	-0,311	<0,0001	-0,215	0,004
PDI_12	-0,424	<0,0001	-0,402	<0,0001	-0,248	0,001	-0,245	0,001
PDI_13	-0,442	<0,0001	-0,410	<0,0001	-0,272	0,0002	-0,157	0,036
PDI_14	-0,510	<0,0001	-0,469	<0,0001	-0,266	0,0003	-0,322	<0,0001
PDI_15	-0,502	<0,0001	-0,496	<0,0001	-0,320	<0,0001	-0,323	<0,0001
PDI_16	-0,375	<0,0001	-0,312	<0,0001	-0,277	0,0002	-0,264	0,0003
PDI_17	-0,274	0,0002	-0,283	0,0001	-0,185	0,013	-0,309	0,0000
PDI_18	-0,445	<0,0001	-0,390	<0,0001	-0,226	0,002	-0,251	0,001
PDI_19	-0,447	<0,0001	-0,390	<0,0001	-0,324	<0,0001	-0,255	0,001
PDI_20	-0,381	<0,0001	-0,339	<0,0001	-0,226	0,002	-0,248	0,001
PDI_21	-0,382	<0,0001	-0,381	<0,0001	-0,290	0,0001	-0,324	<0,0001
PDI_22	-0,304	<0,0001	-0,281	0,0001	-0,333	<0,0001	-0,444	<0,0001
PDI_23	-0,346	<0,0001	-0,381	<0,0001	-0,237	0,001	-0,333	<0,0001
PDI_24	-0,413	<0,0001	-0,420	<0,0001	-0,308	<0,0001	-0,364	<0,0001
PDI_25	-0,309	<0,0001	-0,328	<0,0001	-0,229	0,002	-0,357	<0,0001

r ... Spearmanův korelační koeficient, p ... hladina signifikance testu významnosti korelačního koeficientu



Obrázek 3: Graf vztahu mezi kvalitou života v doméně Fyzické zdraví s položkou PDI_14 (Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl) a hodnota korelačního koeficientu $r = -0,510$

Cíl 4: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života (specifický modul OLD) a důstojností (PDI).

Statistické hypotézy k cíli 4:

H₄₀: Neexistuje vztah mezi kvalitou života (specifický modul OLD) a hodnocením důstojnosti.

H_{4A}: Existuje vztah mezi kvalitou života (specifický modul OLD) a hodnocením důstojnosti.

Platnost hypotézy H₄₀ byla ověřena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Byly vypočítány hodnoty korelačních koeficientů a byl proveden test významnosti (nenulovosti) korelačních koeficientů. Skóre v dané dimenzi bylo korelováno s jednotlivými položkami dotazníku PDI.

Závěr:

Hypotézu H₄₀ zamítáme pro všechny dimenze kvality života specifického modulu OLD. Pro všechny dimenze kvality života byla prokázána signifikantní slabá nebo středně silná negativní korelace s položkami dotazníku PDI.

Kvalita života v dimenzi **Fungování smyslů** nejsilněji koreluje s položkou PDI_4 (Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní). Zjištěná hodnota korelačního koeficientu $r = -0,402$, poukazuje na to, že jde o středně silnou negativní korelaci. S ostatními položkami PDI byla zjištěna slabá nebo velmi slabá negativní korelace. Pro položky PDI_17

a 22 (Obavy, že můj duchovní život nemá smysl a Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu) nebyla prokázána signifikantní korelace.

Kvalita života v dimenzi **Nezávislost** nejsilněji koreluje s položkou PDI_2 (Neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce). Zjištěná hodnota korelačního koeficientu $r = -0,402$ ukazuje, že se jedná o středně silnou negativní korelaci.

S ostatními položkami PDI byla zjištěna slabá nebo velmi slabá negativní korelace. Pro položky PDI_3, 5 a 20 nebyla prokázána signifikantní korelace (jedná se o položky: Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků, Pocit deprese, Pocit, že onemocnění a související péče omezily soukromí).

Kvalita života v dimenzi **Naplnění** nejsilněji koreluje s položkou PDI_24 (Neschopnost přijímat věci, tak jak jsou). Hodnota korelačního koeficientu $r = -0,449$, jde o středně silnou negativní korelaci. S ostatními položkami PDI byla zjištěna slabá nebo velmi slabá negativní korelace. Pro položku PDI_3 (Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků) nebyla prokázána signifikantní korelace.

Kvalita života v dimenzi **Sociální zapojení** nejsilněji koreluje s položkou PDI_2 (Neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce). Zjištěná hodnota korelačního koeficientu $r = -0,421$, potvrzuje, že jde o středně silnou negativní korelaci. S ostatními položkami PDI byla zjištěna slabá nebo velmi slabá negativní korelace. Pro položky PDI_17, 22 a 25 nebyla prokázána signifikantní korelace (jde o položky: Obavy, že můj duchovní život nemá smysl, Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu, Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých).

Kvalita života v dimenzi **Intimita** nejsilněji koreluje s položkou PDI_21 (Pocit, že nejsem, kým jsem býval/a). Hodnota korelačního koeficientu je $r = -0,487$, jde o středně silnou negativní korelaci. S ostatními položkami PDI byla zjištěna slabá nebo velmi slabá negativní korelace. Pro položku PDI_3 (Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků) nebyla prokázána signifikantní korelace.

Kvalita života v dimenzi **Postoj ke smrti** nejsilněji koreluje s položkou PDI_8 (Obavy o mou budoucnost). Byla zjištěna hodnota korelačního koeficientu $r = -0,491$, kdy jde o středně silnou negativní korelaci (obr. 4). Pro položky PDI_3, 6, 7, 8, 10 a 14 byla zjištěna středně silná negativní korelace, s ostatními položkami PDI byla zjištěna slabá nebo velmi slabá negativní korelace. Pro položky PDI_17 a 22 (Obavy, že můj duchovní život nemá smysl a Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu) nebyla prokázána signifikantní korelace.

Následující tabulky (tab. 13, tab. 14) uvádí hodnoty Spearmanova korelačního koeficientů (r) a hladinu signifikance (p) testu významnosti korelačního koeficientu.

Tabulka 13: Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientů (r) a hladinu signifikance (p) testu významnosti korelačního koeficientu

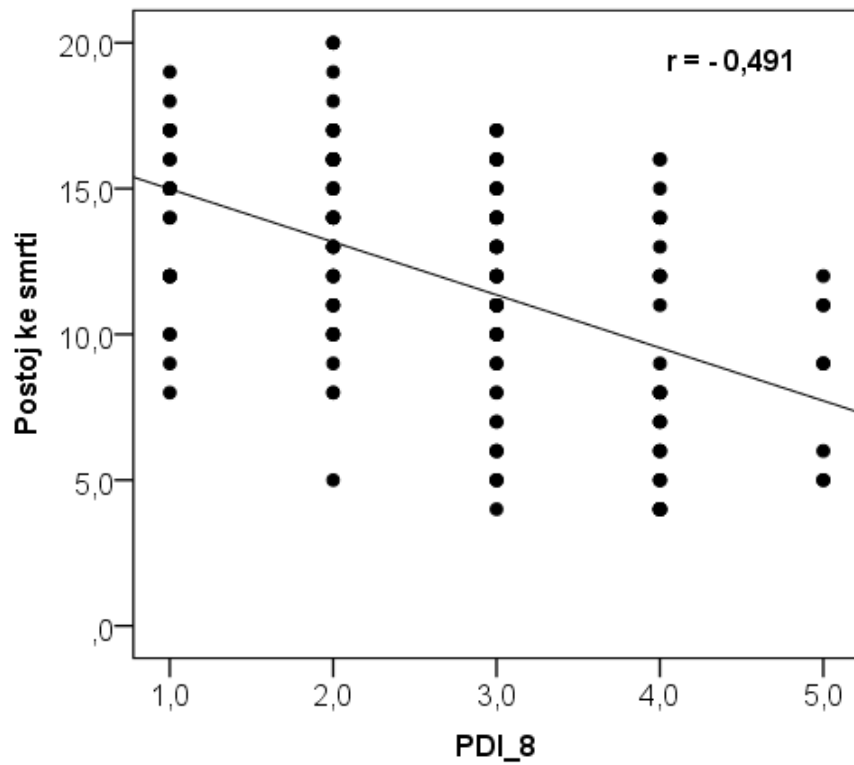
	Fungování smyslů		Nezávislost		Naplnění	
	r	p	r	p	r	p
PDI_1	-0,333	<0,0001	-0,266	0,0003	-0,261	0,0004
PDI_2	-0,390	<0,0001	-0,320	<0,0001	-0,315	<0,0001
PDI_3	-0,332	<0,0001	-0,113	0,132	-0,130	0,081
PDI_4	-0,402	<0,0001	-0,288	0,0001	-0,210	0,005
PDI_5	-0,379	<0,0001	-0,117	0,119	-0,309	<0,0001
PDI_6	-0,371	<0,0001	-0,183	0,014	-0,270	0,0002
PDI_7	-0,376	<0,0001	-0,191	0,010	-0,201	0,007
PDI_8	-0,335	<0,0001	-0,247	0,001	-0,261	0,0004
PDI_9	-0,172	0,021	-0,291	0,0001	-0,255	0,001
PDI_10	-0,263	0,0004	-0,190	0,011	-0,252	0,001
PDI_11	-0,266	0,0003	-0,277	0,0002	-0,368	<0,0001
PDI_12	-0,228	0,002	-0,272	0,0002	-0,276	0,0002
PDI_13	-0,313	<0,0001	-0,189	0,011	-0,182	0,015
PDI_14	-0,319	<0,0001	-0,202	0,007	-0,311	<0,0001
PDI_15	-0,303	<0,0001	-0,158	0,034	-0,307	<0,0001
PDI_16	-0,168	0,024	-0,176	0,018	-0,224	0,002
PDI_17	-0,046	0,541	-0,253	0,001	-0,267	0,0003
PDI_18	-0,321	<0,0001	-0,163	0,029	-0,255	0,001
PDI_19	-0,299	<0,0001	-0,175	0,019	-0,293	0,0001
PDI_20	-0,240	0,001	-0,137	0,067	-0,254	0,001
PDI_21	-0,229	0,002	-0,275	0,0002	-0,343	<0,0001
PDI_22	-0,116	0,120	-0,273	0,0002	-0,307	<0,0001
PDI_23	-0,266	0,0003	-0,186	0,013	-0,373	<0,0001
PDI_24	-0,334	<0,0001	-0,253	0,001	-0,449	<0,0001
PDI_25	-0,166	0,026	-0,198	0,008	-0,278	0,0002

r ... Spearmanův koeficient korelace, p ... hladina signifikance testu významnost

Tabulka 14: Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientů (r) a hladinu signifikance (p) testu významnosti korelačního koeficientu

	Sociální zapojení		Intimita		Postoj ke smrti	
	r	p	r	p	r	p
PDI_1	-0,319	<0,0001	-0,314	<0,0001	-0,326	<0,0001
PDI_2	-0,421	<0,0001	-0,373	<0,0001	-0,362	<0,0001
PDI_3	-0,220	0,003	-0,090	0,229	-0,436	<0,0001
PDI_4	-0,203	0,006	-0,315	<0,0001	-0,333	<0,0001
PDI_5	-0,252	0,001	-0,283	0,0001	-0,359	<0,0001
PDI_6	-0,249	0,001	-0,203	0,006	-0,427	<0,0001
PDI_7	-0,262	0,0004	-0,243	0,001	-0,422	<0,0001
PDI_8	-0,290	0,0001	-0,258	0,0005	-0,491	<0,0001
PDI_9	-0,303	<0,0001	-0,305	<0,0001	-0,186	0,012
PDI_10	-0,259	0,0004	-0,255	0,001	-0,418	<0,0001
PDI_11	-0,335	<0,0001	-0,272	0,0002	-0,346	<0,0001
PDI_12	-0,286	0,0001	-0,306	<0,0001	-0,349	<0,0001
PDI_13	-0,304	<0,0001	-0,308	<0,0001	-0,376	<0,0001
PDI_14	-0,274	0,0002	-0,324	<0,0001	-0,413	<0,0001
PDI_15	-0,296	0,0001	-0,317	<0,0001	-0,368	<0,0001
PDI_16	-0,204	0,006	-0,277	0,0002	-0,175	0,019
PDI_17	-0,137	0,067	-0,311	<0,0001	-0,042	0,577
PDI_18	-0,224	0,002	-0,277	0,0002	-0,368	<0,0001
PDI_19	-0,201	0,007	-0,271	0,0002	-0,372	<0,0001
PDI_20	-0,162	0,029	-0,273	0,0002	-0,393	<0,0001
PDI_21	-0,210	0,005	-0,487	<0,0001	-0,262	0,0004
PDI_22	-0,124	0,097	-0,374	<0,0001	-0,090	0,231
PDI_23	-0,249	0,001	-0,339	<0,0001	-0,263	0,0004
PDI_24	-0,338	<0,0001	-0,370	<0,0001	-0,291	0,0001
PDI_25	-0,123	0,099	-0,377	<0,0001	-0,155	0,038

r ... Spearmanův koeficient korelace, p ... hladina signifikance testu významnosti



Obrázek 4: Graf vztahu mezi kvalitou života v doméně Postoj ke smrti a položkou PDI_8 (Obavy o mou budoucnost) a hodnota korelačního koeficientu $r = -0,491$.

5 DISKUSE

Diplomová práce se věnuje zkoumání subjektivního hodnocení kvality života seniorů s počáteční fází demence. Teoretická část je zaměřena na poznatky týkající se stáří a kvality života. Dále se práce zabývá podstatou důstojnosti v seniorském věku a demencí. K výzkumnému šetření byly použity české verze dotazníku WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a PDI. Kvalita života seniorů v České republice je diskutovaným tématem, neboť kvalitní život u seniorů je důležitou součástí stáří (Wildmannová, 2014, s. 115). Studie Banerjee et al. udává, že hodnocení kvality života u seniorů s demencí je obtížnější z důvodu snížených kognitivních funkcí (Banerjee et al., 2009, s. 22).

Kvalita života, u sledovaného souboru respondentů, byla hodnocena v jednotlivých doménách, které zaznamenávají různé oblasti života. Z demografických údajů uvedených v dotazníku je zřejmé, že výzkumného šetření se zúčastnili respondenti s průměrným věkem 72,9 let. Respondenti byli senioři s počáteční fází demence. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 180 respondentů, z toho 76 (42,2 %) žen a 104 (57,8 %) mužů. U všech dotazovaných byl vyplněn MMSE test, kdy minimální hodnota byla 21 bodů a maximální hodnota 23 bodů.

Při posouzení vztahu kvality života seniorů s počáteční fází demence a pohlavím, nebyl prokázán významný rozdíl v kvalitě života mezi muži a ženami s počáteční fází demence. Šetření probíhalo pomocí dotazníku WHOQOL-BREF v doménách *Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy a Prostředí*. V těchto doménách byli velmi nepatrné rozdíly. Pro muže má největší význam dimenze týkající se *Prožívání*, pro ženy pak dimenze týkající se *Prostředí*. V dotazníku WHOQOL-OLD v doménách *Fungování smyslů, Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení, Intimita a Postoje ke smrti* byli opět velmi nepatrné rozdíly. Pokles kvality života byl nejvýznamnější v doméně *Fungování smyslů* jak u žen tak i mužů. Top et al. a Bowling ve svých studiích uvádějí, že neexistuje žádný významný vztah mezi hodnocením kvality života a pohlavím (Top, Dikmetas, 2015, s. 288, Bowling, 2007, s. 16). Banerjee et al., však říká, že ženy vnímají ztrátu sebeobslužnosti a závislost na druhé osobě mnohem citlivěji než muži. U žen je to především dáno jejich pečovatelskými schopnostmi vůči rodině (Banerjee et al., 2009, s. 20). V USA proběhla studie, která udává, že muži často trpí zdravotními obtížemi, o kterých neradi mluví. Dále i nedostatkem sebeúcty a důstojnosti. V mnoha případech odmítají odbornou pomoc, což je jejich typické „mužské“ chování (Shafer et al., 2015, s. 105).

Při porovnání kvality života seniorů s počáteční fází demence a věkem, nebyl prokázán výrazný vztah mezi kvalitou života a věkem. Halvorsrud a Banerjee et al. potvrzují, že věk sám osobě nemá vliv na kvalitu života (Halvorsrud, 2010, s. 255, Banerjee et al., 2009, s. 23). Bilgili et al. však tvrdí, že kvalita života klesá s přibývajícím věkem. Tvrzení je pravděpodobně dáno tím, že bylo osloveno 300 respondentů nad 60 a více let, nebyly však hodnoceny kognitivní funkce, závažnost onemocnění a komorbidity (Bilgili, Arpacı, 2014, s. 416 - 421). Trentini et al. ve své studii uvádějí, že je vztah mezi věkem a úrovní nezávislosti. Míra nezávislosti je důležitým ukazatelem pro vnímání a hodnocení kvality života. Tato studie také poukazuje na to, že ztráta autonomie starších lidí vede k nízké sebeúctě. Při zhoršení zdravotního stavu jsou senioři ohroženi ztrátou samostatnosti a nezávislosti (Trentini et al., 2012, s. 279 - 286). Studie uvádějí, že starší lidé jsou podhodnoceni a je na ně nahlíženo jako na lidi s fyzickým a duševním úpadkem, chudobou a závislosti na jiných osobách. Někteří senioři se cítí bezvýznamní a mají pocit zatěžování společnosti. Jejich schopnost o sebe se postarat klesá (Shahid, 2014, s. 455 - 471, Oosterveld-Vlug, 2014, s. 103). Studie Mareše, poukazuje na to, že kvalita života u seniorů klesá především z důvodu přibývajících zdravotních problémů, jejich závažnost stoupá s přibývajícím věkem (Mareš, 2014, s. 23 - 24). Podobných výsledků dosáhla studie Unalan et al., která udává, že jak lidé stárnou, jejich kvalita života se snižuje. To vše v důsledku snížení fyzické síly a zdravotních potíží. Výzkumného šetření se zúčastnilo 917 seniorů nad 65 let s různými diagnózami, proto se mohou názory jednotlivých autorů studií rozcházet (Unalan et al., 2015, s. 319 - 324).

Byl však prokázán vztah mezi kvalitou života seniorů (generický dotazník BREF) a hodnocení důstojnosti (PDI). Toto tvrzení je platné pro všechny dimenze. Z dotazníkového šetření vyplývá, že důstojnost pro seniory je velmi podstatná. Důstojnost je důležitá v každodenním životě lidí a měla by být podporována (Makaza-Muzavazi, 2014, s. 29). Jacelon et al. pracovali na studii, která byla provedena v šesti evropských zemích. Studie zkoumala význam důstojnosti u seniorů. Bylo zjištěno, že důstojnost je vnímána jako důležitá hodnota, která vede k posílení sebevědomí, pocitu vlastní hodnoty a blahobytu bez ohledu na primární či sekundární diagnózu (Jacelon, Choi, 2014, s. 2151). I studie Manthorp et al. potvrzuje, že ošetrovatelská praxe má velký etický zájem o zachování autonomie, soukromí a důstojnostu seniorů s demencí. Hlavním cílem této studie, která probíhala jako workshop zdravotnických pracovníků, bylo hledat názory účastníků a analyzovat, kde jsou momentálně problémy s udržováním důstojnosti u seniorů s demencí. Workshop klade důraz na uznání důstojnosti (Manthorp et al., 2010, s. 237-243). Kinnear potvrzuje, že důstojnost člověka je

zachována, pokud se zdravotníci soustředí na respektování soukromí, komunikaci, uctivé a vlídné jednání s pacienty (Kinneer et al., 2014, s. 3). Výsledky našeho výzkumu ukázaly, že hodnocení kvality života v doménách WHOQOL-BREF (*fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí*) významně souvisí s hodnocením důstojnosti v položkách dotazníku PDI (*Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým, Neschopnost obsloužit samotné tělesné funkce, Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu*). Rovněž nizozemská studie popisuje postupnou ztrátu mobility, jako faktor, který přímo ovlivňuje důstojnost jedince (Oosterveld-Vlung et al., 2013, s. 4). Také Paskulin et al., potvrzují, že snížení funkčních schopností v aktivitách denního života, ovlivňuje vnímání kvality života (Paskulin et al., 2009, s. 109 - 115).

Hodnocení důstojnosti a kvalita života seniorů (specifický modul OLD), potvrzuje důležitost vztahu s položkami dotazníku PDI. Toto tvrzení je platné pro všechny dimenze WHOQOL-OLD (*Fungování smyslů, Nezávislost, Naplnění, Sociální zapojení, Intimita, Postoj ke smrti*). Výsledky zpracování ukázaly, že nejsilnější vztahy jsou s těmito otázkami: *Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní, Neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce, Neschopnost přijmout věci, tak jak jsou, Pocit, že nejsme, kým jsem býval/a, Obavy o mou budoucnost*. Chochinov ve studii, která proběhla v Kanadě, uvádí, že ztráta důstojnosti u seniorů způsobená obavami z budoucnosti a také tím, že necítí podporu rodinných příslušníků (Chochinov, 2016, s. 9 - 10). Studie Van Gennip et al. poukazuje na to, že pokles autonomie, kterou ovlivnil pokles kognitivních funkcí, vede ke snížení osobní důstojnosti. Celkově však senioři v této studii vyjádřili, že se stále cítí dostatečně důstojně. Studie se zúčastnilo 14 jedinců ve věku 50-94, s mírnou až středně závažnou demencí, kteří žili v domácím prostředí. Téměř všichni účastníci poznamenali, že ve větší či menší míře, nemoc ovlivnila jejich identitu (VanGennip, 2016, s. 491-499). Obavy o svou budoucnost nebo neschopnost přijmout věci tak, jak jsou, mohou být také dány nedostatkem finančních zdrojů. Shahid ve své studii uvádí, že senioři musí být často podporováni rodinnými příslušníky, anebo jsou nuceni pracovat i přes nepříznivý zdravotní stav, aby byly schopni zajistit stravu a bydlení pro zachování základních potřeb lidské důstojnosti (Shahid, 2014, s. 455 - 471).

Výsledky tohoto výzkumu mohou být limitovány velikostí souboru, díky němuž nelze generalizovat na všechny seniory s počáteční fází demence. Dalším omezením může být aktuální zdravotní stav, který mohl ovlivnit odpovědi seniorů. Významným faktorem ovlivňující hodnocení kvality života mohly být obavy z budoucnosti, které jsou úzce spojeny

s neschopností obsloužit samostatně své tělesné funkce. Uvedené faktory však nebyly zpracovány v rámci tohoto výzkumného šetření.

ZÁVĚR

Kvalita života seniorů je aktuálním tématem dnešní doby. Problematika stárnutí je po celém světě. Dohledané názory se shodují, že stáří, demence a důstojnost jsou mezi sebou propojeny a velmi ovlivňují kvalitu života. Nejčastějšími faktory, které ovlivňují kvalitu života seniorů, jsou například somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy. Každý člověk je jedinečná osoba, která má svoji důstojnost. Jen chápání důstojnosti může být různé. Záleží například na zkušenostech, znalostech, moudrosti, vzdělání, které jsou součástí osobnosti.

Diplomová práce je členěna na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část, obsahuje kapitoly zaměřené na stáří, demenci, důstojnost v seniorském věku a kvalitu života. Druhá část diplomové práce je část výzkumná. Tato část za pomoci kvantitativního přístupu s využitím dotazníkového šetření ověřuje stanovené hypotézy a získává odpovědi na jednotlivé cíle diplomové práce, které jsou následně shrnuty v kapitole Diskuse.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zaměřit se na seniory v počáteční fázi demence a jejich subjektivní vnímání kvality života. K tomu byly využity standardizované dotazníky WHOQOL-OLD (naplnění a sociální zapojení), WHOQOL-BREF (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a PDI (příznak utrpení, existencionální tíseň, závislost, duševní klid a sociální podporu).

Analýza výsledků ze statistického zpracování ukázala, že důstojnost je seniory s demencí velmi významná a to ve všech doménách kvality života. Nebyl však prokázán vztah mezi kvalitou života seniorů s počáteční fází demence věkem a pohlavím.

Stanovený cíl diplomové práce byl naplněn.

Doporučení pro další výzkum a praxi

Na základě získaných informací, je zřejmé, že kvalitou života seniorů se nezabývají pouze zdravotnické organizace, ale i národní instituce. Například vláda České republiky se svými programy snaží zajistit, co nejvyšší kvalitu života seniorů. Mezi tyto programy patří Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, nebo Zdraví 2020.

Pro sestry a další zdravotníky považují za důležité nadále a intenzivněji se seznamovat s problematikou kvality života seniorů s důrazem na respekt a důstojnost. Je velmi důležité jednotlivé faktory ovlivňující kvalitu života nepaušalizovat a přistupovat ke každému

seniorovi jako k jedinečné bytosti. Za podstatné také podkládám seznamovat širokou veřejnost s problematikou stárnout, jelikož se to týká každého z nás.

Budoucí výzkum by mohl zaměřen na seniory v dalších fázích demence. V těchto fázích by pak šla kvalita života porovnat a zhodnotit. Dále by bylo vhodné také porovnat seniory s demencí v domácím prostředí a institucionálním prostředí.

REFERENČNÍ SEZNAM

AKÖZER, M. AKÖZER, E. 2016. Basing Science Ethics on Respect for Human Dignity. *Science and Engineering Ethics*. **22**(6), 1627-1647. ISSN 1353-3452.

AMIEVA, H. et al., 2008. Prodromal Alzheimer's disease: successive emergence of the clinical symptoms. *Annals of Neurology*. **64**(5), 492-498. ISSN 1531-8249.

ANDEL, R. 2014. Aging in the Czech Republic. *The Gerontologist*. **54**(6), 893-900. ISSN 1758-5341.

ANDERBERG, P. LEPP, M. BERGLUND, A. SEGESTEN K. 2007. Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. **59**(6), 635-643. ISSN 0309-2402.

BAINBRIDGE, K. E., WALLHAGEN, M. I. 2014. Hearing Loss in an Aging American Population: Extent, Impact, and Management. *The Annual Review of Public Health*. **35**, 139-52. ISSN 0163-7525.

BANERJEE, S. et al., 2009. 'What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia'. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*. **24**(1), 15-24. ISSN 1099-1166.

BENTWICH, M. E. DICKMAN, N. OBERMAN, A. 2016. Dignity and Autonomy in the Care for Patients with Dementia: Differences among Formal Caretakers of Varied Cultural Backgrounds and their Meaning. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. **70**, 19-27. ISSN 0167-4943.

BILGILI, N. ARPACI, F. 2014. Quality of life of older adults in Turkey. In *Archives of Gerontology and Geriatrics*. **59**(2), 415-421. ISSN 1872-6976.

BOTTAN, G. et al. 2014. Determinants of Quality of Life in Elderly Patients of a Psychosocial Care Center in Brazil. *Issues in Mental Health Nursing*. **35**(3), 181-188. ISSN 0161-2840.

BOWLING, A. STENNER, P. 2011. Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. *Journal of Epidemiology & Community Health*. **65**(3), 273-280. ISSN 0143-005X.

BRETT, C. E. et al. 2012. Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*. **21**(3), 505-516. ISSN 0962-9343.

BUNOUT, D. et al. 2012. Quality of life of older Chilean people living in metropolitan Santiago, Chile: influence of socioeconomic status. *Ageing Research*. **3**(1), 15-18. ISSN 2036-7384.

BUŽGOVÁ, R. 2007. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*. **9** (1), 65-69. ISSN 1804-7122.

CALLAHAN, A. 2015. Key Concepts in Spiritual Care for Hospice Social Workers: How an Interdisciplinary Perspective Can Inform Spiritual Competence. *Social Work & Christianity*. **42**(1), 43-62. ISSN 0737-5778.

DAWALIBI, N. W. GOULART, R. M. M. PREARO, L. C. 2014. Fatores relacionados à ualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*. **19**(8), 3505-3512. ISSN 1413-8123.

DE VUGT, M. DRÖES, R. M. 2017. Social health in dementia. Towards a positive dementia diskurs. *Aging & Mental Health*. **21**(1), 1-3. ISSN 1360-7863.

DIMUNOVÁ, L. DANKULINCOVÁ-VESELSKÁ, Z. STROPKAIIOVÁ, S. 2013. Vybrané parametre pri posudzovaní kvality života seniorov v domácej a inštitucionalizovanej starostlivosti. *Ošetrovatel'stvo*. **3**(1), 14-21. ISSN 1338-6263.

DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. 2006. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*. **10**(3), 144-149. ISSN 1212-6845.

DRAGOMIRECKÁ, E. PRAJSOVÁ, J. 2009. WHOQOL-OLD. *Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Psychiatrické centrum Praha. 72 s. ISBN 978-80-8714205-9.

DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

ERICHSEN, N-B. BÜSSING, A. 2013. Spiritual Needs of Elderly Living in Residential/Nursing Homes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 1-10. ISSN 1741-427X.

FARSKÝ, I. SOLÁROVÁ, M. 2010. Kvalita života seniorov v komunitnom zariadení. *Profese on-line*. **3**(1), 30-41. ISSN 1803-4330.

FIALOVÁ, D. VLASTNÍKOVÁ, V. 2013. Pohybové aktivity seniorek II: Subjektivní vnímání vybraných ukazatelů kvality života. *Hygiena*. **58**(2), 62-66. ISSN 1802-6281.

FUCAHORI, F. S. et al., 2014. Fear of falling and activity restriction in older adults from the urban community of Londrina: a cross-sectional study. *Fisioterapia em Movimento*. **27**(3), 379-387. ISSN 0103-5150.

GITLIN, L. N. KALES, H. C. LYKETSOS C. G. 2012. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. **308**(19), 2020-2029. ISSN 0098-7484.

GOBBENS, R. J. J. VAN ASSEN, M. A. L. M. 2014. The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. *Quality of Life Research*. **23**(8), 2289-2300. ISSN 0962-9343.

HALVORSRUD, L. 2010. Quality of life model: Predictors of quality of life among sick older adults. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. **24**(4), 241-259. ISSN 1541-6577.

HASMANOVÁ-MARHÁNKOVÁ, J. 2014. "Aktivní stárnutí jako idea, nástroj a kapitál. Kde hledat kořeny úspěchu konceptu aktivního stárnutí?." *Sociální Studia/Social Studies*. **11**(3), 13-29. ISSN 1214-813X.

HAWTON, A et al. 2011. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*. **20**(1), 57-67. ISSN 0962-9343.

HEGGESTAD, A. K. T., NORDVEDT, P., SLETTEBO, A. 2013. Like a prison without bars: Dementia and experiences of dignity. *Nursing Ethics*. **20**(8), 881-892. ISSN 0969-7330.

Dostupné z:

<http://nej.sagepub.com/content/early/2013/05/16/0969733013484484.full.pdf+html>

HELGESEN, A. K., LARSON, M., ATHLIN, E. 2014. Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle? *Nursing Ethics*, **21**(1), 108-118. ISSN 0969-7330.

HOLMEROVÁ, I. et al. 2011. Deprese u pacientů s demencí. *Psychiatrie pro praxi*. **12**(2), 62-64. ISSN 1213-0508.

CHACHAMOVICH, E. 2008. Impact of Major Depression and Subsyndromal Symptoms on Quality of Life and Attitudes toward Aging in an International Sample of Older Adults. *Gerontologist*. **48**(5), 593-602. ISSN 0016-9013.

CHEN, J. H. LAUDERDALE, D. S. WAITE, L. J. 2016. Social participation and older adults' sleep. *Social Science & Medicine*. **149**, 164-173. ISSN 0277-9536.

CHEW, H. S. YEAK, S. 2010. Quality of life in patients with untreated age-related hearing loss. *The Journal of Laryngology & Otology*. **124**(8), 835-841.

Dostupné z:

http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FJLO%2FJLO124_08%2FS0022215110000757a.pdf&code=01e0198c74a8d55eb1a15cd526574854

CHIU, Y. Ch. et al. 2008. Measure of quality of life for Taiwanese persons with early to moderate dementia and related factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. **23**(6), 580-585. ISSN 0885-6230.

CHOCHINOV, M. 2016. Dignity and Distress towards the End of Life across Four NonCancer Populations. *PLoS ONE*. **11**(1), 1-13. ISSN 1932-6203.

CHOCHINOV H. M. et al., 2008. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. **36**, 559-571. ISSN 0885-3924.

JACELON, S. CHOI, J. 2014. Evaluating the psychometric properties of the Jacelon Attributed Dignity Scale. *Journal of Advanced Nursing*. **70**(9), 2149–2161. ISSN 0309-2402.

JACOBSON, N. 2009. A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC Int Health Hum Rights*. **9**, 1-9. ISSN 1472-698X.

JUHASOVÁ, I. POKORNÁ, A. TICHÁ, D. CETLOVÁ, L. 2016. Respekt a důstojnost v péči o seniory v agenturách domácí ošetrovatelské péče. *General practitioner/Praktický Lékař*. **96**(6), 261-266. ISSN 0032-6739.

KAČMÁROVÁ, M. 2013. Subjektívne hodnotená kvalita života seniorov: kvalitatívne a kvantitatívne postupy jej zisťovania. *Československá psychologie*. **57**(1), 42-51. ISSN 0009-062X.

KELLY-CAMPBELL, R. J. ATCHERSON, S. R. 2012. Perception of quality of life for adults with hearing impairment in the LGBT community. *Journal of Communication Disorders*. **45**(5), 367-377. ISSN 0021-9924.

KINNEAR, D. et al. 2014. The Meaning of dignified care: an exploration of health and social care professionals' perspectives working with older people. *BioMedCentral*. **7**, 1-18. ISSN 1756-0500.

KOOPMANS, R. et al. 2009. Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients in the final phase of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. **24**(1), 25-32. ISSN 1099-1166.

Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=fc681485-5cb7-47b3-bae0-eb687fabb712%40sessionmgr101>

KRŠÍKOVÁ, T. BUŽGOVÁ R. 2011. Kvalita života pacientů s demencí z pohledu rodinných příslušníků. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. **2**(3), 248-256. ISSN 1804-2740.

KURPPA, K. et al., 2011. Celiac disease and health-related quality of life. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. **5**(1), 83-90. ISSN 17474124.

LANGE, F. 2009. The Dignity of the Old: Towards the Global Ethic of Ageing. *International Journal of Public Theology*. **3**(2), 203-220. ISSN 1872-5171.

LENARDT, M. H. et al. 2014. Quality of life of frail elderly users of the primary care. *Acta Paulista de Enfermagem*. **27**(5), 399-404. ISSN 1982-0194.

LEŠ, A. GAWORSKA, M. 2011. Quality of life and functional fitness of the elderly. *Biomedical Human Kinetics*. **3**, 57-60. ISSN 2080-2234.

LEVASSEUR, M. ST-CYR TRIBBLE, D. DESROSIERS, J. 2009. Meaning of quality of life for older adults: Importance of human functioning components. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. **49**(2), 91-100. ISSN 0167-4943.

LI, Y. LI, J. 2017. Death with dignity from the Confucian perspective. *Theoretical Medicine and Bioethics*. **38**(1), 63-81. ISSN 15731200.

LIN, Y. P, TSAI, Y. F, CHEN, H. F. 2011. Dignity in care hospital setting from patient's perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study. *Journal of clinical nursing*. **20**, 794-801. ISSN 09621067.

LUCAS-CARRASCO, R. LAIDLAW, K. POWER, M. J. 2011. Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*. **15**(5), 595-604. ISSN 1360-7863.

LUŽNÝ, J. 2013. Diagnostikujeme správně a včas demenci? *Cognitive Remediation Journal* 16-25. ISSN 1805-7225. Dostupné z: http://cdzjesenik.cz/journal/01_13c.pdf

MAGALHÃES, R. IÓRIO, M. C. M. WU, Y. 2011. Quality of life and participation restrictions, a study in elderly: a case study of three Japanese institutions for the elderly. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. **77**(5), 628-638. ISSN 1808-8694.

MAKAZA-MUZAVAZI, B. 2014. Dignity in care is important every day. *Nursing standard*. **28**(25), 29. ISSN 0029 - 6570.

MANTHORPE, J. et al. 2010. Dementia, dignity and quality of life: nursing practice and its dilemmas. *International Journal of Older People Nursing*. **5**, 235-244. ISSN 1748-3735.

MAREŠ, J. 2014. Problém se zjišťováním kvality života seniorů. *Praktický lékař*. **94**(1), 22-31. ISSN 0032-6739.

MÁTL, O. MÁTLOVÁ, M. HOLMEROVÁ, I. 2016. Zpráva o stavu demence 2016, Praha: Česká alzheimerovská společnost. 43 s. ISBN 978-80-86541-50-1

MATTHÉ, A. ROBERTSON J. D. NETZ, Y. 2015. The relationship between cognitive and physical function among residents of a Czech senior home. *Acta Gymnica*. **24**(4), 159-165. ISSN 2336-4912.

METSELAAR, M. et al. 2009. Self-reported disability and handicap after hearing-aid fitting and benefit of hearing aids: comparison of fitting procedures, degree of hearing loss,

experience with hearing aids and uni- and bilateral fittings. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. **266**(6), 907-917. ISSN 1434-4726.

MOLZAHN, A. et al. 2010 The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Quality of Life Research*. **19**(2), 293-298. ISSN 0962-9343.

MONDELLI, M. F. SOUZA, P. J. 2012. Quality of life in elderly adults before and after hearing aid fitting. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*. **78** (3), 49-56. ISSN 1808-8686.

MORAVCOVÁ, M. MAREŠ, J. 2011. Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. **13**(4), 434-440. ISSN 1212-4117.

MOTLOVÁ, L. 2007. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. **9**(2), 343-352. ISSN 1212-4117.

MOYLE, W. MURFIELD, J. 2013. Health-related quality of life in older people with severe dementia: challenges for measurement and management. *Expert review of pharmacoeconomics and outcomes research*. **13**(1), 109-122. ISSN 1473-7167.

MOYLE, W. et al. 2011. Factors influencing quality of life for people with dementia: A qualitative perspective. *Aging & Mental Health*. **8**(15), 970-977. ISSN 1360-7863.

MTHEMBU, T. G. et al. 2015. Older adults' perceptions and experiences regarding leisure participation: tourism and leisure. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance*. **21**(1), 215-235.

Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=37c1bd40-765d-4555-8e80-d1b40aa246f6%40sessionmgr104>

MUDRÁK, J. et al. 2011. Pohybová aktivita a subjektivní vnímání zdraví u seniorů. *Česká kinantropologie*. **15**(3), 117-129.

MUNZAROVÁ, M. 2011. Co je to vlastně důstojnost? (Slovo úvodem). *Interní medicína pro praxi, Březsko: Solen*. **13**(2), 59. ISSN 1212 - 7299.

NIKOLAI, T. et al. 2012. Mírná kognitivní porucha: diagnostická jednotka nebo stadium předcházející demenci. *Československá psychologie on-line*. **56**(4), 374-390. ISSN 1804-6436.

NETUVELI, G. BLANE, D. 2008. Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*. **85**(1), 113-126. ISSN 0007-1420.

ONDRUŠOVÁ, J. 2009. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. **7**(1), 36-39. ISSN 1214-0732.

ONDRUŠOVÁ, J. 2010. Smysluplnost života ve stáří. *Česká geriatrická revue*. **8**(1-2), 50-55. ISSN 1801-8661.

OLIŠAROVÁ, V. DOLÁK, F. TÓTHOVÁ, V. 2013. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. **15**(1), 14-21. ISSN 1804-7122.

OOSTERVELD-VLUNG, M. et al. 2013. Changes in the personal dignity of nursing home residents: A longitudinal qualitative interview study. *Plos ONE*. **8**(9), 1-9. ISSN 1932-6203.

Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=37c1bd40-765d-4555-8e80-d1b40aa246f6%40sessionmgr104>

OOSTERVELD-VLUG M. G. et al. 2014. Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*. **70**(1), 97-106. ISSN 0309-2402.

O'ROURKE, H. M. DUGGLEBY, W. FRASER, K. D. JERKE, L. 2015. Factors that Affect Quality of Life from the Perspective of People with Dementia: A Metasynthesis. *Journal of the American Geriatrics Society*. **63**(1), 24-38. ISSN 0002-8614.

ÖSTLUND, U. BROWN, H. JOHNSTON, B. 2012. Dignity conserving care at end-of-life: A narrative review. *European Journal of Oncology Nursing*. **16**(4), 353–367. ISSN 1462-3889.

PASKULIN, L. VIANNA, L. MOLZAHN, A. E. 2009. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review*. **56**(1), 109-115. ISSN 00208132.

PAPASTAVROU, E. et al. 2016. Nursing students' perceptions of patient dignity. *Nursing Ethic*. **23**(1), 92-103. ISSN 1477-0989.

PELSER, A. C. 2015. Respect for Human Dignity as an Emotion and Virtue. *Res Philosophica*. **92**(4), 743-763. ISSN 2168-9105.

PEREIRA, A. FERREIRA, A. MARTINS, J. 2015. People with Dementia in the Community: Satisfaction with Life and Health-related Quality of Life. *European Researcher*. **92**(3), 222-229. ISSN 2219-8229.

RAPATSA, M. 2015. Human Dignity as a Foundational Norm in the Understanding of Human Rights. *Bangladesh E-Journal Of Sociology*. **12**(2), 41-53. ISSN 1819-8465.

ROBINSON, M. 2014. Divine image, human dignity, and human potentiality. *Perspectives In religion Studies*. **41**(1), 65-77. ISSN 0093-531X.

SALTUS, R. FOLKES, E. 2013. Understanding dignity and care: an exploratory qualitative study on the views of older people of African and African-Caribbean descent. *Quality in Ageing and Older adults*. **14**(1), 36-46. ISSN 1471-7794,

SHAFER, K. et al. 2015. Men's Mental Health: A call to social workers. *Social Work*. **60**(2), 105–112. ISSN 0037–8046.

SHAHID, A. 2014. Ageing with Dignity: Old-Age Pension Schemes from the Perspective of the Right to Social Security Under ICESCR. *Springer Science + Business Media Dordrecht*. **15**(4), 455-471. ISSN 1524-8879.

SCHENK, L. et al. 2013. Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Quality of Life Research*. **22**(10), 2929-2938. ISSN 0962-9343.

SINGH, K. SRIVASTAVA, S. K. 2014. Loneliness and Quality of Life Among Elderly People. *Journal of Psychosocial Research*. **9**(1), 11-18. ISSN 09735410.

SOVÁRIOVÁ -SOÓSOVÁ, M. SUCHANOVÁ, R. TIRPÁKOVÁ, L. 2011. Bolesť, funkčný stav, úzkosť, depresia a sociálna interakcia u seniorov s reumatoidnou artritídou. *In Ošetrovatelství a porodní asistence*. **2**(3), 239-247. ISSN 1804-2740.

STEEMAN, E. et al. 2007. Living with dementia from the perspective of older people: Is it a positive story? *Aging & Mental Health*. **11**(2), 119-130. ISSN 1360-7863.

THOMPSON, G. CHOCHINOV, H. 2008. Dignity – based approaches in the care of terminally ill patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. **2**(1), 49–53. ISSN 1751–4258.

TOBIASZ-ADAMCZYK, B. et al. 2017. Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age the COURAGE in Europe project. *Quality of Life Research*. 1-14. ISSN 1573-2649.

TOP, M. DIKMETAS, E. 2015. Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*. **18**(2), 288-300. ISSN 1369-7625.

TORPY, J. M. et al. 2008. Mild Cognitive Impairment. *JAMA*. **300**(13), 1610. ISSN 1538-3598.

TRENTINI, C. et al. 2012. Subjective perception of health in elderly inpatients. *International Journal of Psychology*. **47**(4), 279-286. ISSN 0020-7594.

UNALAN, D. et al. 2015. Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine*. **6**(4), 319-324. ISSN 1878-7649.

VAN GENNIP, I. E. et al. 2013. Death with dignity from the perspective of the surviving family: a survey study among family care givers of deceased older adults. *Palliative Medicine*. **27**, 616–624, ISSN 0269–2163.

VAN GENNIP, I. E. et al. 2016. How dementia affects personal dignity: A qualitative study on the perspective of individuals with mild to moderate dementia. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. **71**(3): 491-501. ISSN 1079-5014.

WHITE, S. M. WÓJCICKI, T. R. MCAULEY, E. 2009. Physical activity and quality of life in community dwelling older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. **7**(1). 10. ISSN 1477-7525.

WICHISOVÁ, J. 2012. O důstojnosti pacienta. *Kontakt – časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*. **14**(1), 7-13. ISSN 1212-4117.

WILDMANNOVÁ, M. 2014. Podmínky života seniorů v rezidenční péči. *Scientific Papers of the University of Pardubice. Series D, Faculty of Economics & Administration*. 114-126. ISSN 12151-555X.

WOODS, R. T. et al. 2014. What contributes to a good quality of life in early dementia? awareness and the QoL-AD: a crosssectional study. *Health*. **12**(1), s. 1-22. ISSN 1477-7525.

SEZNAM ZKRATEK

MMSE	Mini Mental State Examination – Test kognitivních funkcí
např.	Například
obr.	Obrázek
PDI	Patient Dignity Inventory
PDF	Počáteční fáze demence
tab.	Tabulka
tj.	To je
tzv.	Tak zvaně
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment
WHOQOL–BREF	World Health Organization Quality Of Life – BREF
WHOQOL–OLD	World Health Organization Quality Of Life – OLD

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk respondentů.....	39
Tabulka 2: Hodnocení MMSE.....	39
Tabulka 3: Demografické údaje.....	40
Tabulka 4: Samostatné otázky WOQOLH- BREF dotazníku.....	41
Tabulka 5: Vyhodnocení domén WHOQOL-BREF.....	42
Tabulka 6: Vyhodnocení domén WHOQOL-OLD.....	42
Tabulka 7: Vyhodnocení dotazníku PDI.....	44
Tabulka 8: Základní popisné charakteristiky pro jednotlivé dimenze kvality života WHOQOL-BREF.....	45
Tabulka 9: Základní popisné charakteristiky pro jednotlivé dimenze kvality života WHOQOL-OLD.....	47
Tabulka 10: Korelace pro dimenzi kvality života dotazníku WHOQOL-BREF.....	48
Tabulka 11: Korelace pro dimenzi kvality života dotazníku WHOQOL-OLD.....	48
Tabulka 12: Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu (r) a hladinu signifikance (p) testu významnosti korelačního koeficientu.....	50
Tabulka 13: Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientů (r) a hladinu signifikance (p) testu významnosti korelačního koeficientu.....	53
Tabulka 14: Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientů (r) a hladinu signifikance (p) testu významnosti korelačního koeficientu.....	54

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1: Krabicová graf pro jednotlivé dimenze kvality života - WHOQOL-BREF ženy versus muži.....46
- Obrázek 2: Krabicový graf pro jednotlivé dimenze kvality života - WHOQOL-OLD ženy versus muži.....47
- Obrázek 3: Graf vztahu mezi kvalitou života v doméně Fyzické zdraví s položkou PDI_14 (Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl) a hodnota korelačního koeficientu $r = - 0,510$ 51
- Obrázek 4: Graf vztahu mezi kvalitou života v doméně Postoj ke smrti a položkou PDI_8 (Obavy o mou budoucnost) a hodnota korelačního koeficientu $r = - 0,491$55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Stanovisko Etické komise FZV UP Olomouc.....	78
Příloha 2: Informovaný souhlas.....	79
Příloha 4: Dotazník.....	80

Příloha 1: Stanovisko Etické komise FZV UP Olomouc



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-81009/1040-2016

**Vážená paní
Bc. Kamila Mlčochová, DiS.**

2016-08-01

Stanovisko Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zasláných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „Kvalita života seniorů v počáteční fázi demence“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem,


Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etická komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Informovaný souhlas

pro výzkumný projekt: **Kvalita života seniorů v počáteční fázi demence**

Období realizace: červen 2016 až leden 2017

Řešitelé projektu: Bc. Kamila Mlčochová DiS.

PhDr. Helena Kisvetrová, Ph.D. (vedoucí diplomové práce)

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zjistit pomocí dotazníkového šetření postoj ke stárnutí u seniorů žijících trvale v domovech pro seniory. Délka vyplnění dotazníku je přibližně 30 minut. Z účasti na projektu pro Vás nevyplývají žádné výhody či rizika.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Tř. Svobody 8 | 771 11 Olomouc | T: 585 632 852
www.fzv.upol.cz

Příloha 3: Dotazník

ČÍSLO DOTAZNÍKU

KVALITA ŽIVOTA
DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

I - WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně ④	maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne ①	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

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

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

2. 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
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. 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
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. 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
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. 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
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

II - WHOQOL-OLD – česká verze

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte různé stránky kvality svého života, a zaměřuje se na oblasti, které mohou být pro Vás, jako staršího člověka, důležité.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím tu odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se na Váš život za **poslední dva týdny**.

Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry jste si během posledních dvou týdnů dělal/a starosti s budoucností. Pokud jste se „hodně“ obával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 4; pokud jste se „vůbec“ neobával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 1. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci, jako např. svobodu rozhodovat o svých záležitostech a o svém životě. Pokud jste měl/a tyto pocity v maximální míře, zakroužkujte číslo vedle slova „maximálně“. Pokud jste tyto pocity vůbec neměl/a, zakroužkujete číslo vedle výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „maximálně“, měl/a byste zakroužkovat jedno z čísel ležících mezi nimi. Otázky se týkají posledních dvou týdnů.

1. (F25.1) Do jaké míry ovlivňuje zhoršení Vašich smyslů (např. sluch, chuť, hmat, zrak nebo čich) Váš každodenní život?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

2. (F25.3) Do jaké míry ovlivňuje ztráta, například sluchu, zraku, chuti, čichu nebo hmatu, Vaši schopnost zapojit se do různých činností?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

3. (F26.1) Do jaké míry můžete svobodně rozhodovat o svých záležitostech?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

4. (F26.2) Do jaké míry můžete rozhodovat o své budoucnosti?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

5. (F26.4) Máte pocit, že lidé okolo Vás respektují Vaši svobodu rozhodování?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

6. (F29.2) Znepokojujete se tím, jak zemřete?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

7. (F29.3) Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

9. (F29.5) Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. chodit ven tak, jak byste rád/a. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „zcela“. Pokud jste je vůbec nemohl/a provádět, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete naznačit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „zcela“, zakroužkujete jedno z čísel, které leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

10. (F25.4) Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi?

vůbec ne 1	spíše ne 2	středně 3	většinou ano 4	zcela 5
---------------	---------------	--------------	-------------------	------------

11. (F26.3) Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?

vůbec ne 1	spíše ne 2	středně 3	většinou ano 4	zcela 5
---------------	---------------	--------------	-------------------	------------

12. (F27.3) Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?

vůbec ne 1	spíše ne 2	středně 3	většinou ano 4	zcela 5
---------------	---------------	--------------	-------------------	------------

13. (F27.4) Myslíte si, že se Vám v životě dostává uznání, které si zasloužíte?

vůbec ne 1	spíše ne 2	středně 3	většinou ano 4	zcela 5
---------------	---------------	--------------	-------------------	------------

14. (F28.4) Myslíte si, že máte každý den dostatek činností?

vůbec ne 1	spíše ne 2	středně 3	většinou ano 4	zcela 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. Např. se svou účastí ve společenském životě nebo s tím, co jste v životě dosáhl/a. Rozhodněte se, jak jste spokojený/á nebo nespokojený/á

s každou oblastí svého života a zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak se cítíte. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

15. (F27.5) Jste spokojen/a s tím, čeho jste v životě dosáhl/a?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

16. (F28.1) Jste spokojen/a s tím, jak trávíte svůj čas?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

17. (F28.2) Jste spokojen/a s tím, nakolik jste aktivní?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

18. (F28.7) Jak jste spokojen/a s možnostmi svého zapojení do společenského (místního) dění?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

19. (F27.1) Jak jste spokojen/a s věcmi, na které se můžete těšit?

velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

20. (F25.2) Jak byste hodnotil/a to, jak vám slouží smysly (například sluch, zrak, chuť, čich, hmat)?

velmi špatně	špatně	ani dobře ani špatně	dobře	velmi dobře
1	2	3	4	5

Následující otázky se týkají Vašich **velmi blízkých (intimních) vztahů**, které máte. Uvažujte, prosím, o těchto otázkách ve vztahu ke svému partnerovi nebo jinému blízkému člověku, se kterým sdílíte blízkost více než s kýmkoliv jiným ve svém životě.

21. (F30.2) Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

22. (F30.3) Kolik je ve Vašem životě lásky?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

23. (F30.4) Máte příležitost někoho milovat?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

24. (F30.7) Máte příležitost být někým milován/a?

vůbec ne 1	málo 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-----------	--------------	------------	----------------

III. - Dotazník důstojnosti pacientů (PDI)

U každé položky prosím označte, do jaké míry je pro Vás v posledních několika dnech problémem nebo důvodem k obavám.

1. Neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

2. Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

3. Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků (např. bolest, dušnost, nevolnost)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

4. Pociť, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

5. Pociť deprese

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

6. Pociť úzkosti

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

7. Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

8. Obavy o mou budoucnost

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

9. Neschopnost jasně myslet

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

10. Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

11. Pocit, že nejsem, kým jsem býval(a)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

12. Pocit, že nejsem užitečný ani vážený

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

13. Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

14. Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

15. Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

16. Pocit, že mám „nedokončenou práci“ (např. věci, které jsem chtěl/a říct nebo udělat nebo nejsou uzavřené)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

17. Obavy, že můj duchovní život nemá smysl

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

18. Pocit, že jsem přítěží pro ostatní

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

19. Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

20. Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

21. Necítím podporu od přátel nebo rodiny

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

22. Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

23. Pocit, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

24. Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

25. Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Váš věk let

Pohlaví

- | | |
|---------|--------|
| 1. žena | 2. muž |
|---------|--------|

Nejvyšší dosažené vzdělání

- | | |
|-------------|------------------|
| 1. základní | 3. středoškolské |
| 2. vyučen | 4. vysokoškolské |

Sociální situace

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Žiji doma sám/sama | 3. Žiji doma s dalšími příbuznými |
| 2. Žiji doma s partnerem/partnerkou | 4. Žiji v penzionu |

Výzkum je anonymní a účast v něm je dobrovolná. Vyplněním dotazníku dáváte svůj souhlas k anonymnímu zpracování uvedených dat pro účely výzkumu. Děkuji za Váš zájem o účast ve výzkumném šetření a za Vaši spolupráci.

Bc. Kamila Mlčochová, FZV UP Olomouc, stud. Obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech