

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Martina Krejčová

Kvalita života chronicky dialyzovaných pacientů

Diplomová práce

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

Olomouc 2017

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

Olomouc 30. června 2017

podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí své práce doc. PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a za cenné rady, připomínky a podporu při jejím zpracování. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Janě Zapletalové, Dr. za pomoc při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření. Současně děkuji zdravotnickému personálu a respondentům za ochotu a spolupráci při realizaci výzkumného šetření. Moje velké díky patří v neposlední řadě celé mojí rodině, která mi byla během studia vždy velkou oporou.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Kvalita života dialyzovaných pacientů

Název práce: Kvalita života chronicky dialyzovaných pacientů

Název práce v AJ: The quality of life of chronic dialysis patients

Datum zadání: 2016–01-31

Datum odevzdání: 2017–06-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Krejčová Martina

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 chronicky dialyzovaní pacienti. K získání dat byly použity české verze standardizovaných dotazníků kvality života WHOQOL-BREF s doplňkovým modulem WHOQOL-OLD a dotazník AAQ, který zjišťuje postoj ke stárnutí. Jednotlivé cíle zjišťovaly, zda existuje vztah mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí, sociální situaci a pohlavím. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 405 respondentů ze sedmi dialyzačních center. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že chronicky dialyzovaní pacienti v dotazníku WHOQOL-BREF nejpozitivněji hodnotili kvalitu svého života v doméně Prostředí, naopak nejnižší hodnocení bylo v doméně Fyzické zdraví. V druhém dotazníku WHOQOL-OLD chronicky dialyzovaní pacienti nejlépe hodnotili kvalitu svého života v doméně Fungování smyslů a nejnižší hodnocení bylo v doméně Sociální zapojení. V dotazníku AAQ byla nejlépe hodnocena kvalita života v doméně Psychologický růst, naopak nejnižší hodnocení bylo v doméně Fyzické změny. Byl prokázán signifikantní vztah mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí, sociální situaci a pohlavím. Při porovnání hodnocení kvality života mezi oběma pohlavími bylo zjištěno, že muži hodnotili kvalitu svého života lépe než ženy a to v doméně Naplnění a Fungování smyslů. Pro ostatní domény kvality života nebyl prokázán signifikantní vztah mezi kvalitou života a pohlavím respondentů.

Abstrakt v AJ:

The diploma thesis focuses on the evaluation of the quality of life of chronically dialysed patients. To obtain the data, the Czech version of WHOQOL-BREF Standard Quality Questionnaires WHOQOL-BREF with the WHOQOL-OLD optional Module and the AAQ Questionnaire for Aging Attitudes were used. The individual objectives identified whether there is a relationship between the quality of life of chronically dialyzed patients and their attitudes towards aging, social situation and gender. The questionnaire survey was attended by 405 respondents from seven dialysis centers. The results of the research show that chronically dialyzed patients in the WHOQOL-BREF questionnaire most positively evaluated the quality of their life in the Environment domain, while the lowest score was in the domain Physical Health. In the second WHOQOL-OLD questionnaire, chronically dialysed patients best evaluated the quality of their lives in the Sensing Function domain, and the lowest score was in the Social Engagement domain. In the AAQ questionnaire, the quality of life in the Psychological Growth was best rated, while the lowest score was in the Physical Change domain. The results of the research survey have shown significant relation between the quality of life of chronically dialysed patients and their attitudes towards aging, their social situation and gender. When comparing the quality of life of the sexes, it was found that men rated the quality of their lives better than women in the Filling and Sensing Function domain. Conversely for other domains of quality of life weren't proofed significant relation between the quality of life and the respondent's gender.

Klíčová slova v ČJ: kvalita života, pacient, dialýza, chronická dialýza, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, AAQ, postoj ke stárnutí

Klíčová slova v AJ: quality of life, patient, dialysis, chronic dialysis, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, AAQ, attitudes toward aging

Rozsah: 99 stran / 10 příloh

OBSAH

ÚVOD	8
1 REŠERŠNÍ ČINNOST	9
2 KVALITA ŽIVOTA CHRONICKY DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ	11
2.1 Chronické selhání ledvin	11
2.1.1 Možnosti léčby.....	12
2.2 Kvalita života.....	16
2.2.1 Determinanty kvality života	17
2.2.2 Kvalita života ve vztahu ke zdraví.....	21
2.2.3 Kvalita života dialyzovaných pacientů	22
2.3 Postoje ke stárnutí.....	24
2.3.1 Psychosociální ztráty	25
2.3.2 Fyzické změny	26
2.3.3 Psychologický růst.....	27
2.4 Shrnutí teoretických východisek	28
3 METODIKA VÝZKUMU	29
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy.....	29
3.2 Charakteristika souboru	30
3.3 Metoda sběru dat.....	30
3.4 Realizace výzkumu	32
3.5 Metoda zpracování dat.....	33
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	35
4.1 Demografický charakter souboru respondentů.....	35
4.2 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL–BREF.....	37
4.3 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL–OLD	40
4.4 Vyhodnocení položek dotazníku AAQ.....	41
4.5 Ověření platnosti hypotéz	43
5 DISKUZE	56
ZÁVĚR	59

REFERENČNÍ SEZNAM	61
SEZNAM ZKRATEK	69
SEZNAM TABULEK	70
SEZNAM OBRÁZKŮ	71
SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

Kvalita života u dialyzovaných pacientů je poslední dobou velmi diskutované téma, kterému se věnuje stále více autorů. V současné době, pro kterou je charakteristické prodlužování délky života a převaha chronických a dlouhotrvajících onemocnění, radí medicína mezi své významné cíle zachování nebo zlepšení kvality života (Ležovič a kol., 2013, s. 255). Kvalita života není zcela totožná s termíny jako je „zdraví“, „životní spokojenost“ nebo „psychický stav“, jedná se spíše o multidimenzionální pojem. Ve snaze jasně definovat, na co se při stanovení kvality života zaměřit, je třeba jednotlivá hlediska více rozčlenit a rozlišit (Mareš, 2014, s. 23). Kvalitu života lze definovat jako interdisciplinární pojem směřující k individuálnímu přístupu k člověku. Na utváření kvality života jednotlivce se podílí řada důležitých faktorů, jejich přehled popisuje mnoho definic vymezujících kvalitu života (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 331).

Kačmárová (2013) ve své přehledové studii rozděluje kvalitu života na dva základní aspekty: objektivní a subjektivní. Naplnění požadavků, které se týkají sociálních nebo materiálních podmínek života a fyzického zdraví osoby, považuje za objektivní kvalitu života. Naopak osobní pohodu a všeobecnou spokojenost jedince se svým životem řadí do subjektivní kvality života (Kačmárová, 2013, s. 43). Kvalita života představuje subjektivní hodnocení odehrávající se v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu (Mareš, 2014, s. 23). Hrozenská (2008) ve své studii uvádí, že kvalita života jednotlivců má souvislost s historickým, ekonomickým, společenským prostředím a velmi ji individuálně ovlivňují životní zkušenosti pacienta a prostředí, ve kterém žije (Hrozenská, 2008, s. 81).

Dialyzační léčba představuje vážný zásah do pacientova života a jeho rodiny. Na jedné straně přináší záchranu života pacienta, na straně druhé, se stává i pochopitelnou zátěží jeho života (Bužgová, Šmotková, 2013, s. 234). Většina pacientů se shodne na tom, že dialyzační léčba přinese do jejich života mnoho změn. Při důkladném prozkoumání těchto změn a jejich ovlivňujících faktorů lze zjistit, že ne pro všechny dialyzované pacienty znamená tato léčba zhoršení kvality života. V současné době je cíl léčby o dialyzované pacienty mnohem dál, než tomu bylo před několika lety. Na základě postupného vývoje technických i medicínských poznatků, a také díky úpravě životního stylu pacientů, prioritou není poskytnout pouze léčbu a zajistit přežívání pacienta. V dnešní době se moderní medicína zaměřuje nejen na bezproblémový průběh léčby a individuální přístup k pacientovi, ale snaží se docílit i co nejpříjemnější kvality života pacienta (Šantová et al., 2015, s. 22).

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

Před zahájením rešeršní strategie byla prostudována níže uvedená vstupní literatura:

1. ČEVELA, R. a kol. 2012. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 264. ISBN 978-80-247-3901-4.
2. DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. 2009. *WHOQOL-OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. s. 72. ISBN 978-80-8714205-9.
3. GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 223. ISBN 978-80-247-3625-9.
4. JANOUŠEK, L. a kol. 2012. *Hemodialyzační arteriovenózní přístupy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 98. ISBN 80-247-2547-9.
5. MAJOR, M., SVOBODA, L. 2010. *Náhrada funkce ledvin - hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Triton. s. 38. ISBN 80-7254127-7.
6. SVOBODA, L., MAHROVÁ, A. 2009. *Pohyb jako součást léčby dialyzovaných a transplantovaných pacientů*. 1. vyd. Praha: Triton. s. 271. ISBN 978-80-7387-147-5.

REŠERŠNÍ STRATEGIE

Pro vyhledání validních odborných článků za účelem získání přehledu o stávajících poznatecích vztahujících se k tématu diplomové práce a zahrnujících problematiku chronicky dialyzovaných pacientů a jejich kvality života a postoji ke stárnutí, byla provedena literární rešerše, která probíhala od ledna 2016 do dubna 2017. Dohledané zdroje, které byly vhodné pro tvorbu diplomové práce, jsou uvedeny v následujícím schématu.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Stanovená vyhledávací kritéria:

Klíčová slova v ČJ: kvalita života, pacient, dialýza, chronická dialýza, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, AAQ, postoj ke stárnutí

Klíčová slova v AJ: quality of life, patient, dialysis, chronic dialysis, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, AAQ, attitudes toward aging

Jazyk: český, slovenský, anglický

Vyhledávací období: 2007 – 2017

Další vyhledávací kritéria:

- věk 50 let a více
- MMSE s min. 24 body
- abstrakt v anglickém jazyce
- články týkající se dané problematiky

Databáze: BMČ, CINAHL, EBSCO, MEDLINE, PubMed

Celkem dohledáno 273 článků.

Vyřazovací kritéria:

- duplicitní články
- nedohledání plných textů
- plný text v jiném než anglickém, českém či slovenském jazyce
- články s odlišnou tematikou

Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

Databáze BMČ – 10 článků

Databáze CINAHL - 13 článků

Databáze EBSCO – 17 článků

Databáze MEDLINE – 7 článků

Databáze PubMed – 18 článků

Pro tvorbu diplomové práce bylo použito 65 dohledaných plnotextů.

2 KVALITA ŽIVOTA CHRONICKY DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ

Kvalita života je u osob léčených dialyzační metodou i přes pokroky v dialyzační léčbě často snižena (Bužgová, Šmotková, 2013, s. 234). Na rozdíl od zdravých lidí, se musí tito pacienti téměř každý den setkávat s problematikou zaměřenou na dodržování dietního opatření, omezeného pitného režimu a užívání předepsaných léků v pravidelných intervalech. Je velmi důležité, aby se pacient uměl vyrovnat se stresem a byl seznámen s možností nečekaného zhoršení zdravotního stavu v důsledku primárního onemocnění (Révayová, 2013, s. 34). Život dialyzovaných pacientů přináší řadu komplikací a to nejen v závislosti na hemodialyzační léčbě, dodržování pravidelné diety a omezování příjmu tekutin. Pacienti jsou také vystavováni celé řadě stresujících situací (Bužgová, Šmotková, 2013, s. 234).

2.1 Chronické selhání ledvin

Chronické selhání ledvin je stále se rozšiřující celosvětový zdravotní problém. Lze jej charakterizovat jako stav, kdy funkce ledvin je snížena natolik, že ledviny nejsou schopny udržet ani za bazálních podmínek normální složení vnitřního prostředí (Wan et al., 2015, s. 2). Závažné chronické onemocnění ledvin představuje pro pacienta jednu z největších lidských zátěží, která může zásadně ovlivnit fyzickou zdatnost, psychiku, ale může změnit i některé vlastnosti osobnosti pacienta (Šantová et al., 2013, s. 7). Včasná diagnostika CKD (chronické onemocnění ledvin, z anglického Chronic Kidney Disease) je velice důležitá a prokazatelně zlepšuje vyhlídky pacientů s progresí nemoci do ESRD (konečná fáze onemocnění ledvin, z anglického End-Stage Renal Disease). I přes tuto skutečnost je však pozdní dispenzarizace nefrologického pacienta v ambulanci specialisty velmi častým a opakujícím se jevem (Hrubý, 2014, s. 41).

Konečná fáze onemocnění ledvin (ESRD) je vážné onemocnění, které má závažné negativní účinky na kvalitu života chronicky dialyzovaných pacientů (Kettas et al., 2008, s. 875). Incidence chronického onemocnění ledvin (CKD) stále roste a tudíž stoupá i počet pacientů v terminálním stádiu onemocnění ledvin (ESRD). Tzv. pre-ESRD péče zahrnuje časnou nefrologickou dispenzarizaci pacienta. Její součástí je edukace pacienta, která umožňuje

pacientům a nefrologům se společně rozhodnout o správné léčebné metodě. Toto rozhodnutí by mělo být uskutečněno na základě individualizovaných potřeb pacienta a mělo by zohledňovat i další faktory ovlivňující kvalitu života (Paříková, 2015, s. 556). Bužgová a Šmotková (2013) uvádějí, že zcela pozitivní výsledek nepřináší ani přísné dodržování speciálních dietních a medikamentózních opatření. Z tohoto důvodu pacienti s terminálním selháním ledvin vyžadují náhradu funkce ledvin dialýzou nebo transplantací ledviny (Bužgová, Šmotková, 2013, s. 233). Při zhoršení ledvinných funkcí pod hranici normy nebo při úplném zániku ledvinných funkcí, přicházejí u pacienta na řadu metody sloužící k náhradě funkce ledvin. Do těchto metod lze zařadit eliminační metody (hemodialýzu, peritoneální dialýzu) či transplantaci ledviny (Šantová et al., 2013, s. 7).

Chronické onemocnění ledvin výrazně zhoršuje kvalitu života a snižuje funkční schopnosti pacienta (Kačmárová, 2013, s. 44). Pro dialyzované pacienty je nejnáročnější období na začátku léčby samotné. V tomto období se jejich život nejvíce mění a to i z důvodu nutnosti dodržovat léčebné režimy, což je pro ně časově omezující. Jsou narušeny pacientovy obvyklé zájmy, denní režim a další zvyklosti. Jedná se o období velmi psychicky náročné a zdravotnický personál by měl při péči o pacienty brát tuto skutečnost na vědomí. Těmto pacientům často zmizela vidina dlouhého a zdravého života, což se může negativně odrazit i na jejich psychice (Svoboda, Mahrová, 2009, s. 53).

2.1.1 Možnosti léčby

Kvalita života se odvíjí i od možnosti rozhodnout se sám jakou metodu léčby zvolit. Při rozhodování je důležitá spolupráce s personálem, motivace a podpora pacientů (Révayová, 2013, s. 34). Do základních podmínek úspěšného pravidelného dialyzačního léčení patří možnost opakovaného připojení pacienta k mimotělnímu oběhu krve (týká se hemodialýzy), kdy pacient je závislý na trvalém cévním přístupu. Druhou možností je opakovaná tvorba iatrogenního ascitu (týká se peritoneální dialýzy). V tomto případě je pacientovi dlouhodobě implantován peritoneální katetr. Bez toho aniž by byl zajištěn přístup ke krevnímu oběhu nebo k membráně pobřišnice se žádná z očišťovacích metod použít nedá (Hrubý, 2014, s. 41).

Hemodialýza a peritoneální dialýza jsou důležité renální náhrady v konečné fázi onemocnění ledvin (ESRD). Autor Makkar (2015) ve své studii porovnává výsledky kvality života těchto dvou způsobů náhrady funkce ledvin u 60 dialyzovaných pacientů v Indii.

Výsledky dokazují, že pacienti s peritoneální dialýzou mají výrazně lepší kvalitu života ve fyzických (nejvíce v oblasti spánku a sexuality), ale i psychologických aspektech a mají významně nižší úmrtnost ve srovnání s hemodialyzovanými pacienty. Tito pacienti mají dle studie největší problém se spánkem v noci před dialyzační léčbou (Makkar, 2015, s. 28-30). Kvalita života pacientů na hemodialyzační léčbě či pacientů s peritoneální dialýzou je též porovnávána ve studii Ören et al. (2013), která probíhala u 300 dialyzovaných pacientů léčených v pěti dialyzačních střediscích v Istanbulu v Turecku. Výsledky dokazují, že kvalita života u pacientů s peritoneální dialýzou je vyšší než u hemodialyzovaných pacientů (Ören et al., 2013, s. 550-554).

Reichelová a Roubalová (2010) se ve své studii zaměřují na to, jak zlepšit orientaci ošetřovatelských týmů, které poskytují péči hemodialyzovaným pacientům v jednotlivých střediscích. Dle výsledků výzkumu je patrné, že největší mezery se týkají oblasti informovanosti pacientů a využívání sociálních výhod hemodialyzovaných pacientů. Pacienti uvádějí, že hlavním a častým problémem je u nich strach. Právě z tohoto důvodu raději přenesou svoji odpovědnost na zdravotníky a dají přednost hemodialyzační léčbě před peritoneální dialýzou (Reichelová, Roubalová, 2010, s. 31).

- **Hemodialýza**

Dějiny hemodialýzy se datují již od roku 1854, kdy skotský chemik Thomas Graham studoval dialyzační léčbu na propustnosti stěny hovězího močového měchýře, který byl použit k sestavení primitivního dialyzátoru (Sulková a kol., 2007, s. 12). Dnes dialyzátor a dialyzační monitor tvoří takzvanou umělou ledvinu, pomocí níž je krev pacienta a jeho organismus očišťován (Viklický a kol., 2008, s. 22).

Hemodialýza je nejrozšířenější metoda náhrady funkce ledvin, užívaná při léčbě chronického selhání ledvin. Čištění krve probíhá mimo tělo pacienta, proto se jedná o mimotělní eliminační metodu. V dialyzátoru je umístěna semipermeabilní tedy polopropustná membrána a z druhé strany membrány přitéká proti proudu dialyzační roztok (Šantová et al., 2013, s. 8). V důsledku rozdílných koncentrací látek v krvi a roztoku dochází k výměně látek podle tzv. koncentračního spádu (difuze). Tato metoda umožňuje difuzi látek s nízkou molekulovou hmotností přes již zmiňovanou membránu a odstranění tekutin z organismu pomocí ultrafiltrace (Janoušek a kol., 2012, s. 55).

Hemodialýza vede k významným změnám v životě pacienta, které mají negativní dopad na kvalitu života dialyzovaného pacienta (Kalender, Tosun, 2014, s. 823-828). Po zahájení

dialyzační léčby stojí pacienti před složitou úlohou, ve které se musí smířit s trvalým a zhoršujícím se onemocněním, s nejistotou a strachem z dalšího osudu. Je důležité, aby pacient byl na tuto situaci připraven a uměl se vyrovnat se vzniklými komplikacemi, které náročná léčba může přinést (Šantová et al., 2013, s. 8).

- **Peritoneální dialýza**

Na základě stejného způsobu, tedy na principu difuze a ultrafiltrace v dialyzátoru, dochází k výměně látek mezi krví protékající vlásečnicemi pobřišnice a dialyzačním roztokem, který je napuštěný do peritoneální dutiny. Při odstraňování odpadních látek z krve do roztoku záleží na velikosti plochy pobřišnice, která je omývána dialyzačním roztokem. Pokud je dialyzačním roztokem omývána větší plocha pobřišnice, jedná se o účinnější odstraňování odpadních látek (Hrubý, 2014, s. 43).

Výhodou této možnosti léčby je, že pacient během probíhající terapie zůstává ve svém domácím prostředí, na které je již zvyklý. Odpadá tedy čekání na sanitu, mnohdy zdlouhavá cesta do zdravotnického zařízení či několikahodinové připojení k hemodialyzačnímu přístroji. Není též potřeba vytvářet pacientovi opakovaně cévní přístup pro hemodialýzu. Zbytková funkce ledvin je zachována déle než při hemodialýze, dochází k menším krevním ztrátám, menší je i výskyt anémie a celkově peritoneální dialýza představuje menší zátěž pro kardiovaskulární systém (Nermutová, 2013, s. 18).

Pacienti podstupující peritoneální dialýzu jsou vystavováni jiným stresujícím situacím než hemodialyzovaní pacienti. Stres u nich může být vyvolán působením vlivů, mezi které patří vyšší nárok na samostatnost, zručnost pacienta a vlastní odpovědnost za léčbu. Pacient musí být seznámen s možnostmi vzniku vážných komplikací, které mohou při tomto typu dialyzační léčby nastat. Jednou z nejzávažnějších komplikací je peritonitida. Mezi další možné stresory patří časová či prostorová omezení a nutnost každodenní terapie (Svoboda, Mahrová, 2009, s. 103). Peritoneální dialýza je vzhledem k obsahu glukózy v dialyzačním roztoku často spojená i se zvýšením hmotnosti pacienta. Přítomnost katetru na těle může způsobovat psychické problémy, například v sexuálním životě pacienta. Výhodou však je provádění dialyzační léčby v domácím prostředí, což může přinést však i negativní dopady, mezi které lze zařadit vyšší riziko sociální izolace a ztráta kontaktu s přáteli. Pacient však není závislý na zdravotnickém centru a dochází k výrazně menšímu narušení jeho týdenního režimu (Major, Svoboda, 2010, s. 25).

- **Transplantace ledvin**

Nadějí pro většinu chronicky dialyzovaných pacientů zůstává úspěšná transplantace ledvin. Transplantace ledvin je součástí komplexní péče o nemocné s ledvinným selháním. Nepřímo navazuje na nefrologickou péči o pacienta s chronickým renálním selháním a též na léčbu dialyzační. Mezi nejčastější transplantační metody náhrady funkce ledvin patří transplantace ledviny, která je získaná od mrtvého dárce (Šantová et al., 2013, s. 8-10). Dle Hrubého (2014) má však transplantace ledviny od žijícího dárce více výhod. Mezi tyto výhody patří možnost plánovaně a důkladně vyšetřit potencionálního dárce, čímž lze zajistit použití zdravého orgánu s dobrou funkcí. Další z výhod je také možnost načasování transplantace, aby se předešlo komplikacím, které se mohou postupně u dialyzovaných pacientů vyvíjet (Hrubý, 2014, s. 42). Pacientovi je nutné sdělit, že transplantace ledvin je možná, jak u hemodialyzační léčby, tak u peritoneální dialýzy. U zmiňované druhé varianty je vhodné pacienta upozornit, že v břišní dutině zůstává peritoneální dialyzační katetr. Tento katetr transplantačnímu výkonu nijak nepřekáží a jeho odstranění se provádí až za několik týdnů po úspěšné transplantaci (Viklický a kol., 2008, s. 20).

Bužgová a Šmotková (2013) popisují ve svém kvantitativním průzkumu, kterého se účastnilo 199 pacientů s chronickým renálním selháním, že pacienti po transplantaci ledviny mají významně vyšší kvalitu života ve srovnání s pacienty na dialyzační léčbě. Kvalita života pacientů na dialýze klesala na základě doby od zahájení dialyzační léčby (Bužgová, Šmotková, 2013, s. 234-236). Život pacientů po transplantaci ledviny není však úplně jednoduchý a vyskytuje se i řada negativních faktorů ovlivňujících jejich kvalitu života. Mezi tyto faktory patří pravidelné užívání imunosupresivních léčiv a jejich vedlejší účinky, časté návštěvy u lékaře, vznik infekcí, strachu a úzkosti pacienta (Gentile et al., 2013, s. 2).

S kvalitou života pacientů po transplantaci ledviny úzce souvisí i některé socio-demografické údaje. U pacientů mladšího věku, s vyšším vzděláním, kteří jsou zaměstnaní a jsou ženatí či vdané je vyšší kvalita života než u starších pacientů, kteří mají nižší vzdělání či jsou bez zaměstnání. Velký vliv na kvalitu života má prostředí, ve kterém pacient žije a zda v něm žije sám nebo s partnerem či partnerkou (White et al., 2010, s. 2552-2554). Ve Francii byl proveden průřezový výzkum v osmi regionech, kdy do studie bylo zařazeno 1061 pacientů s fungujícím transplantovaným štěpem minimálně po dobu jednoho roku. Cílem výzkumu bylo stanovit faktory, které ovlivňují kvalitu života za pomoci 49 sociodemografických a klinických dat pacientů po transplantaci ledviny. V této studii v porovnání s ostatními průzkumy mají sociodemografické aspekty dopad na nižší kvalitu života pacientů po transplantaci ledviny, kdy

se jedná převážně o věk, pohlaví, rodinný stav a úroveň vzdělání. U pacientů nezaměstnaných je dle studie prokázána zhoršená kvalita života, zejména po fyzické a duševní stránce (Gentile et al., 2013, s. 1–4).

Pacienti po transplantaci ledviny nejsou vystavováni náhlým změnám objemu tělesných tekutin. Denní režim těchto pacientů je mnohem volnější, jelikož není závislý na přístrojové technice a dietní opatření nejsou tak přísná jako u pacientů s dialyzační léčbou. Tyto skutečnosti mohou v konečném výsledku pacientovi navodit vyšší pocit autonomie a svobody (Bužgová, Šmotková, 2013, s. 235). Transplantace ledvin s sebou však přináší i negativní vlivy na zdravotní stav pacienta. Mezi tyto negativní vlivy patří například vedlejší účinky imunosupresivních léčiv, které zahrnují vznik metabolických poruch a zvýšení rizika vzniku infekčních nemocí, což má vliv i na fyzický vzhled pacientů po transplantaci ledviny (Griva et al., 2012, s. 815-816).

Ne všichni pacienti mohou být transplantováni. Transplantován nemůže být čekatel, který z důvodu celkového zdravotního stavu není schopen transplantaci podstoupit, či pacient který není schopen dlouhodobě užívat imunosupresivní terapii. Dalším důvodem může být i nespolupráce pacienta či jiná vzniklá závažná onemocnění (Březovský, 2013, s. 31).

2.2 Kvalita života

Jedním z nejčastěji používaných pojmů v současné medicíně se stala právě kvalita života (QOL – Quality of Life). Tento pojem vyjadřuje názor, že péče o své zdraví má smysl do té míry, do jaké pozitivně ovlivňuje život pacientů (Ležovič a kol., 2013, s. 254-255). Cílem dnešní medicíny je nejen prodloužit pacientův život, ale především dosáhnout lepší kvality života nebo zachovat kvalitu života lidí s chronickým onemocněním, přičemž se klade velký důraz na faktory, které ovlivňují subjektivní vnímání kvality života (Gurková, 2011, s. 105). Subjektivní životní spokojenost a osobní pocit štěstí úzce souvisí s kvalitou života (Top, Dikmetas, 2015, s. 297). Kačmárová (2013) dělí kvalitu života na objektivní a subjektivní (Kačmárová, 2013, s. 43). Džumelová a Ďurčová (2009) uvádějí, že pro posouzení kvality života je podstatné subjektivní hodnocení pacienta. Nejdůležitější je, jak pacient aktuálně vnímá svoji zdravotní situaci a svoji schopnost uplatnit se v pracovním, rodinném a sociálním životě (Džumelová, Ďurčová, 2009, s. 28).

- **Definice kvality života**

Řecký filosof Aristoteles se poprvé zabýval kvalitou života a označil ji jako pocit štěstí (Olišarová a kol., 2013, s. 14). Kvalita života je především subjektivní pocit pacienta, kdy jen on sám je schopen sdělit, jak se aktuálně cítí, zda je spokojený či šťastný. V současné zdravotní péči se stala kvalita života jedním z kritérií, na jejímž základě je hodnocena úspěšnost terapie nejruznějších patologických stavů a nemocí. V mnoha oblastech klinické medicíny dnes již existuje společný postoj, který upřednostňuje potřebu sledovat kvalitu života pacientů a definovat ji jako jednu ze základních součástí různých lékařských intervencí (Bužgová, Šmotková, 2013, s. 235). Důležitým klinickým a vědecko-výzkumným ukazatelem výsledného stavu pacientů s pokročilým onemocněním ledvin je kvalita života, která úzce souvisí se zdravotním stavem pacienta (Schell et al., 2013, s. 27). Kvalita života je ovlivňována tělesným a psychickým stavem, stupněm nezávislosti, sociálními vztahy, prostředím a spiritualitou (Ležovič a kol., 2013, s. 255).

Studium kvality života v současné době představuje hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu pacienta. Ve své studii Šantová et al. (2015) popisují, že pro úspěšnou léčbu a navrácení pacienta do plnohodnotného života je jedním z důležitých předpokladů, aby pacient znal faktory, které mohou ovlivňovat jeho kvalitu života, ať už ve směru negativním či pozitivním (Šantová et al., 2015, s. 22).

2.2.1 Determinanty kvality života

Kvalita života je multidimenzionální pojem, který zahrnuje čtyři základní oblasti života. Jedná se o oblast fyzického zdraví, která se zaměřuje na přítomnost nebo nepřítomnost určitých somatických příznaků. O oblast psychického zdraví, která registruje přítomnost nebo nepřítomnost negativních psychických příznaků (úzkost, depresivní nálada, poruchy spánku). Třetí oblastí je funkční kapacita, která obsahuje schopnost nemocného přizpůsobit se určité psychické a fyzické zátěži. Poslední oblastí jsou sociální vztahy. Tato oblast se zaměřuje na kvalitu komunikace pacienta se sociálním okolím (Šantová et al., 2013, s. 8-9). Kurppa et al. (2011) ve své studii popisují, že mezi nejčastější determinanty ovlivňující kvalitu života patří fyzické, duševní, sociální, spirituální a ekonomické faktory (Kurppa et al., 2011, s. 85).

- **Fyzické faktory**

Abraham et al. (2012) ve své studii, které se účastnilo 100 pacientů léčených na hemodialýze v Indii, popisují negativní vliv dialyzační léčby na kvalitu jejich života. Z výsledků studie bylo zjištěno, že hemodialyzovaní pacienti mají nízké skóre u domény fyzické, která se zabývá tělesným stavem a zvládnutím fyzických aktivit. Pacienti na dialýze jsou více závislí na pomoci druhých osob a jejich běžné denní aktivity jsou ve většině případů narušeny (Abraham et al., 2012, s. 583-586).

Weisbord (2013) ve své studii, které se zúčastnilo 302 dialyzovaných dospělých mužů, popisuje negativní vliv dialyzační léčby na kvalitu života pacientů. Konkrétně se zaměřuje na oblast fyzickou, do které lze zařadit i sexuální problematiku, kdy jedním z nejčastějších problémů u mužů na dialyzační léčbě je erektilní dysfunkce. Výsledky této studie dokazují, že erektilní dysfunkce patří mezi velmi časté příznaky, které mají negativní vliv na fyzickou či duševní pohodu dialyzovaného pacienta (Weisbord, 2013, s. 278).

Ve své studii Seethala et al. (2010) uvádějí, že sexuální dysfunkce je častým problémem i u žen s konečnou fází onemocnění ledvin podstupujících dialyzační léčbu. Zatímco značná pozornost je věnována otázce sexuální dysfunkce u mužů na chronické dialýze, o této problematice je méně studií zaměřeno na ženské pohlaví. Na základě studie, bylo zjištěno, že sexuální dysfunkce je častým příznakem u žen podstupujících dialyzační léčbu, a to též u pacientek, které jsou vdané či žijí s partnerem. Nicméně málo žen diskutuje o tomto problému se svým praktickým lékařem, gynekologem či jiným odborníkem (Seethala et al., 2010, s. 58).

Ve studii Kettas et al. (2008) srovnávají sexuální funkce mezi ženami s konečnou fází onemocnění ledvin se zdravými ženami. Tato studie se zaměřuje na rizikové faktory, které mohou způsobit sexuální dysfunkci u žen s konečnou fází onemocnění ledvin. Studie uvádí, že ženy s konečnou fází onemocnění ledvin mají vyšší riziko sexuální dysfunkce než ženy zdravé. Proto by tyto ženy měly docházet na pravidelné konzultace ke svému lékaři za účelem zlepšení kvality jejich života v oblasti sexuality. U žen s hemodialýzou ve srovnání s ženami s peritoneální dialýzou bylo zjištěno 5,23krát vyšší riziko vzniku sexuální dysfunkce (Kettas et al., 2008, s. 874-876). Mladí pacienti mají často problémy v partnerském vztahu, v kvalitě sexuálního života a v naplnění potřeby mít děti. Existuje řada faktorů souvisejících s klinickým onemocněním a léčbou, které mohou přispívat k sexuální dysfunkci. Do těchto faktorů lze zařadit hormonální nerovnováhu, vedlejší účinky léků či deprese. Sexuální dysfunkce má mnoho projevů, které se mohou lišit u mužů i u žen a ve většině případů mohou

zkomplikovat plodnost pacientů. Potíže s plodností je pak zejména pro mladé pacienty na dialyzační léčbě velmi psychicky náročná (Weisbord, 2013, s. 278).

- **Psychické faktory**

Dialyzační terapie představuje pro pacienty s onemocněním ledvin velkou fyzickou, ale i psychickou a sociální zátěž. U pacientů s chronickým onemocněním, kteří podstupují dialyzační léčbu, probíhají všechna stadia psychologického vyrovnání. Situace, při kterých pacient odmítá léčebný režim či dochází k opakovanému sebeпоškození či sebevražednému jednání pacienta, může být zapříčiněno špatnou a komplikovanou spoluprací pacienta s personálem. Při dialyzační terapii se často setkáváme s nevědomými obrannými mechanismy pacientů, jakými jsou vytěsnění, popření a regrese. Tyto obranné mechanismy pacientům často pomáhají unést velkou psychickou zátěž (Révayová, 2013, s. 34).

Selhání ledvin a následné zařazení do pravidelného dialyzačního programu je téměř pro každého pacienta velkou psychickou zátěží. Ne každý se však dovede dostatečně vyrovnat s touto zátěží a smířit se se skutečností, že bez dialyzační léčby nemůže dále žít a musí současně dodržovat řadu omezení ve svém životním stylu. Dialyzovaný pacient je trvale vystavován stresujícím situacím, které jsou způsobeny časovou náročností léčby, závislostí na přístroji, dialyzačním středisku, personálu i na vlastní léčebné metodě. Pokud pacient aktivně nevyužívá svůj volný čas a vede spíše pasivní život, může se stát, že začne často a hlouběji přemýšlet nad svým onemocněním. Tím se však stále zvyšuje jeho strach z nemoci, která ho postihla. U některých pacientů se mohou objevit psychické obtíže až apatie a lhostejnost (Džumelová, Ďurčová, 2009, s. 28).

Griva et al. (2014) se ve své studii věnují kvalitě života dialyzovaných pacientů a jejich emocionálnímu přizpůsobení. Této studii se zúčastnilo 232 pacientů žijících v Singapuru, kteří pravidelně podstupují hemodialýzu či peritoneální dialýzu. Ve studii je popisován emocionální strach a zhoršené fyzické zdraví u pacientů s peritoneální dialýzou, zároveň však tito pacienti jsou více spokojeni se svým životem než pacienti podstupující hemodialyzační léčbu (Griva et al., 2014, s. 60-62). Autoři Abdalla et al. (2015) ve své studii popisují kvalitu života pacientů podstupujících hemodialyzační léčbu v porovnání s pacienty s peritoneální dialýzou. Studie se zúčastnilo celkem 370 pacientů v Súdánu a výsledky dokazují, že pacienti s hemodialyzační léčbou trpí většími bolestmi, nepohodlím, úzkostí a depresí než pacienti s peritoneální dialýzou (Abdalla et al., 2015, s. 28-31).

Nejčastěji se vyskytujícími psychickými poruchami u chronicky dialyzovaných pacientů jsou úzkost, agresivita a v některých případech i známky zhoršené spolupráce, které mohou vyústit až v depresi. Deprese se vyskytuje u dialyzovaných pacientů poměrně často jako následek stresových faktorů. Pacienti jsou nervózní, náladoví a přecitlivělí. Pro snížení výskytu těchto poruch jsou doporučována pohybová cvičení či relaxační techniky. Takto narušená psychika se může projevovat nechutenstvím či naopak přejídáním, nespavostí, únavou, sníženou výkonností, nespoluprací (Svoboda, Mahrová, 2009, s. 105). Ve své studii Abraham et al. (2012) popisují negativní pocity, úzkost a depresi u hemodialyzovaných pacientů (Abraham et al., 2012, s. 584).

- **Sociální faktory**

Dialyzovaní pacienti uvádějí, že v minulosti měli špatné osobní vztahy, nedostatečnou sociální podporu a většina z nich neměla ani adekvátní příjem či finanční jistotu. Onemocnění pro ně znamenalo ještě větší pokles výše příjmu, kdy všechny tyto nežádoucí faktory měly za následek nižší kvalitu jejich života (Abraham et al., 2012, s. 585). Mezi sociální potřeby lze zařadit potřebu lásky, potřebu náležitosti k nějaké osobě, dostávat a zpracovávat nové informace, možnost vyjadřovat se k nim a být vyslechnut. Do potřeby lásky je zahrnuta touha lásku dávat i přijímat, milovat a být milován. V řadě případů se páry shodly, že se jejich vztah zlepšil a upevnil v momentě, kdy jeden z nich onemocněl chronickým onemocněním. Bylo zjištěno, že páry jsou si skutečně bližší, avšak míra jejich spokojenosti v partnerském vztahu či v manželství se nezvýšila, spíše naopak poklesla. Je všeobecně známo, že každá osoba potřebuje ke svému životu kontakt a komunikaci s druhými lidmi (Motlová, 2007, s. 346).

Pokorná (2010) ve své studii popisuje, jak důležitou roli ve vytváření vztahu mezi pacientem a zdravotnickým personálem v hemodialyzačním středisku představuje komunikace. Komunikace sestry s pacientem vytváří tzv. transakční proces, ve kterém tyto dva představitelé fungují navzájem jako mluvčí a posluchač (Pokorná, 2010, s. 12). Pacienti považují návštěvu dialyzačního střediska za příležitost, jak alespoň tímto způsobem přijít do společnosti ostatních lidí a nebýt sociálně izolován. Dialyzační léčba je pro ně spíše společenskou událostí (Griva et al., 2014, s. 60).

- **Spirituální faktory**

Spirituální faktory mohou mít významný podíl k zachování dobrého zdravotního stavu pacienta. Nemusí nutně obsahovat jen otázky náboženské či existenční. Do této oblasti lze zařadit i vztahy a kontakt s rodinou, přáteli a dalšími blízkými. Je důležité zaměřit se na problematiku umírání a smrti, smyslu utrpení a nemoci, kdy pacient by neměl hledat odpovědi na tyto otázky sám. Řada pacientů často však raději volí samotu při přemýšlení nad náboženskými otázkami (Erichsen, Brüsing, 2013, s. 4-5).

2.2.2 Kvalita života ve vztahu ke zdraví

Kvalita života ve vztahu ke zdraví je podmíněna řadou faktorů. Mezi tyto faktory lze zařadit genetické dispozice, vznik a průběh nemoci či změny zdravotního stavu, které jsou již nevratné (White et al., 2010, s. 2554). Kvalita života ve vztahu ke zdraví, zkráceně HRQL (z anglického Health-Related Quality of Life) se zabývá částí života, která je určována úrovní zdraví pacienta a poskytnutou zdravotní péčí. Využívá se převážně při sledování nemoci a její následné léčby. Zaměřuje se především na zkušenosti zdravotnického týmu při poskytování zdravotní péče a zkoumá vliv onemocnění na životy pacientů (Svoboda, Mahrová, 2009, s. 100). Pro klinické rozhodování je významné posuzování kvality života v souvislosti se zdravím, na jehož základě jsou k dispozici informace o stavu onemocnění a informace o tom, do jaké míry je pacient schopen plně fungovat v oblasti fyzické a psychosociální (Hrozenská, 2008, s. 84). Výsledkem zkoumání konceptu kvality života spojené se zdravím byl vznik mezinárodního dotazníku WHOQOL (z anglického World Health Organization Quality of Life), který byl vytvořen pracovními skupinami z celého světa ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Pomocí tohoto mezinárodního dotazníku je hodnocena kvalita života (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 9).

Wan et al. (2015) se ve své studii zaměřují na kvalitu života ve vztahu ke zdraví u čínských dialyzovaných pacientů. Popisují hemodialyzační léčbu jako účinnou a záchrannou metodu náhrady funkce ledvin, která současně představuje i velmi náročnou léčebnou metodu u pacientů s konečnou fází onemocnění ledvin (ESRD). Tato terapie může mít škodlivý vliv na kvalitu života a celkový stav pacientů (Wan et al., 2015, s. 4-9). Wu et al. (2013) se ve své studii zabývají kvalitou života u čínských dialyzovaných pacientů. Uvádějí, že do faktorů ovlivňujících kvalitu života těchto pacientů patří převážně věk, sociální situace a vzdělání (Wu

et al., 2013, s. 457-458). Problematikou kvality života ve vztahu ke zdraví se v Íránu zabývají ve své studii Rad et al. (2015). V této studii uvádějí, že kvalita života u pacientů používajících metodu hemodialyzační léčby není významně odlišná od kvality života ve vztahu ke zdraví u pacientů s peritoneální dialýzou (Rad et al., 2015, s. 388-391).

K pozitivnímu naladění pacienta přispívá i podpora rodiny a přátel. Úspěšnou dialyzační léčbu pozitivně podporuje, když je pacient v dobré fyzické, psychické, emocionální a duševní pohodě. Toho lze dosáhnout vhodnou edukací, při které jsou pacientovi poskytnuty dostatečné informace. Nedostatek informací by mohl způsobit komplikace, které se odrazí u pacienta zhoršením jeho zdraví či celkového zdravotního stavu (Šantová et al., 2013, s. 10). Za nejdůležitější životní hodnotu je považováno právě zdraví, na druhé straně je často chápáno jako samozřejmost. Fyzické nebo duševní zdraví lze v průběhu života ovlivňovat vzájemným působením biologických, psychických a sociálních predispozic. Celospolečensky je dnes zdraví považováno za hlavní indikátor kvality života (Heřmanová, 2012, s. 420-423).

Klíčové oblasti života dialyzovaných pacientů hodnotí studie autorů Ležovič a kol. (2013). Z výzkumného souboru, který tvořilo 100 dialyzovaných pacientů v Bratislavě, hodnotí většina z nich kvalitu svého života poměrně dobře. Méně dobře je však hodnocena spokojenost s kvalitou života ve vztahu ke zdraví, což výrazně ovlivňuje psychiku pacienta či jeho fyzickou kondici. Dle výsledků výzkumu je kvalita života, jako dynamicky se měnící stav, ovlivněna duševním stavem pacientů. Je proto potřebné zlepšit u dialyzovaných pacientů psychologické intervence (Ležovič a kol., 2013, s. 258-260).

2.2.3 Kvalita života dialyzovaných pacientů

V posledních letech je velká pozornost věnována kvalitě života (QOL) dialyzovaných pacientů po celém světě (Wu et al., 2013, s. 456). Kvalita života je považována za komplexní stav, který je složený z různých aspektů zahrnujících fyzický stav, psychický stav, sociální vztahy, sexuální funkce. Do aspektů lze též zařadit schopnost provádět každodenní činnosti samostatně či aktuální ekonomická situace pacienta (Kring, Crane, 2009, s. 20). V dnešní době je kvalita života častým a rozšířeným pojmem používaným v každodenním životě. Jedná se o termín interdisciplinární a multidimenzionální, který bývá relativně hůře uchopitelný vzhledem k širokému obsahovému pojetí (Heřmanová, 2012, s. 410-412).

Kvalita života dialyzovaných pacientů je složitě interpretována a ovlivňována mnoha faktory a nemůže být posuzována pouze lékařem, ale vyžaduje přímou účast a spolupráci

samotného pacienta. Celý zdravotnický tým má vliv na kvalitu života pacienta konkrétně prostřednictvím intervencí, kterými mohou pacientům pomoci k obnovení rovnováhy jejich života (Kring, Crane, 2009, s. 20-22).

Chronicky dialyzovaní pacienti často ztrácejí svá zaměstnání z důvodu vysoké nemocnosti. Jejich onemocnění a způsob léčby může přispět ke změně jejich vzhledu a k sexuální dysfunkci, která tento stav často doprovází. Sexuální dysfunkce může být i příčinou ztráty partnera (Bužgová, Šmotková, 2013, s. 234-236). Ve studii autorů Griva et al., jsou popisovány životní změny, které u pacientů z důvodu dialyzační léčby nastávají. Jedná se často o snížené pracovní nasazení a s tím spojená změna dosavadního zaměstnání, které již pacienti nebyli schopni vykonávat (Griva et al., 2014, s. 58). Kvalita života pacientů je významně ovlivněna i kvalitou spánku. Úroveň spánku úzce souvisí s aktuálním psychickým rozpoložením pacienta a stresem, který aktuálně prožívá (Parker et al., 2007, s. 70). Mezi stresové faktory ovlivňující kvalitu života dialyzovaného pacienta patří dodržování diety s omezením tekutin, pravidelné užívání léků, změněný vzhled, sexuální dysfunkce, náchylnost k nemocem, snížení svobodného plánování, jistá míra závislosti na okolí a možný rozpad rodiny či ztráta zaměstnání. Tyto faktory a zákazy na pacienta působí symptomaticky a mohou způsobit svědění kůže, otoky, bolest svalů a kloubů, pocit žízně, sucho v ústech, poruchy spánku, dušnost, deprese, úbytek energie či vitality (Svoboda, Mahrová, 2009, s. 102).

Hortemo et al. (2012) se ve své studii zaměřují na úmrtnost dialyzovaných pacientů. Ve studii je popisováno, že z 252 zúčastněných pacientů se průměrná doba od zařazení do dialyzačního programu do smrti pacienta či do úspěšné transplantace ledviny, pohybovala v rozmezí od 0,2 do 4,3 let. Výsledek této studie poukazuje na rizikové faktory, které způsobují předčasnou úmrtnost dialyzovaných pacientů, kdy se jedná převážně o věk pacienta, odmítnutí transplantace ledviny pacientem či přítomnost diabetu nebo jiné komorbidity. Mezi rizikové faktory spojené s nezdravým životním stylem patří kouření. Naproti tomu předčasná úmrtnost nebyla spojena s pohlavím pacienta, dialyzační léčbou, hodnotou hemoglobinu, sérového albuminu, cholesterolu či s vyšší hodnotou BMI. Dialyzovaní pacienti však umírají ve srovnání s běžnou populací méně často na infarkt myokardu, podstatně častější je u nich spíše náhlá smrt či srdeční selhání (Hortemo et al., 2012, s. 52-54). Autor Makkar (2015) ve své studii popisuje, že vyšší mortalita byla pozorována u pacientů podstupujících hemodialyzační terapii než u pacientů podstupujících peritoneální dialýzu (Makkar, 2015, s. 29).

2.3 Postoje ke stárnutí

Přirozenou součástí života jedince je stárnutí, přičemž jeho vnímání a prožívání je velmi individuální a je ovlivňováno mnoha faktory (Kačmárová, 2013, s. 42). Brett et al. (2017) ve svém výzkumu definují kvalitu života jako multidimenzionální pojem, kdy jednotlivé oblasti se týkají kvality života starších jedinců (Brett et al., 2017, s. 134). Stáří lze charakterizovat jako obecné označení pozdních fází ontogeneze, kdy se jedná o poslední vývojovou etapu člověka. Dle definice Světové zdravotnické organizace lze stáří rozdělit tímto způsobem: 45-59 let střední věk, 60-74 vyšší (starší) věk neboli rané stáří, 75-89 let pokročilý čili stařecký věk, vlastní stáří, sénium. V současné době se stále častěji uplatňuje členění vyššího věku:

- Mladší senioři (young old): 65-74 let.
- Starší senioři (old-old): 75-84 let.
- Velmi staří senioři (very old) 85 a více let (Čevela a kol., 2012, s. 19-26).

Samotný proces stárnutí staví staršího jedince před otázky dalšího bytí a smyslu života. Přehlížení či opomíjení těchto existenciálních otázek, může vést k psychickým a somatickým poruchám (Ondrušová, Dragomirecká, 2012, s. 195). Kim et al. (2012) ve své studii věnující se postojům ke stárnutí, považují pozitivní postoj ke stáří každého pacienta za důležitou součást jeho života (Kim et al., 2012, s. 140). Jestliže mluvíme o kvalitě života dialyzovaných pacientů, je důležité mít na mysli, jak se pacient cítí po tělesné, psychické, sociální, ale i duchovní stránce. Narůstající počet chronicky dialyzovaných pacientů ve společnosti poukazuje na fakt, že je potřeba zabývat se kvalitou života těchto pacientů a jejich postojem ke stárnutí (Ondrušová, 2009, s. 38).

Starší jedinci představují různorodou skupinu obyvatel. Jsou rozdílní věkem, úrovní vzdělání a ekonomickými podmínkami. Rozdíly jsou patrné i v rodinném zázemí, přáních, potřebách a životních zkušenostech. Ve stáří stoupá počet onemocnění, častá je polymorbidita. Chronická onemocnění mohou přinášet omezení v soběstačnosti pacienta v různé míře a důsledkem toho vzniká závislost pacienta na pomoci druhých (Ondrušová, Dragomirecká, 2012, s. 194). Ve vyšším věku dochází v lidském organismu k mnoha změnám, které s sebou stárnutí přináší a kterým se nelze vyhnout (Mlýnková, 2011, s. 20).

2.3.1 Psychosociální ztráty

Sociální stárnutí úzce souvisí s odchodem do starobního důchodu, penze. Dosažení důchodového věku neznamena automaticky důvod odchodu do penze. Je třeba postupovat zcela individuálně a přihlížet ke skutečným tělesným, duševním schopnostem a přáním starého jedince. Je to mezník v životě každého člověka. Kladný vliv na kvalitu života starších osob mají sociální kontakty. S přibývajícím věkem může dojít ke ztrátě životního partnera a k pocitům osamělosti. Většina starších jedinců hodnotí kvalitu svého života pozitivně na základě nezávislosti, odolnosti a schopnosti rychlé adaptace na nové podmínky. Popisují též objektivní a subjektivní rozměr kvality života, kdy subjektivní kvalitu života starších osob může negativně ovlivnit demence a deprese. Negativně mohou kvalitu života ovlivnit i finanční obtíže starší osoby (Netuveli, Blane, 2008, s. 113). Kačmárová (2013) ve své studii popisuje, že kvalita života u starších jedinců znamená zachování si vlastního „já“ a smyslu života. Zachování vlastního sebepojetí (self image) znamená, že starší jedinec prožil smysluplný život (Kačmárová, 2013, s. 43).

S nižším počtem aktivit, úbytkem zájmů či omezenými kontakty ve stáří, se starší osoba více soustředí na své zdravotní potíže a uvědomuje si své tělesné změny (Ondrušová, Dragomirecká, 2012, s. 194). Brett et al. (2017) ve svém výzkumu popisují faktory, které mají vliv na jednotlivé oblasti týkající se kvality života starších jedinců. Do těchto faktorů lze zařadit psychickou a fyzickou pohodu, zdraví, produktivitu, sociální vazby, životní styl a subjektivní pohodu, která se vztahuje k sociálním ukazatelům, jakými jsou vzdělání a finanční zabezpečení (Brett et al., 2017, s. 135).

Kim et al. (2012) ve své studii popisují pozitivnější postoj k vlastnímu stáří u starších lidí, kteří jsou schopni se více přizpůsobit nové kultuře. Zaměřuje se na postoje ke stárnutí u 230 korejských přistěhovalců žijících ve Spojených státech amerických, u kterých jsou hlavním zdrojem podpory sociální vazby s rodinnými příslušníky a přáteli. Tyto vazby ke svým blízkým pomáhají starším lidem k lepšímu emočnímu ladění a pozitivnějšímu vlivu na osobní postoj ke stárnutí. Mimořádný význam pro psychický život starších jedinců má jejich vztah ke společnosti a rodině. Starší osoby často trpí pocitem, že jsou přítěží pro ostatní a že představují překážku, která omezuje normální fungování jejich rodiny (Kim et al., 2012, s. 144).

2.3.2 Fyzické změny

Za jednu z nejdůležitějších životních hodnot považuje starší člověk své zdraví. Z toho vyplývá, že na základě míry subjektivní životní spokojenosti či nespokojenosti se zdravím staršího člověka, lze posoudit i míru kvality jeho života (Hrozenková, 2008, s. 84). Stárnutí a stáří ve vztahu ke zdraví a udržení soběstačnosti má stále významnější postavení v problematice stárnutí populace (Top, Dikmetas, 2015, s. 289). Do tělesných změn, ke kterým vlivem stárnutí dochází, lze zařadit: úbytek svalové hmoty, změna vzhledu pacienta, degenerativní změny kloubů, změny trávicího traktu, kardiovaskulární změny, změny termoregulace, změny smyslů, změny vylučovacího systému a změna sexuální aktivity. Všeobecně je známo, že s přibývajícím věkem se snižuje činnost orgánů v těle jedince (Davison, 2010, s. 198-202). Mlýnková (2011) uvádí, že tělesné změny ve stáří se týkají téměř všech orgánových soustav a orgánů v těle jedince (Mlýnková, 2011, s. 22).

Autoři Johansen et al. (2007) popisují, že u pacientů ve vyšším věku, kteří rovněž trpí pokročilým onemocněním ledvin, se ve značné míře vyskytují geriatrické syndromy, do nichž patří kognitivní poruchy, pády a křehkost. Právě křehkost je běžným jevem u starších pacientů a je spojena se zvýšeným rizikem hospitalizace či úmrtím (Johansen et al., 2007, s. 2962-2966).

Schell et al. (2013) ve své studii nazývané se „Nové poznatky o očekávané délce života s dialýzou a bez ní“, pojednávají o tom, zda by měla být dialyzační léčba u starších pacientů v terminálním stádiu chronického selhání ledvin zahájena či nikoliv. Tento výzkum se zaměřil především na prognózu, průběh a posouzení přínosu dialyzační léčby. Výsledky dokazují, že je důležité začlenit pacienta do společného rozhodování o způsobu a možnostech léčby. Úkolem celého zdravotnického týmu je předat pacientovi dostatečné informace o výhodách či nevýhodách dialyzační léčby. Při zahajování dialyzační léčby u starších polymorbidních pacientů je vyšší riziko zhoršení funkčního stavu a jejich kvality života. Tyto aspekty u polymorbidních pacientů by dle autorů článku měly vést ke zvýšenému zájmu o nedialyzační metody léčby. Dle výzkumu kvalita života hemodialyzovaného pacienta a pacienta podstupující pouze konzervativní léčbu byla však obdobná. Ačkoli nedialyzovaní pacienti měli horší hodnoty fyzického zdraví, žádná odchylka nebyla zaznamenána v oblasti mentálního zdraví. U začínajících dialyzovaných pacientů byla snížena celková spokojenost se životem těchto pacientů (Schell et al., 2013, s. 25–31).

2.3.3 Psychologický růst

Na kvalitě psychiky se podílí osobnost člověka. Snahou poslední doby je kvalitu života vyjádřit více globálně a nalézt takzvané pilíře štěstí. Podle některých autorů jsou těmito pilíři následující fenomény: kompetence – pocit, že umím, jsem schopen dělat něco smysluplného a jsem v tomto směru aktivní; autonomie – rozhoduji o svém vlastním životě, mám ho pod kontrolou; integrita – cítím se být svázan s jinými lidmi a toto všechno vyúsťuje v sebeúctu, což znamená, že si sám sebe vážím. Právě integrita (celistvost) osobnosti zůstává zachována, zpravidla se mění pouze její dílčí schopnosti (Payne a kol., 2007, s. 211).

U starších pacientů s pokročilým onemocněním ledvin je velmi složité rozhodnout se o správném způsobu léčby, což vyžaduje aktivní spolupráci nefrologa a pacienta. Mezi nimi musí dojít k důslednému předání informací a je nutné brát v potaz přání a požadavky pacienta (Schell et al., 2013, s. 25). Davison (2010) ve své studii uvádí, že se staršími pacienty je potřeba vést rozhovory o jejich cílech a přáních, což umožní včas naplánovat případnou následnou péči či přípravu pacienta na konec života. Pokročilé onemocnění ledvin je však často spjato s nepředvídatelným průběhem, a proto je složité určit nejvhodnější načasování těchto rozhovorů. Právě z tohoto důvodu bývají dialyzovaní pacienti na konec života často nepřipraveni (Davison, 2010, s. 198-202).

Vágnerová (2007) popisuje, že mnohé psychické změny jsou podmíněny změnami biologickými, což potvrzuje, že všechny změny ve stáří spolu úzce souvisí. Doba, kdy se začnou jednotlivé změny projevovat, je však individuálně rozdílná. U stárnoucího jedince dochází ke zhoršení paměti a k udržení nových informací. Do psychických změn u starších jedinců lze též zařadit emoční labilitu, změnu vnímání a nedůvěřivost. Prožívání stárnutí a adaptace na toto období je spojena s větším zaměřením na sebe samotného, na uspokojení svých vlastních potřeb, což vyplývá ze zhoršení některých fyzických a psychických kompetencí a fakt, že dochází ke ztrátě soběstačnosti. Pokud pacient žije doma, ve známém a přirozeném prostředí má nadále možnost stýkat se se svými příbuznými. Po přestěhování do zařízení pobytových služeb tak o ně přichází a ztrácí veškerý kontakt. Ztrácí zájem komunikovat, vytváří si odstup a nemá se komu svěřit. Ztrácí jistotu orientace a pocit bezpečí známého prostředí, do kterého nepatří jen byt, ale i jeho sociální okolí (Vágnerová, 2007, s. 55).

2.4 Shrnutí teoretických východisek

Po prostudování studií použitých v teoretické části diplomové práce vyplývá, že je důležité zabývat se kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů, jelikož těchto pacientů stále přibývá. Autoři ve svých studiích uvádějí, že posuzování kvality života je v současné době velmi diskutované téma ve všech zemích a chronicky dialyzovaným pacientům je potřeba zajistit aktivní a plnohodnotný život.

Schell et al. (2013) ve své studii uvádějí, že starší pacienti představují nejrychleji se rozrůstající populaci pacientů zahajujících dialyzační léčeni, u nichž lze zaznamenat i nejméně příznivé klinické výsledky. Mezi ně patří i zvýšená mortalita, zhoršení funkčního stavu a snížení kvality života (Schell et al., 2013, s. 26).

Je důležité zabývat se problematikou kvality života starších lidí, protože celosvětově dochází ke stárnutí populace (Ondrušová, 2009, s. 36). Kvalita života u starších lidí klesá především z důvodu přibývajících zdravotních problémů, kdy závažnost těchto zdravotních problémů stoupá s přibývajícím věkem (Mareš, 2014, s. 24). Postoje ke stárnutí a stáří jsou záležitostí individuální, které závisí na mnoha okolnostech. Celková životní spokojenost a snadná adaptace na stáří jsou ovlivněny pozitivními postoji ke stáří (Bužgová, Klechová, 2011, s. 396-397).

Džumelová a Ďurčová (2009) uvádějí, že do faktorů ovlivňujících kvalitu života dialyzovaných pacientů, je potřebné zařadit pacientovo sociální zapojení a sociální interakci, ze které plyne pocit uspokojení pacienta. Starší dialyzovaní pacienti, kteří žijí osamoceni, často nacházejí na dialyzačním středisku pravidelné kontakty s jinými lidmi z řad personálu a ostatních pacientů. Příznivá sociální situace může výrazně prodloužit život dialyzovaného pacienta. Na druhé straně mladí dialyzovaní pacienti, kteří jsou v dobré fyzické kondici, mají naopak problémy v zaměstnání a již nejsou schopni rozvíjet své zájmové a rekreační aktivity (Džumelová, Ďurčová, 2009, s. 28). Kim et al. (2012) ve své studii uvádějí, že fyzické a duševní zdraví je podporováno též pozitivními názory na stárnutí. Pozitivní postoje ke stárnutí mají vliv i na dlouhověkost pacientů (Kim et al., 2012, s. 140).

Na základě sumarizace získaných informací, které souvisejí se zvolenou problematikou, lze formulovat teoretickou hypotézu vztahující se k definovaným cílům výzkumu takto: Předpokládáme, že kvalita života chronicky dialyzovaných pacientů je ovlivněna jejich postojem ke stárnutí, sociální situací a pohlavím.

3 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření probíhalo na základě získání empirických dat prostřednictvím kvantitativního typu výzkumu. Byl použit soubor oficiálních českých verzí standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, AAQ a MMSE. Výzkumné šetření bylo schváleno v březnu roku 2016 Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (Příloha 1). Po schválení výzkumného šetření byl zahájen výzkum v hemodialyzačních střediscích v České republice (Příloha 2 – 8).

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak subjektivně hodnotí kvalitu svého života chronicky dialyzovaní pacienti. Na základě vymezení tohoto hlavního cíle se odvíjí stanovení tří dílčích cílů, zaměřených na zjištění vztahu mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí, sociální situací a pohlavím.

Cíl 1: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí.

Statistické hypotézy k cíli 1:

H1₀: Neexistuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí.

H1_A: Existuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí.

Cíl 2: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich sociální situací.

Statistické hypotézy k cíli 2:

H2₀: Neexistuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich sociální situací.

H2_A: Existuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich sociální situací.

Cíl 3: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich pohlavím.

Statistické hypotézy k cíli 3:

H3₀: Neexistuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich pohlavím.

H3_A: Existuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich pohlavím.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili dialyzovaní pacienti, kterým je poskytována péče v hemodialyzačních střediscích. Mezi zařazující kritéria pro soubor respondentů patřil: věk 50 let a více, chronicky dialyzovaný pacient, úroveň kognitivních funkcí dle testu MMSE 24 - 30 bodů, schopen samostatně vyplnit dotazníkový soubor, podepsal informovaný souhlas s anonymním výzkumným šetřením. Vyřazujícím kritériem byl: věk 49 a méně, pacient s akutní dialýzou, kognitivní deficit dle testu MMSE 23 bodů a méně, závažné senzorické postižení (zraku, sluchu) či neschopnost vyplnit dotazník z důvodu poruchy motoriky horních končetin.

3.3 Metoda sběru dat

Pro získání dat byl použit kvantitativní výzkum a to formou dotazníkového šetření. Ke zhodnocení úrovně kognitivních funkcí byl použit Mini Mental State Exam - MMSE. K měření kvality života pacientů byla použita české verze standardizovaných dotazníků Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, k němu doplňkový modul s názvem WHOQOL-OLD a dotazník zaměřený na postoj ke stárnutí a stáří AAQ, které byly získány po zaregistrování v českém WHOQOL centru. Dále byl použit soubor sociodemografických údajů, který zahrnoval: věk, pohlaví, vzdělání a sociální situaci (Příloha 10).

Dotazník WHOQOL-BREF se skládá z celkem 26 položek, z toho 24 položek je rozděleno do čtyř domén. Dvě samostatné položky hodnotí současnou kvalitu života pacienta

a celkovou spokojenost se svým zdravím (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 65). Již zmiňovaných 24 položek je rozděleno do následujících čtyř domén:

- **Doména č. 1** (Fyzické zdraví) se zaměřuje na hodnocení bolesti, závislosti na lékařské péči, únavy, pohyblivosti, spánku, každodenních a pracovních činností.
- **Doména č. 2** (Prožívání – psychologická oblast) se zabývá potěšením ze života, smyslem života, přijetím tělesného vzhledu, spokojeností se sebou a negativními pocity.
- **Doména č. 3** (Sociální vztahy) klade důraz na osobní vztahy, sexuální život, podporu přátel a osobní bezpečí.
- **Doména č. 4** (Prostředí) interpretuje problematiku týkající se životního prostředí a prostředí v okolí bydliště, finanční situace, přístupu k informacím, zálibám, dostupnosti zdravotní péče a dopravu (Bužgová, Šmotková, 2013, s. 234).

Dotazník WHOQOL-OLD, který slouží pro měření kvality života u osob vyššího věku. Dotazník není užíván jako samostatný dotazník, ale slouží vždy jako doplňkový modul k dotazníku WHOQOL-BREF či dotazníku WHOQOL-100 (Ondrušová, 2009, s. 38). Tento dotazník má celkem 33 položek hodnocených v šesti oblastech, které jsou důležité pro osoby s vyšším věkem.

Konkrétně se jedná o 6 domén:

- **Doména č. 1** (Fungování smyslů) má vliv na každodenní život, na komunikaci a hodnocení smyslů.
- **Doména č. 2** (Nezávislost) se zaměřuje na svobodné rozhodování, možnost rozhodnout se o budoucnosti a respektovat svobodu rozhodování.
- **Doména č. 3** (Naplnění) se týká uznání od ostatních, možnosti něčeho dosáhnout a být spokojen.
- **Doména č. 4** (Sociální zapojení) klade důraz na dostatek činností a aktivit, smysluplnost činností a spokojenost s trávením volného času.
- **Doména č. 5** (Intimita) se zabývá přátelstvím, láskou, příležitostmi někoho milovat a být milován, fyzickou blízkostí.
- **Doména č. 6** (Postoj ke smrti) interpretuje problematiku týkající se strachu ze smrti, strachu ze ztráty kontroly, z umírání a z bolesti (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 15).

Dotazník AAQ (z anglického Attitudes to Ageing Questionnaire) je zaměřen na zjišťování postoje ke stárnutí a stáří. Obsahuje celkem 38 položek rozdělených do tří domén:

- **Doména č. 1** (Psychosociální ztráty) kam patří prožitky, sociální vyloučení, uzavření se do sebe samotného, prožitky samoty a postupná ztráta fyzické soběstačnosti.
- **Doména č. 2** (Fyzické změny) sem patří kondice, cvičení, fyzické zdraví a celková reflexe stárnutí.
- **Doména č. 3** (Psychologický růst) tato doména zahrnuje pozitivní vztah k sobě samému a k okolnímu světu (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 16).

3.4 Realizace výzkumu

Byl použit kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. Dotazníkové soubory byly distribuovány po schválení Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Byla oslovena všechna hemodialyzační střediska a souhlas s výzkumným šetřením v daném časovém rozmezí uvedlo sedm středisek.

Před zahájením výzkumného šetření v každém hemodialyzačním středisku byl udělen vedoucím pracovníkem odboru nelékařské péče souhlas s realizací výzkumného šetření. Po souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči či vrchní sestry, byli mnou nebo sestrou příslušného pracoviště, která byla vedením pověřena ke spolupráci, osloveni dialyzovaní pacienti. Sestra byla proškolená o metodě sběru dat a podílela se na distribuci dotazníků. Pacientům, kteří splňovali zařazující kritéria, byla nabídnuta účast ve výzkumném šetření. Pokud pacient se zapojením do výzkumu souhlasil a podepsal před zahájením výzkumného šetření informovaný souhlas (Příloha 9), obdržel dotazník pro jeho samostatné vyplnění.

Celé výzkumné šetření probíhalo v časovém období od února 2016 do ledna 2017 v sedmi dialyzačních střediscích. Konkrétně se jednalo o:

- Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně
- Fakultní nemocnici Brno Bohunice
- Oblastní nemocnici Jičín
- Klaudiánovu nemocnici Mladá Boleslav, a.s.
- Nemocnici Šternberk
- Oblastní nemocnici Trutnov, a.s.
- Krajskou nemocnici Tomáše Bati, a.s. ve Zlíně

Celkem 603 dialyzovaným pacientům, kteří splňovali zařazující kritéria, byla nabídnuta účast v dotazníkovém šetření. Do výzkumu se odmítlo zapojit 28 pacientů z důvodu nezájmu. Zbylým 575 pacientům, kteří s výzkumem souhlasili, byly rozdány dotazníkové formuláře. Z tohoto počtu 107 dotazníků nebylo vráceno zpět vůbec z důvodu aktuálního zhoršení zdravotního stavu pacienta, náhlého úmrtí či ztráty zájmu plně dokončit vyplnění dotazníku, který byl pro ně příliš dlouhý a náročný. Ze 468 vrácených dotazníků bylo 63 dotazníků, vyplněno jen částečně či neúplně z důvodu později vzniklého nezájmu pacienta o dokončení dotazníku či nechtěné přeskočení některých z otázek či stran dotazníkového formuláře. Kompletně vyplněných dotazníků bylo tedy celkem 405.

Vyplněné dotazníky byly vkládány do papírového boxu, který byl vždy připraven v hemodialyzačním středisku, kde byl výzkum prováděn. Po ukončení sběru dat ve středisku byl box s dotazníky zalepen a odeslán či předán osobně studentce realizující výzkumné šetření. Anonymita dat byla zajištěna tím, že pacienti dali vyplněný dotazník do připraveného boxu a po provedení analýzy dat byly veškeré formuláře dotazníků skartovány.

3.5 Metoda zpracování dat

Po získání dat prostřednictvím dotazníkového šetření byly jednotlivé odpovědi z kompletně vyplněných dotazníků umístěny do tabulek v programu Microsoft Office - Excel 2010. Kvalita života byla měřena pomocí standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD Světové zdravotnické organizace. Dle metodiky bylo vypočítáno hrubé skóre domén dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku WHOQOL-OLD a skóre jednotlivých domén dotazníku AAQ. Při výpočtu hrubého skóre domén byla nejdříve obrácena škála odpovědí u specifikovaných položek. Dále bylo vypočteno hrubé skóre domén a byla provedena transformace tohoto hrubého skóre na škálu od 4 do 20. K výpočtu hrubých skóre domén dotazníku WHOQOL-BREF byla použita metodika Dragomirecké (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 66). K výpočtu hrubých skóre domén dotazníku WHOQOL-OLD byla použita metodika Dragomirecké (Dragomirecká, Prajsová, 2009).

Ke zpracování dat byla použita deskriptivní analýza údajů, popisná statistika a korelace. Pro analýzu dat ke statistickému zpracování byl použit statistický program IBM SPSS Statistics verze 22 a také program Microsoft Office - Excel 2010. Byly vypočítány základní statistické charakteristiky skóre jednotlivých domén, jakými je průměrná hodnota, směrodatná odchylka

(SD), medián, minimální a maximální hodnota. Vzhledem k nenormální distribuci hodnot skóre je přesnější charakteristikou střední polohy dat medián. Průměrná hodnota by mohla být zkruslena.

Ověření platnosti hypotéz:

K ověření platnosti hypotézy H_{10} byla použita Spearmanova korelační analýza. Byly vypočítány hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a hodnoty signifikance testu významnosti korelačního koeficientu. Spearmanova korelační analýza byla použita kvůli nenormální distribuci hodnot skóre domén. Popisuje míru závislosti mezi kvalitou života podle dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku WHOQOL-OLD s doménovými skóry dotazníku AAQ, který je zaměřen na postoj pacientů ke stárnutí a stáří.

Platnost hypotézy H_{20} byla ověřena pomocí Kruskal-Wallisova testu, který porovnával čtyři skupiny pacientů podle jejich sociální situace s doménovými skóry kvality života měřené dle dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku WHOQOL-OLD. Jako post hoc testy byly použity testy Dunnové, které porovnávaly skupiny po dvojicích.

K ověření platnosti poslední hypotézy H_{30} byl použit Mann-Whitney U test k porovnávání mužů a žen v doménovém skóre kvality života v jednotlivých doménách podle dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku WHOQOL-OLD.

Distribuce hodnot skóre domén kvality života byla zobrazena pomocí kvartilových krabicových grafů. Nejsilnější korelace byly graficky znázorněny pomocí bodových grafů. K ověření normální distribuce byl použit Shapiro-Wilkův test. Všechny testy byly dělány na hladině signifikance 0,05.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Po zpracování a analýze získaných dat prostřednictvím dotazníkového šetření, byla statisticky zpracována demografická data respondentů a také vyhodnoceny položky dotazníku WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD a AAQ. Poté byla ověřena platnost všech tří hypotéz.

4.1 Demografický charakter souboru respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 575 respondentů, kdy celková návratnost dotazníků byla 81 % (468 z 575). Počet kompletně vyplněných dotazníků činil 87 % (405 ze 468); (Tab. 1).

Tabulka 1: Distribuce dotazníků

Město	Rozdané	Vracené	Vyplněné kompletně	Vyplněné částečně	Návratnost (%)	% kompletně vyplněných	% vyřazených
Brno FN u sv. Anny	90	82	77	5	91 %	94 %	6 %
Brno FN Bohunice	95	78	72	6	82 %	92 %	8 %
Jičín	75	60	52	8	80 %	87 %	13 %
Mladá Boleslav	105	85	74	11	81 %	87 %	13 %
Šternberk	60	45	35	10	75 %	78 %	22 %
Trutnov	80	60	43	17	75 %	72 %	28 %
Zlín	70	58	52	6	83 %	90 %	10 %
CELKEM	575	468	405	63	81 %	87 %	13 %

Z popisné charakteristiky souboru chronicky dialyzovaných pacientů byl průměrný věk respondentů 71 let, medián věku pacientů byl 70. Minimální věk respondentů byl 51 let a maximální věk byl 91 let (Tab. 2).

Tabulka 2: Věk respondentů

	Průměr	SD*	Medián	Minimum	Maximum
Věk	71,0	8,1	70,0	51,0	91,0

*SD = směrodatná odchylka

U všech dotazovaných respondentů byl proveden před zahájením výzkumného šetření test kognitivních funkcí MMSE. Kritériem pro účast na výzkumném šetření byla stanovena minimální hodnota 24 bodů včetně. Průměrná hodnota testu byla zaokrouhleně 28 bodů (27,7), medián byl 28 bodů. Minimální počet bodů u dotazovaných pacientů byl 25 bodů, maximální počet bodů byl 30 (Tab. 3).

Tabulka 3: Skóre MMSE

	Průměr	SD*	Medián	Minimum	Maximum
MMSE	27,7	1,6	28,0	25,0	30,0

*SD = směrodatná odchylka

Z celkového počtu respondentů (405) bylo 206 (50,9 %) žen, mužů bylo 199 (49,1 %). Nejčastějším stupněm dosaženého vzdělání bylo středoškolské, konkrétně u 164 (40,5 %) respondentů, 114 (28,1 %) respondentů bylo vyučeno. Vysokoškolské vzdělání mělo vystudováno 76 (18,8 %) dotazovaných. Nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti se základním vzděláním, jednalo se o 51 (12,6 %) respondentů.

Nejvíce chronicky dialyzovaných pacientů bydlelo doma s partnerem či partnerkou a to konkrétně 194 (47,9 %) respondentů. Druhá nejvíce zastoupená skupina žila doma s příbuznými, konkrétně 93 (23 %) dotazovaných, samostatně bydlelo 60 (14,8 %) respondentů a zbylých 58 (14,3 %) dotazovaných žilo v domově pro seniory (Tab. 4).

Tabulka 4: Sociodemografické údaje

		Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Pohlaví	Muž	199	49,1 %
	Žena	206	50,9 %
Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní	51	12,6 %
	Vyučen	114	28,1 %
	Středoškolské	164	40,5 %
	Vysokoškolské	76	18,8 %
Sociální situace	Žiji doma sám/sama	60	14,8 %
	Žiji doma s partnerem/partnerkou	194	47,9 %
	Žiji doma s dalšími příbuznými	93	23,0 %
	Žiji v domově pro seniory	58	14,3 %

4.2 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL–BREF

Chronicky dialyzovaní pacienti hodnotili v rámci dotazníku WHOQOL-BREF kvalitu života a spokojenost se zdravím ve dvou samostatných otázkách: „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ a „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“. Distribuci odpovědí pacientů na obě otázky popisuje následující tabulka (Tab. 5).

Jako dobrou nebo velmi dobrou hodnotilo kvalitu svého života 47,4 % (192) respondentů, jako špatnou nebo velmi špatnou hodnotilo kvalitu života celkem 21,0 % (85) dotazovaných. Podle zbývajících 31,6 % (128) chronicky dialyzovaných pacientů není jejich kvalita života ani dobrá, ani špatná.

Na otázku týkající se spokojenosti se zdravím odpovědělo celkem 32,1 % (130) dotazovaných, že jsou spokojeni nebo velmi spokojeni se svým zdravím. Nespokojeno nebo velmi nespokojeno bylo 36,3 % (147) respondentů. Ani nespokojeno ani spokojeno se svým zdravím bylo 31,6 % (128) pacientů.

Tabulka 5: Samostatné otázky dotazníku BREF

Položka dotazníku	Možnost odpovědi	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
BREF 1: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	1 - velmi špatná	19	4,7 %
	2 - špatná	66	16,3 %
	3 - ani špatná ani dobrá	128	31,6 %
	4 - dobrá	168	41,5 %
	5 - velmi dobrá	24	5,9 %
BREF 2: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	1 - velmi nespokojen/a	18	4,4 %
	2 - nespokojen/a	129	31,9 %
	3 - ani nespokojen/a ani spokojen/a	128	31,6 %
	4 - spokojen/a	106	26,2 %
	5 - velmi spokojen/a	24	5,9 %

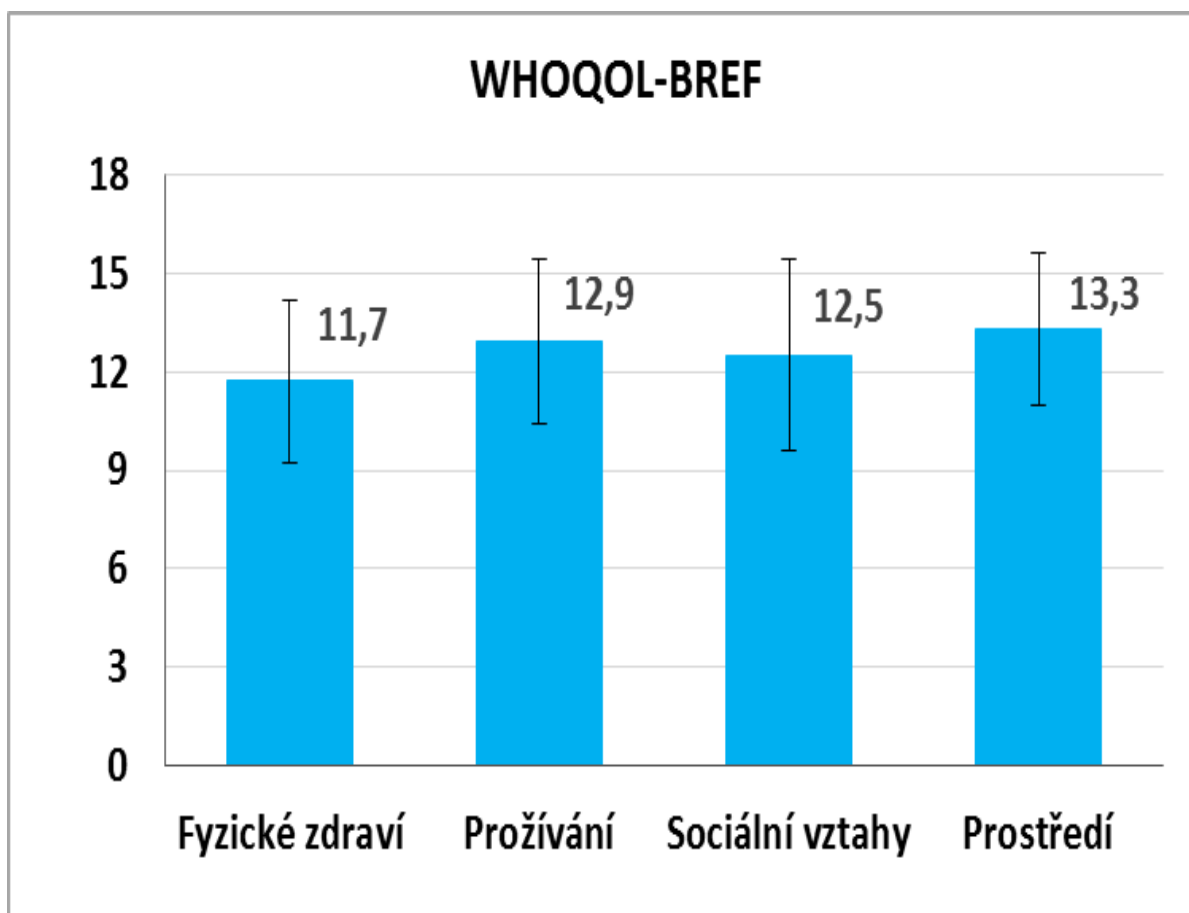
V dotazníku WHOQOL-BREF se hodnotily celkem čtyři domény kvality života, nejvyšší spokojenost s kvalitou života byla zjištěna v doméně Prostředí (medián skóre 13,3; průměrná hodnota 13,0) – v tabulce označeno červeně, nejnižší kvalita života byla zjištěna v doméně Fyzické zdraví (medián skóre 11,7; průměrná hodnota 11,4) – v tabulce označeno zeleně (Tab. 6).

Tabulka 6: Domény dotazníku WHOQOL-BREF

Domény	Průměr	SD*	Medián	Minimum	Maximum
Fyzické zdraví	11,7	2,5	11,4	4,6	18,9
Prožívání	12,9	2,5	12,7	6,7	20,0
Sociální vztahy	12,5	2,9	12,0	5,3	20,0
Prostředí	13,3	2,3	13,0	7,5	19,5

*SD = směrodatná odchylka

Kvalita života v doménách WHOQOL-BREF byla vyjádřena pomocí průměrné hodnoty a směrodatné odchylky. Výška sloupečku prezentuje průměrnou hodnotu doménového skóre pro jednotlivé domény kvality života podle dotazníku WHOQOL-BREF, svorka v obrázku představuje variabilitu, tj. plus mínus jednu směrodatnou odchylku skóre kolem průměrné hodnoty (Obr. 1).



Obrázek 1: Domény dotazníku WHOQOL-BREF

4.3 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-OLD

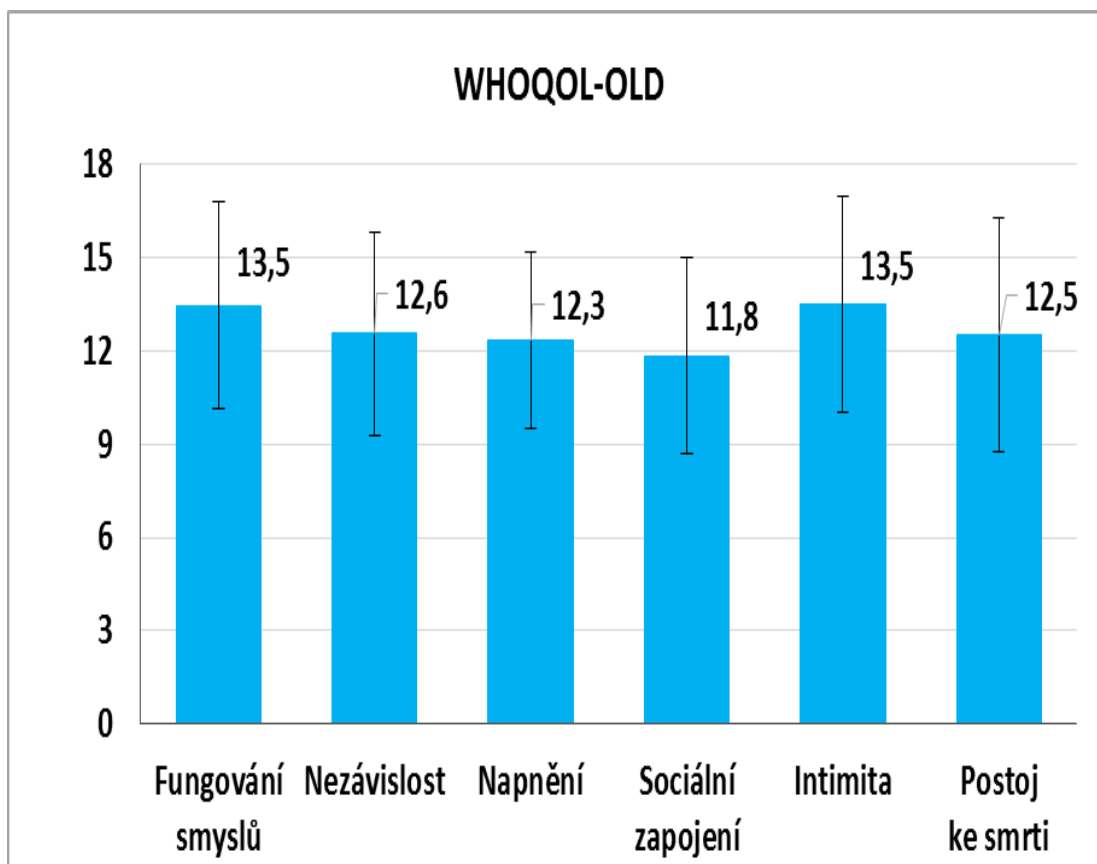
Podle dotazníku WHOQOL-OLD byla nejvyšší spokojenost s kvalitou života zjištěna v doméně Fungování smyslů (medián skóre 13,5; průměrná hodnota 13,0) v tabulce označeno červeně, stejný průměr a medián skóre byl zjištěn také v doméně Intimita (též označeno v tabulce červeně). Nejnižší kvalita života byla zjištěna v doméně Sociální zapojení (medián skóre 11,8; průměrná hodnota 12,0) – v tabulce označeno zeleně (Tab. 7).

Tabulka 7: Domény dotazníku WHOQOL-OLD

Domény	Průměr	SD*	Medián	Minimum	Maximum
Fungování smyslů	13,5	3,32	13,0	5,0	20,0
Nezávislost	12,6	3,29	12,0	5,0	20,0
Naplnění	12,3	2,85	12,0	5,0	18,0
Sociální zapojení	11,8	3,17	12,0	4,0	20,0
Intimita	13,5	3,48	13,0	4,0	20,0
Postoj ke smrti	12,5	3,77	13,0	4,0	20,0

*SD = směrodatná odchylka

Kvalita života v doménách WHOQOL-OLD vyjádřená pomocí průměrné hodnoty a směrodatné odchylky. Výška sloupečku prezentuje průměrnou hodnotu doménového skóre pro jednotlivé domény kvality života podle dotazníku WHOQOL-OLD, svorka v obrázku představuje variabilitu, tj. plus mínus jednu směrodatnou odchylku skóre kolem průměrné hodnoty (Obr. 2).



Obrázek 2: Domény dotazníku WHOQOL-OLD

4.4 Vyhodnocení položek dotazníku AAQ

Přehled celkového skóre dotazníku AAQ, který je zaměřen na postoj ke stárnutí a stáří, uvádí tabulka 8.

Tabulka 8: Celkové skóre dotazníku AAQ

AAQ	Průměr	SD*	Medián	Minimum	Maximum
Celkové skóre	70,8	10,1	71,0	41,0	103,0

*SD = směrodatná odchylka

Dotazník AAQ má celkem 24 položek rozdělených do tří domén. Největším problémem u chronicky dialyzovaných pacientů, tj. nejvyšší průměrná hodnota škály, byla zjištěna u domény Psychologický růst (25 – v tabulce označeno červeně).

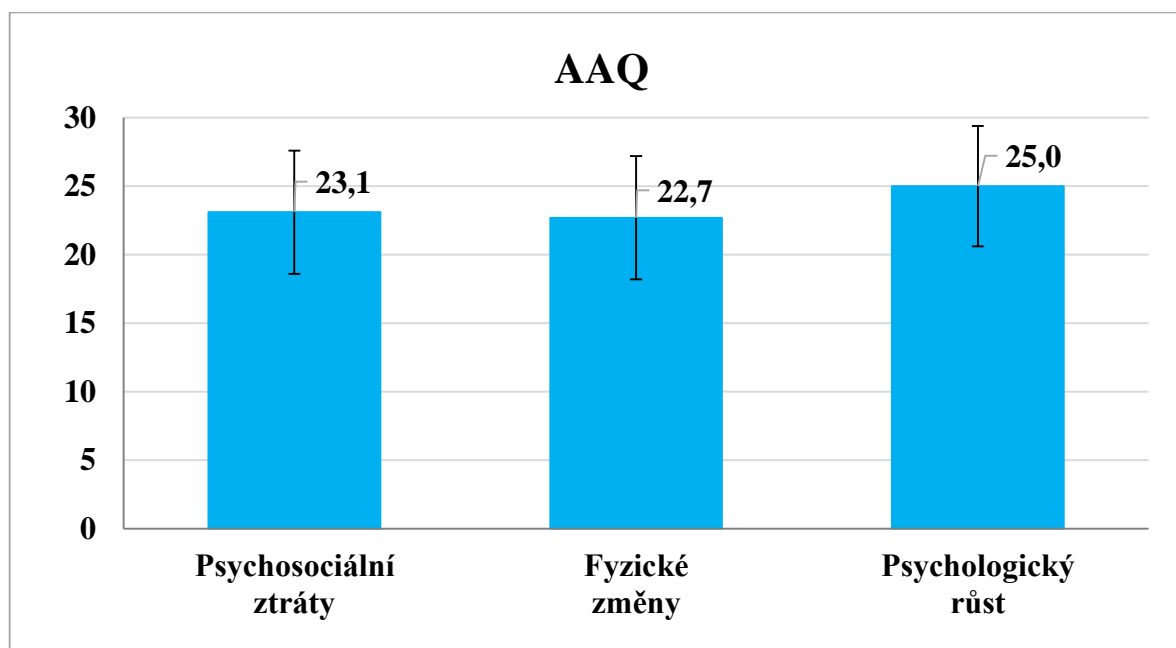
Nejmenší problém chronicky dialyzovaných pacientů, tj. nejnižší průměrná hodnota škály, byla zjištěna u domény Fyzické změny (22,7 – v tabulce označeno zeleně). V tabulce níže jsou uvedeny základní popisné charakteristiky skóre domén (Tab. 9).

Tabulka 9: Domény dotazníku AAQ

AAQ	Průměr	SD*	Medián	Minimum	Maximum
Psychosociální ztráty	23,1	4,5	23,0	10,0	35,0
Fyzické změny	22,7	4,5	22,0	11,0	36,0
Psychologický růst	25,0	4,4	25,0	13,0	36,0

*SD = směrodatná odchylka

Základní popisné charakteristiky skóre domén dotazníku AAQ jsou uvedeny v obrázku 3. Výška sloupečku prezentuje průměrnou hodnotu doménového skóre v celém souboru chronicky dialyzovaných pacientů, svorka v obrázku představuje variabilitu skóre, tj. plus minus jednu směrodatnou odchylku skóre kolem průměrné hodnoty.



Obrázek 3: Domény dotazníku AAQ

4.5 Ověření platnosti hypotéz

Cíl 1: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí.

Statistické hypotézy k cíli 1:

H₁₀: Neexistuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí.

H_{1A}: Existuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí.

Platnost hypotézy H₁₀ byla ověřena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Byly vypočítány hodnoty korelačního koeficientu pro korelaci doménových skóre kvality života podle dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku WHOQOL-OLD s doménovými skóry dotazníku AAQ. Pro hodnoty korelačních koeficientů byly dělány testy významnosti korelačních koeficientů, díky kterým bylo zjištěno, zda jsou hodnoty korelačních koeficientů statisticky významně nenulové na hladině signifikance 0,05.

Závěr

Hypotézu H₁₀ zamítáme. Byl prokázán statisticky významný vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí a stáří.

Signifikantní slabá pozitivní korelace byla prokázána mezi doménovým skóre Psychosociální ztráty a kvalitou života vyjádřenou jednotlivými doménovými skóre podle dotazníku WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD. To znamená, čím pozitivnější postoj ke stárnutí a stáří, tím lepší kvalita života ve všech oblastech. Dále byla prokázána signifikantní velmi slabá negativní korelace mezi doménovým skóre Fyzické změny a kvalitou života v dimenzi Sociální vztahy, Prostředí, Nezávislost a Intimita. Čím vyšší skóre v doméně Fyzické změny, což znamená, čím více vnímají pacienti fyzické změny ve stáří jako obtěžující, tím menší kvalita života v doméně Sociální vztahy, Prostředí, Nezávislost a Intimita. Velmi slabá pozitivní korelace byla prokázána mezi doménovým skóre Psychologický růst a kvalitou života v doméně Prostředí a velmi slabá negativní korelace byla zjištěna mezi doménovým skóre Psychologický růst a kvalitou života v doméně Postoj ke smrti. Čím vyšší skóre v doméně

Psychologický růst (což znamená pozitivnější vztah k sobě a k okolnímu světu), tím lepší kvalita života v doméně Prostředí a tím nižší kvalita života v doméně Postoj ke smrti.

Výsledky korelační analýzy jsou uvedeny v tabulce s názvem Korelace celkového a doménového skóre dotazníku AAQ s doménovými skóry dotazníku WHOQOL-BREF. V tabulce jsou uvedeny hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu, hodnoty signifikance testu významnosti korelačního koeficientu a počet hodnot, které byly použity pro výpočet korelačního koeficientu (N). Tučně jsou v tabulce zvýrazněny statisticky významně nenulové hodnoty korelačních koeficientů (Tab. 10).

Tabulka 10: Korelace celkového a doménového skóre dotazníku AAQ s doménovými skóry dotazníku WHOQOL-BREF

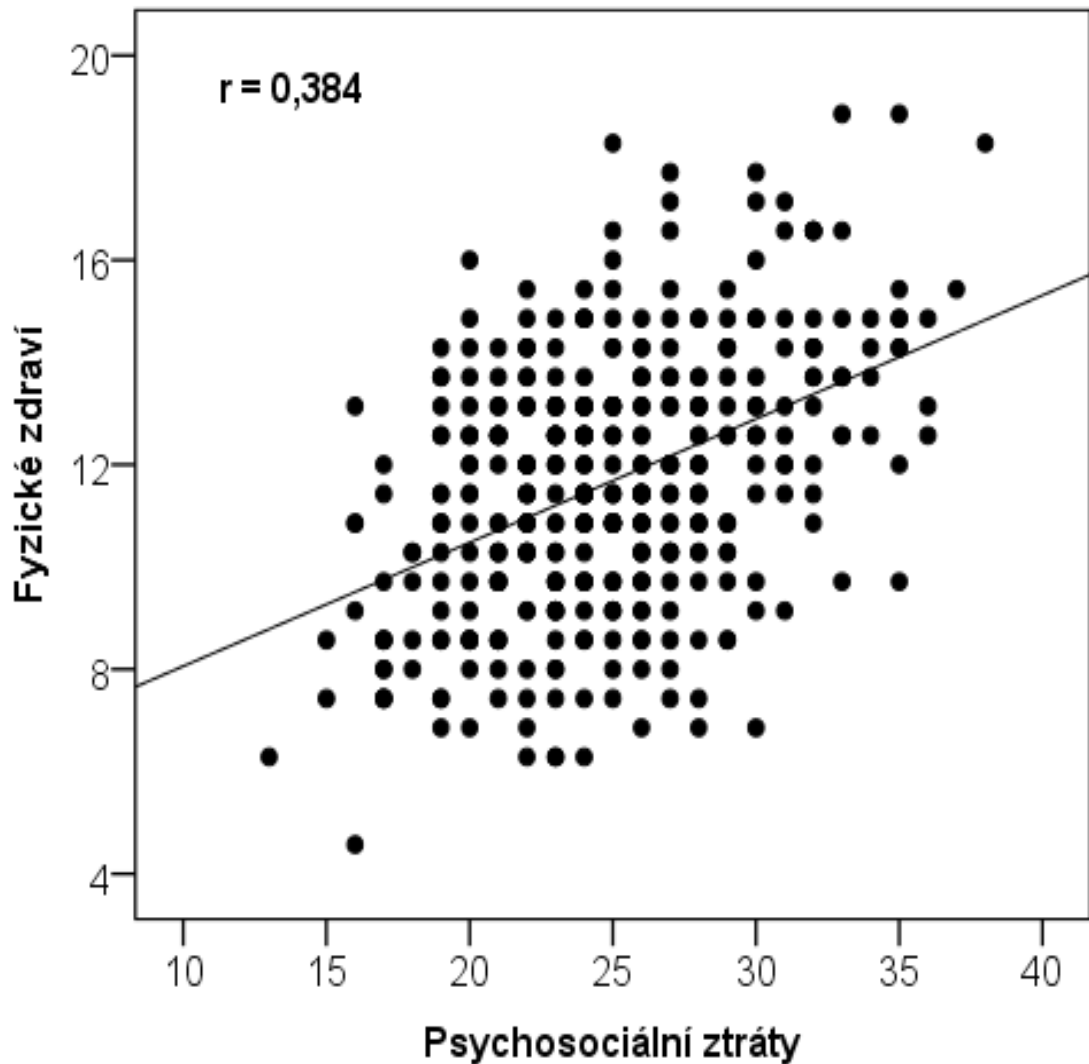
Domény	Názvy hodnot	Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí
Psychosociální ztráty	Korelační koeficient	0,384	0,372	0,279	0,246
	Signifikance	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
	N	405	405	405	405
Fyzické změny	Korelační koeficient	-0,017	-0,097	-0,128	-0,128
	Signifikance	0,731	0,051	0,010	0,010
	N	405	405	405	405
Psychologický růst	Korelační koeficient	-0,090	0,004	0,039	0,108
	Signifikance	0,069	0,933	0,437	0,029
	N	405	405	405	405

Výsledky korelační analýzy jsou uvedeny v tabulce s názvem Korelace celkového a doménového skóre dotazníku AAQ s doménovými skóry dotazníku WHOQOL-OLD. V tabulce jsou uvedeny hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu, hodnoty signifikance testu významnosti korelačního koeficientu a počet hodnot, které byly použity pro výpočet korelačního koeficientu (N). Tučně jsou v tabulce zvýrazněny statisticky významně nenulové hodnoty korelačních koeficientů (Tab. 11).

Tabulka 11: Korelace celkového a doménového skóre dotazníku AAQ s doménovými skóry dotazníku WHOQOL-OLD

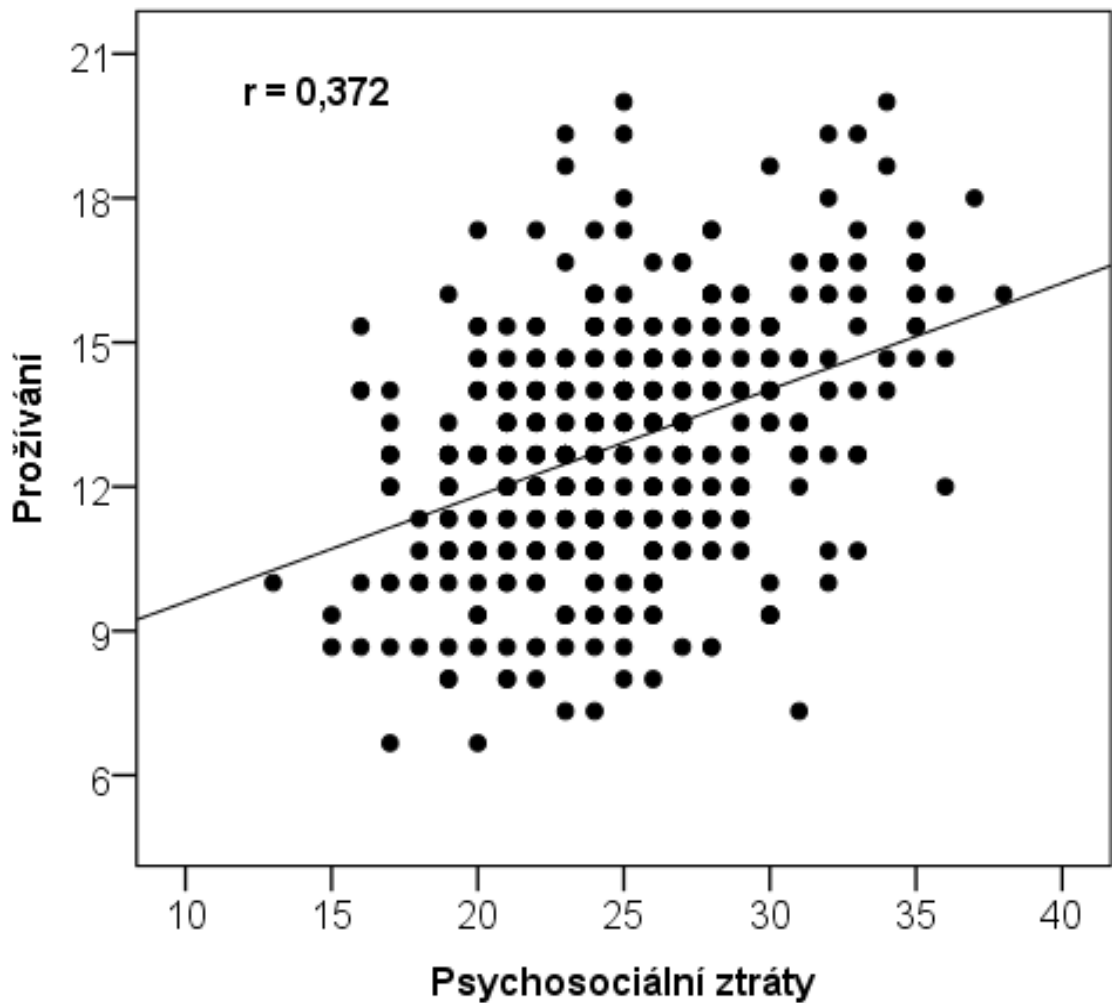
Domény		Fungování smyslů	Nezávislost	Naplnění	Sociální zapojení	Intimita	Postoj ke smrti
Psychosociální ztráty	Korelační koeficient	0,204	0,327	0,325	0,313	0,147	0,332
	Signifikance	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,0031	<0,0001
	N	405	405	405	405	405	405
Fyzické změny	Korelační koeficient	-0,080	-0,115	-0,083	-0,002	-0,149	-0,073
	Signifikance	0,109	0,020	0,095	0,964	0,003	0,144
	N	405	405	405	405	405	405
Psychologický růst	Korelační koeficient	-0,015	0,003	-0,072	0,019	0,065	-0,165
	Signifikance	0,761	0,958	0,148	0,709	0,194	0,001
	N	405	405	405	405	405	405

Bodový graf závislosti 1: mezi doménovým skóre Psychosociální ztráty a kvalitou života v doméně Fyzické zdraví. Bodový graf vyjadřuje nejsilnější zjištěnou závislost mezi kvalitou života v doméně Fyzické zdraví a postoji ke stárnutí a stáří v doméně Psychosociální ztráty. Pozitivní korelace ($r = 0,384$) znamená, že čím pozitivnější postoj ke stárnutí a stáří, tím lepší kvalita života v doméně Fyzické zdraví (Obr. 4).



Obrázek 4: Bodový graf závislosti 1

Bodový graf závislosti 2: mezi doménovým skóre Psychosociální ztráty a kvalitou života v doméně Nezávislost. Bodový graf vyjadřuje druhou nejsilnější korelaci mezi kvalitou života v doméně Prožívání a postoji ke stárnutí a stáří v doméně Psychosociální ztráty. Pozitivní korelace ($r = 0,372$) znamená, že čím pozitivnější postoj ke stárnutí a stáří, tím lepší kvalita života v doméně Prožívání (Obr. 5).



Obrázek 5: Bodový graf závislosti 2

Cíl 2: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich sociální situací.

Statistické hypotézy k cíli 2:

H₂₀: Neexistuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich sociální situací.

H_{2A}: Existuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich sociální situací.

Platnost hypotézy H_{20} byla ověřena pomocí Kruskal-Wallisova testu. Testem byly porovnány čtyři skupiny pacientů podle jejich sociální situace s doménovými skóry kvality života měřené podle dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku WHOQOL-OLD. V případě prokázání signifikantního rozdílu mezi skupinami byly dělány post hoc testy podle Dunnové, které porovnávaly skupiny po dvojicích.

Závěr:

Hypotézu H_{20} zamítáme pro doménu Fungování smyslů a Intimita. Byla prokázána signifikantní závislost mezi kvalitou života v těchto doménách a sociální situací chronicky dialyzovaných pacientů. U pacientů žijících v domově pro seniory byla zjištěna signifikantně nižší kvalita života v doméně Fungování smyslů a Intimita než u pacientů žijících s partnerem či s partnerkou (hladina signifikance post hoc testu dle Dunnové byla $p = 0,014$, respektive $p = 0,007$). Dále byla u pacientů žijících v domově pro seniory zjištěna signifikantně nižší kvalita života v doméně Fungování smyslů než u pacientů žijících s příbuznými ($p = 0,010$). Pro ostatní domény nebyl zjištěn signifikantní vztah mezi kvalitou života pacientů a jejich sociální situací.

Tabulka uvádí skupiny pacientů podle jejich sociální situace a k nim základní popisné charakteristiky skóre v jednotlivých doménách kvality života zjištěné pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu pro porovnání všech skupin pacientů (Tab. 12).

Tabulka 12: Popisné charakteristiky dotazníku WHOQOL-BREF a sociální situace respondentů

WHOQOL-BREF		Sociální situace				Kruskal-Wallisův test p
		Žiji doma sám/sama	Žiji doma s partnerem/partnerkou	Žiji doma s dalšími příbuznými	Žiji v domově pro seniory	
Fyzické zdraví	Medián	11,4	12,0	11,4	11,4	0,372
	Minimum	4,6	6,9	6,3	6,3	
	Maximum	18,9	18,9	17,1	18,3	
Prožívání	Medián	12,3	13,3	12,7	12,7	0,097
	Minimum	6,7	8,0	6,7	7,3	
	Maximum	19,3	20,0	17,3	20,0	
Sociální vztahy	Medián	12,0	13,3	12,0	12,0	0,086
	Minimum	6,7	5,3	5,3	6,7	
	Maximum	20,0	20,0	17,3	20,0	
Prostředí	Medián	12,5	13,5	13,0	12,5	0,025
	Minimum	8,0	9,0	8,0	7,5	
	Maximum	19,5	19,0	19,5	19,5	

V případě domény Prostředí vyšel výsledek Kruskal-Wallisova testu signifikantní, proto byl pro porovnání skupin pacientů po dvojicích použit post hoc test Dunnové. Výsledné hodnoty signifikance tohoto testu jsou uvedeny v následující tabulce. Pro všechna porovnání vyšla hodnota signifikance testu Dunnové vyšší než hladina signifikance 0,05. Tento fakt znamená, že ani v jednom případě nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi porovnávanými skupinami v kvalitě života v doméně Prostředí (Tab. 13).

Tabulka 13: Post hoc test Dunnové pro doménové skóre Prostředí

	doména Prostředí (p-hodnoty)
Sám versus s partnerem	1
Sám versus s příbuznými	0,647
Sám versus v domově pro seniory	0,057
S partnerem versus s příbuznými	1
S partnerem versus v domově pro seniory	0,178
S příbuznými versus v domově pro seniory	1

Následující tabulka uvádí skupiny pacientů podle jejich sociální situace a k nim základní popisné charakteristiky skóre v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-OLD. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu pro porovnání všech skupin pacientů (Tab. 14).

Tabulka 14: Popisné charakteristiky dotazníku WHOQOL-OLD a sociální situace respondentů

WHOQOL-OLD		Sociální situace				Kruskal-Wallisův test p
		Žiji doma sám/sama	Žiji doma s partnerem/partnerkou	Žiji doma s dalšími příbuznými	Žiji v domově pro seniory	
Fungování smyslů	Medián	13,0	4,0	13,0	12,0	0,010
	Minimum	7,0	6,0	5,0	6,0	
	Maximum	19,0	20,0	20,0	20,0	
Nezávislost	Medián	12,0	13,0	13,0	11,0	0,069
	Minimum	8,0	6,0	5,0	7,0	
	Maximum	20,0	20,0	20,0	20,0	
Naplnění	Medián	12,0	12,0	12,0	12,0	0,682
	Minimum	5,0	5,0	5,0	5,0	
	Maximum	18,0	18,0	18,0	18,0	
Sociální zapojení	Medián	11,0	12,0	11,0	11,0	0,107
	Minimum	7,0	4,0	4,0	4,0	
	Maximum	19,0	20,0	19,0	19,0	
Intimita	Medián	12,0	14,0	13,0	11,5	0,005
	Minimum	6,0	7,0	4,0	6,0	
	Maximum	20,0	20,0	20,0	20,0	
Postoj ke smrti	Medián	12,0	13,0	12,0	12,5	0,239
	Minimum	4,0	4,0	4,0	4,0	
	Maximum	20,0	20,0	20,0	20,0	

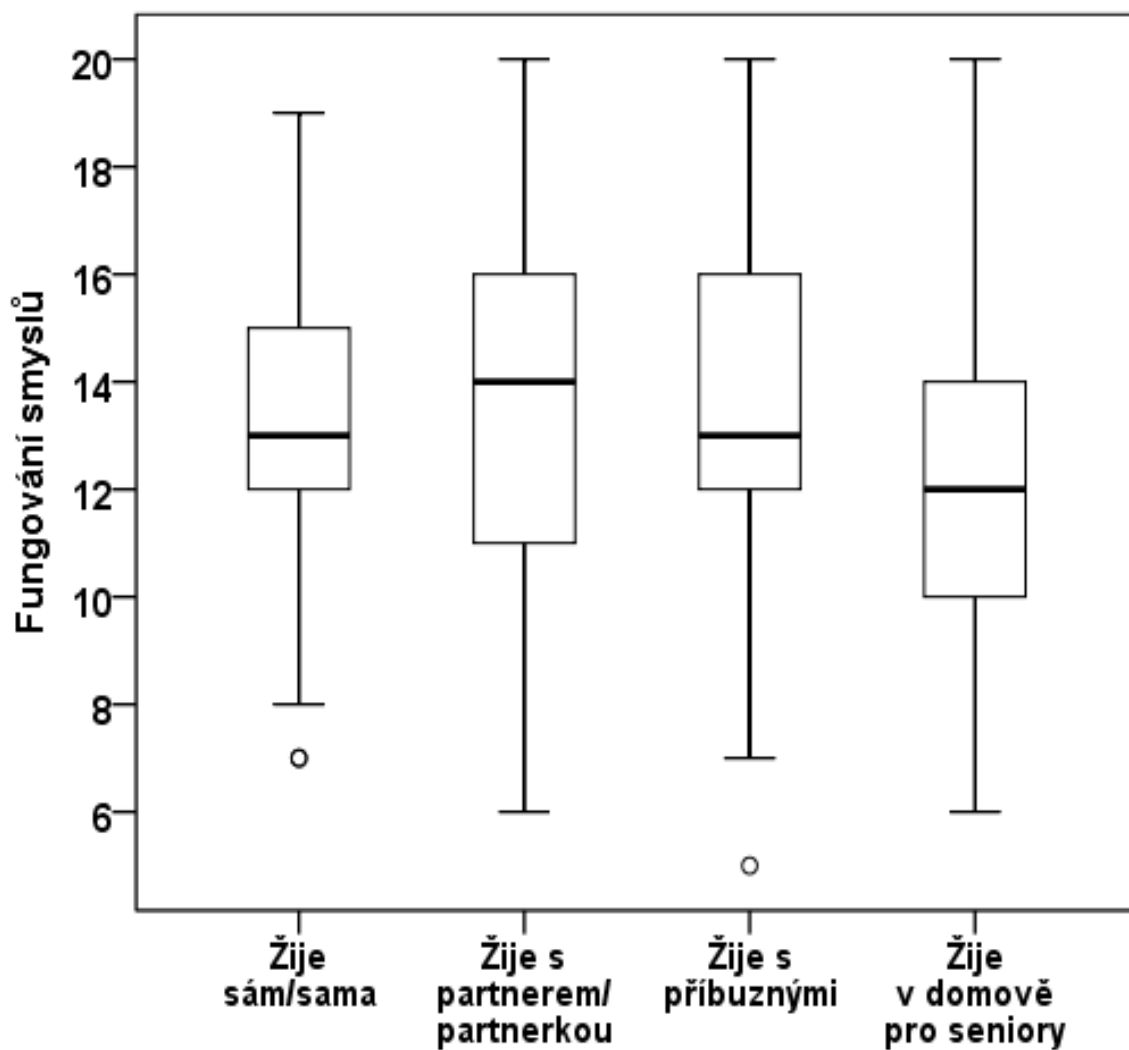
V případě domény Fungování smyslů a Intimita vyšel výsledek Kruskal-Wallisova testu signifikantní, proto byl pro porovnání skupin pacientů po dvojicích použit post hoc test Dunnové. Výsledné hodnoty signifikance tohoto testu jsou uvedeny v následující tabulce. Pro kvalitu života v doméně Fungování smyslů prokázal post hoc test Dunnové signifikantní rozdíl mezi pacienty žijícími v domově pro seniory a pacienty žijícími s partnerem nebo partnerkou, respektive pacienty žijícími s ostatními příbuznými – v tabulce označeno červeně. Pro kvalitu života v doméně Intimita prokázal test Dunnové signifikantní rozdíl mezi pacienty žijícími v domově pro seniory a pacienty žijícími s partnerem nebo partnerkou – v tabulce černě zvýrazněno (Tab. 15).

Tabulka 15: Post hoc test Dunnové pro doménové skóre Fungování smyslů a Intimita

	Fungování smyslů	Intimita
Sám versus s partnerem	1	0,150
Sám versus s příbuznými	1	1
Sám versus v domově pro seniory	0,292	1
S partnerem versus s příbuznými	1	0,872
S partnerem versus v domově pro seniory	0,014	0,007
S příbuznými versus v domově pro seniory	0,010	0,424

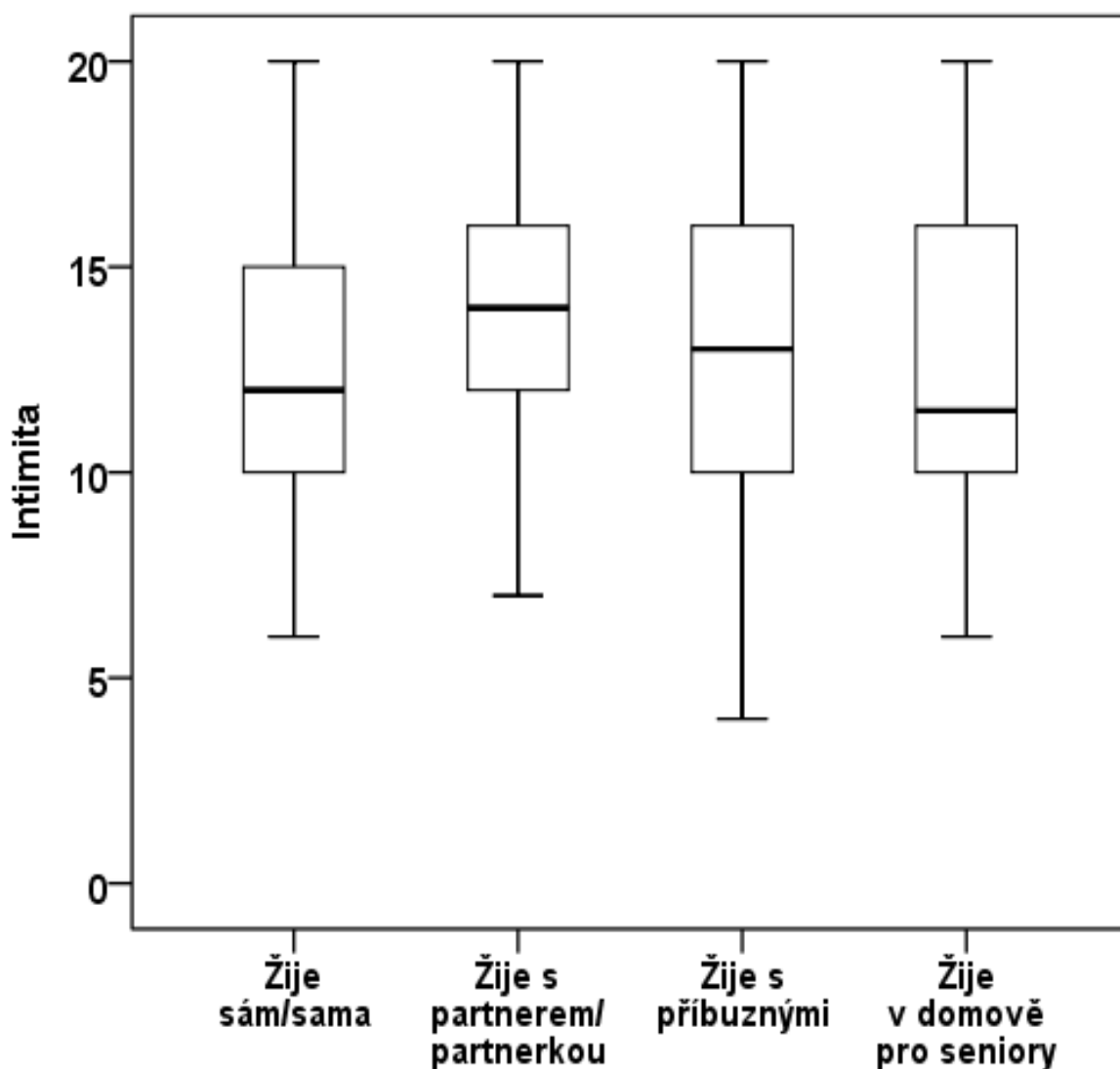
Kvartilový krabicový graf 1: zobrazuje distribuci doménového skóre Fungování smyslů ve skupinách chronicky dialyzovaných pacientů podle jejich sociální situace. Silná čára v krabici znázorňuje hodnotu mediánu skóre, spodní hrana krabice odpovídá 1. kvartilu a horní hrana krabice odpovídá 3. kvartilu. Výška krabice definuje tzv. mezikvartilové rozpětí, ve kterém leží 50 % zjištěných hodnot skóre.

Svorky dole a nahoře zobrazují minimální a maximální neodlehlou hodnotu skóre. Odlehle hodnoty skóre jsou zobrazeny pomocí symbolu kroužek (Obr. 6).



Obrázek 6: Kvartilový krabicový graf 1

Kvartilový krabicový graf 2: zobrazuje distribuci doménového skóre Intimita ve skupinách chronicky dialyzovaných pacientů podle jejich sociální situace (Obr. 7).



Obrázek 7: Kvartilový krabicový graf 2

Cíl 3: Zjistit vztah mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich pohlavím.

Statistické hypotézy k cíli 3:

H₃₀: Neexistuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich pohlavím.

H_{3A}: Existuje vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich pohlavím.

Platnost hypotézy H_{30} byla ověřena pomocí Mann-Whitney U testu. Testem byla porovnána skupina mužů a žen v doménovém skóre kvality života v jednotlivých doménách podle dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku WHOQOL-OLD.

Závěr:

Hypotézu H_{30} zamítáme pro doménu Naplnění a Postoj ke smrti. Byl prokázán signifikantní vztah mezi kvalitou života v těchto doménách a pohlavím chronicky dialyzovaných pacientů. U mužů byla zjištěna signifikantně vyšší kvalita života v doméně Naplnění a Fungování smyslů než u žen (hladina signifikance Mann-Whitney U testu byla $p = 0,010$, respektive $p = 0,009$) – v tabulce 16 označeno červeně. Pro ostatní domény kvality života nebyl zjištěn signifikantní vztah mezi kvalitou života a pohlavím pacientů.

Následující tabulka uvádí pro skupinu mužů a žen základní popisné charakteristiky skóre v jednotlivých doménách kvality života zjištěné pomocí dotazníku WHOQOL-OLD. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu pro porovnání skupiny mužů a žen. Signifikantní rozdíl mezi muži a ženami byl zjištěn v doméně Naplnění a doméně Postoj ke smrti. Pro kvalitu života v ostatních doménách nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi muži a ženami.

Tabulka 16: Popisné charakteristiky dotazníku WHOQOL-OLD a pohlaví respondentů

WHOQOL-OLD		Pohlaví		Mann-Whitney U test p
		ženy	muži	
Fungování smyslů	Medián	13,0	13,0	0,818
	Minimum	6,0	5,0	
	Maximum	20,0	20,0	
Nezávislost	Medián	12,0	12,0	0,927
	Minimum	6,0	5,0	
	Maximum	20,0	20,0	
Naplnění	Medián	12,0	13,0	0,010
	Minimum	5,0	5,0	
	Maximum	18,0	20,0	
Sociální zapojení	Medián	11,0	12,0	0,545
	Minimum	4,0	4,0	
	Maximum	19,0	20,0	
Intimita	Medián	14,0	13,0	0,368
	Minimum	6,0	4,0	
	Maximum	20,0	20,0	
Postoj ke smrti	Medián	12,0	13,0	0,009
	Minimum	4,0	4,0	
	Maximum	20,0	20,0	

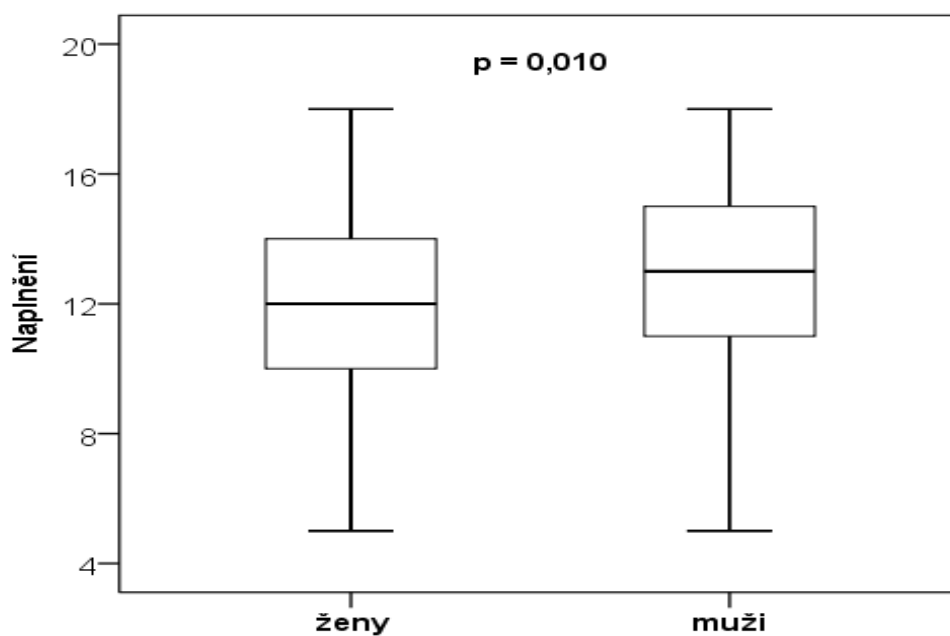
Tabulka uvádí, zvláště pro skupinu žen a zvláště pro skupinu mužů, základní popisné charakteristiky skóre v jednotlivých doménách kvality života zjištěné pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu pro porovnání mužů a žen.

Všechny hodnoty signifikance testu Mann-Whitney jsou vyšší než hladina signifikance 0,05, to znamená, že nebyl prokázán signifikantní rozdíl mezi muži a ženami v doméně Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy a Prostředí (Tab. 17).

Tabulka 17: Popisné charakteristiky dotazníku WHOQOL-BREF a pohlaví respondentů

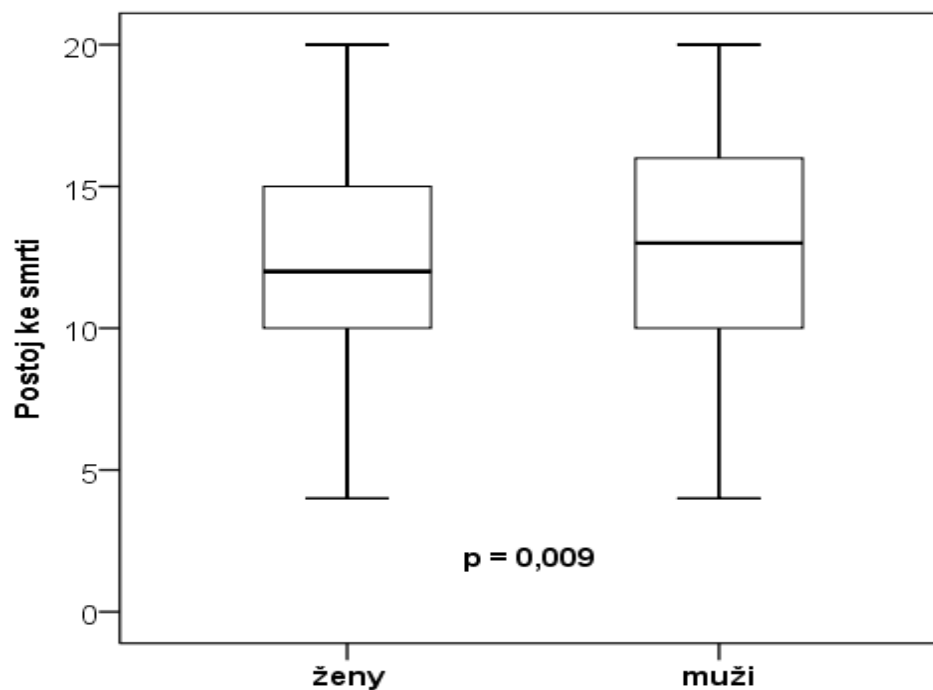
WHOQOL-BREF		Pohlaví		Mann-Whitney U test p
		ženy	muži	
Fyzické zdraví	Medián	12,0	11,4	0,867
	Minimum	4,6	6,3	
	Maximum	18,9	18,3	
Prožívání	Medián	12,7	13,3	0,099
	Minimum	6,7	6,7	
	Maximum	19,3	20,0	
Sociální vztahy	Medián	12,0	12,0	0,628
	Minimum	5,3	5,3	
	Maximum	20,0	20,0	
Prostředí	Medián	13,0	13,5	0,421
	Minimum	7,5	8,0	
	Maximum	19,5	19,5	

Kvartilový krabicový graf 3: zobrazuje distribuci doménového skóre Naplnění ve skupině mužů a ve skupině žen (Obr. 8).



Obrázek 8: Kvartilový krabicový graf 3

Kvartilový krabicový graf 4: zobrazuje distribuci doménového skóre Postoj ke smrti ve skupině mužů a ve skupině žen (Obr. 9).



Obrázek 9: Kvartilový krabicový graf 4

5 DISKUZE

Diplomová práce se věnuje zkoumání kvality života chronicky dialyzovaných pacientů. Na kvalitu života pohlíží řada autorů jako na komplexní stav, který je důležité brát v potaz z hlediska jednotlivých aspektů. Jedná se především o dobrý fyzický a psychický stav, absenci onemocnění, otázku finanční, mezilidské vztahy, dobrou psychickou pohodu či schopnost člověka realizovat své životní cíle. Kvalita života je vnímána globálněji než pojem zdraví, proto představuje širší pohled člověka na možnost jeho fyzického, psychicko-spirituálního a sociálního uplatnění v životě (Heřmanová, 2012, s. 413). Jednotlivé cíle práce zjišťovaly, zda existuje vztah mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí, sociální situaci a pohlavím.

Teoretická část práce shrnuje informace o chronickém renálním selhání a možnostech jeho léčby, o kvalitě života ve vztahu ke zdraví, dialyzovaným pacientům a k faktorům, které ovlivňují kvalitu života. Práce se zabývá také postojem pacientů ke stárnutí a stáří, přičemž vychází z jednotlivých domén standardizovaného dotazníku AAQ.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 405 respondentů ve věkovém rozmezí 51 až 91 let. Jejich průměrný věk byl 71 let. Z celkového počtu respondentů bylo 206 (50,9 %) žen a 199 (49,1 %) mužů. Stejné rozložení respondentů, tedy téměř totožný počet mužů i žen, uvádějí ve své studii autoři Ležovič a kol. (2013, s. 256). Na základě výsledků týkajících se sociální situace respondentů bylo zjištěno, že 194 (47,9 %) respondentů žije doma společně se svým partnerem či partnerkou, 93 (23 %) respondentů bydlí ve společné domácnosti s příbuznými, 60 (14,8 %) bydlí samostatně a zbylých 58 (14,3 %) dotazovaných je klientem domova pro seniory.

Data byla získána prostřednictvím české verze standardizovaných dotazníků kvality života WHOQOL-BREF s doplňkovým modulem WHOQOL-OLD a dotazník AAQ. U sledovaného souboru chronicky dialyzovaných pacientů byla hodnocena kvalita života v jednotlivých doménách. Tyto domény zaznamenávají různé oblasti života. Byly hodnoceny tělesné, psychické a sociální oblasti a také subjektivní hodnocení kvality života pacienta. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že v dotazníku WHOQOL-BREF chronicky dialyzovaní pacienti nejpozitivněji hodnotili kvalitu svého života v doméně Prostředí, naopak nejnižší hodnocení bylo v doméně Fyzické zdraví. V dotazníku WHOQOL-OLD chronicky dialyzovaní pacienti nejlépe hodnotili kvalitu svého života v doméně Fungování

smyslů a nejnižší hodnocení bylo v doméně Sociální zapojení. V dotazníku AAQ byla nejlépe hodnocena kvalita života v doméně Psychologický růst, naopak nejnižší hodnocení bylo v doméně Fyzické změny.

Prvním cílem diplomové práce bylo zjistit vztah mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí. V uskutečněném průzkumu byl prokázán signifikantní vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí. Získaná a vyhodnocená data z dotazníku AAQ popisují průměrné skóre jednotlivých domén u dotazovaných – v oblasti Psychosociální ztráty 23,1, v doméně Fyzické změny 22,7 a pro doménu Psychologický růst 25 (představuje tedy největší problém u oslovených respondentů). Na základě výsledků výzkumu bylo prokázáno, že čím vyšší skóre v doméně Psychologický růst (tedy pozitivnější vztah k sobě samotnému a k okolnímu světu), tím lepší kvalita života v doméně Prostředí a tím nižší kvalita života v doméně Postoj ke smrti. Ve své studii autoři Law et al. (2010) popisují, že lidé žijící v individualistických kulturách mají lepší tendenci k psychologickému růstu. Je zde kladen důraz na svobodu volby a nezávislost, která jim umožňuje usilovat o život v souladu s vlastními hodnotami (Law et al., 2010, s. 201). Ve studii od autorů Bryant et al. (2012) jsou popisovány pozitivní postoje pacientů v oblasti psychosociálních ztrát a fyzických změn, které souvisí s lepším fyzickým zdravím. Pozitivní postoje ve všech doménách zajistí navíc i lepší duševní zdraví (Bryant et al., 2012, s. 1679).

Druhým cílem práce bylo zjistit vztah mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich sociální situací. Taktéž i zde byl prokázán signifikantní vztah mezi kvalitou života a sociální situací v doménách Fungování smyslů a Intimita. U pacientů žijících v domově pro seniory byla zjištěna signifikantně nižší kvalita života v doméně Fungování smyslů a Intimita než u pacientů žijících s partnerem či partnerkou. Dále byla u pacientů žijících v domově pro seniory zjištěna signifikantně nižší kvalita života v doméně Fungování smyslů než u pacientů žijících s příbuznými. Dvořáčková a Kajanová ve své studii zjistily vyšší kvalitu života u starších jedinců, kteří žijí s partnerem, oproti jedincům žijících bez partnera (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 331-339). Kim et al. (2012) ve své studii popisují pozitivnější postoje k vlastnímu stáří u starších jedinců. Sociální síť a sociální vazby s rodinnými příslušníky a přáteli je hlavní zdroj podpory pro starší osoby a pomáhá jim navodit pozitivní emoční výsledky včetně pozitivního vlivu na osobní postoj ke stárnutí a stáří (Kim et al., 2012, s. 145).

Třetí cíl práce byl zaměřen na zjištění vztahu mezi hodnocením kvality života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich pohlavím. V průzkumu byl prokázán signifikantní vztah mezi kvalitou života a pohlavím chronicky dialyzovaných pacientů v doménách Naplnění a Postoj ke smrti. Při porovnání hodnocení kvality života mezi oběma pohlavími bylo zjištěno, že muži hodnotili kvalitu svého života lépe než ženy v doméně Naplnění a Fungování smyslů. Dle výsledků studie Bužgové a Šmotkové při hodnocení domén uvedly ženy s renálním selháním statisticky významně vyšší kvalitu svého života než muži a to konkrétně v doméně Sociální vztahy. V ostatních doménách též nebyl zjištěn statisticky významný vztah. Tento fenomén může souviset se sociální rolí muže v rodině a ve společnosti (Bužgová, Šmotková, 2013, s. 236-238). Ören et al. ve své studii popisují faktory, které kvalitu života u dialyzovaných pacientů ovlivňují. Mezi tyto faktory patří věk, vzdělání, zaměstnání, výše příjmu pacienta, doba trvání dialyzační léčby a zařazují do těchto faktorů i pohlaví pacientů (Ören et al., 2013, s. 551-554).

Pro ostatní domény kvality života nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi hodnocením kvality života a pohlavím respondentů. Autoři Top a Dikmetas (2015) ve své studii na základě zjištěných výsledků konstatují, že nezjistili rozdíly v hodnocení jednotlivých domén kvality života z hlediska pohlaví. Obě pohlaví hodnotí kvalitu života téměř totožně (Top, Dikmetas, 2015, s. 288-300). Rovněž Farský a Solárová na základě výsledků své práce popisují, že nezjistili rozdíly v hodnocení jednotlivých domén kvality života z hlediska pohlaví (Farský, Solárová, 2010, s. 37). Naopak ve studii od autorů Banerjee et al. je popsáno, že ženy vnímají ztrátu sebeobslužnosti a závislost na druhé osobě mnohem citlivěji než muži. Je to dáno především jejich pečovatelskými schopnostmi vůči rodině (Banerjee et al., 2009, s. 20).

Limity studie

Výsledky tohoto výzkumu mohou být limitovány faktory, které jsme v rámci našeho výzkumu nesledovaly, jako například další komorbidity, aktuální zdravotní stav či psychické rozpoložení chronicky dialyzovaných pacientů. Vliv na hodnocení kvality života mohly mít též obavy z budoucnosti a strach ze zhoršení jejich zdravotního stavu.

ZÁVĚR

Kvalita života dialyzovaných pacientů je předmětem zkoumání mnoha vědních oborů. Diplomová práce se věnuje zkoumání kvality života dialyzovaných pacientů a jejich postojům ke stárnutí a stáří. Teoretická východiska shrnují informace týkající se chronického renálního selhání a možnosti jeho léčby. Dále se zaměřuje na kvalitu života ve vztahu k dialyzovaným pacientům a faktory, které hodnocení kvality života ovlivňují. Mezi ně lze zařadit oblast fyzickou, psychickou, sociální a spirituální. Je zde popsána i kapitola zaměřená na postoje ke stárnutí.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak hodnotí kvalitu svého života chronicky dialyzovaní pacienti. K tomu byly použity české verze standardizovaných dotazníků kvality života WHOQOL-BREF s doplňkovým modulem WHOQOL-OLD a dotazník AAQ, který je zaměřen na postoj ke stárnutí a stáří. Dotazníky sloužily ke zkoumání kvality života chronicky dialyzovaných pacientů v sedmi dialyzačních centrech.

Analýza výsledků ze statistického zpracování prokázala signifikantní vztah mezi kvalitou života chronicky dialyzovaných pacientů a jejich postojem ke stárnutí. Bylo zjištěno, že čím pozitivnější má pacient postoj ke stárnutí a stáří, tím pociťuje lepší kvalitu života v jednotlivých oblastech. Je proto důležité, aby pacient přijal stárnutí jako přirozený proces, který je součástí života každého jedince. Dále byl zjištěn signifikantní vztah mezi kvalitou života a doménami Fungování smyslů a Intimita ve vztahu k sociální situaci chronicky dialyzovaných pacientů. U pacientů žijících v domově pro seniory byla zjištěna nižší kvalita života v těchto doménách než u pacientů žijících ve svém domově s partnerkou či partnerem.

Při porovnání hodnocení kvality života mezi oběma pohlavími bylo prokázáno, že muži hodnotili kvalitu svého života lépe než ženy a to v doméně Naplnění a Fungování smyslů. Tyto dvě domény úzce souvisí s možností pacienta vést samostatný a plnohodnotný život.

Stanovený cíl diplomové práce byl naplněn.

Doporučení pro další výzkum a praxi

Na základě získaných informací je zřejmé, jak je podstatné zabývat se kvalitou života dialyzovaných pacientů. Každý pacient je individualita a má tedy i jiný názor na to, co ovlivňuje jeho život, jak na něho působí rodinné zázemí a sociální situace, ve které žije.

Dialyzační léčba nepředstavuje pro pacienty nic, co by činilo jejich život méně kvalitním. Ukazuje se, že dialyzovaní pacienti chápou tuto léčbu jako metodu, která jim umožňuje dále žít a opětovně se začlenit do běžného života.

Výsledky diplomové práce mohou v rámci zkvalitnění ošetrovatelské péče přispět k lepšímu pochopení jednotlivých ovlivňujících faktorů. Tyto faktory jsou důležité pro podporu pozitivního přístupu pacientů ke kvalitě jejich života.

Pro další výzkum bych doporučila jednotlivé faktory ovlivňující kvalitu života nepausalizovat a přistupovat ke každému pacientovi individuálně. Zároveň lze využít výsledky výzkumu i v praxi a to k cílené edukaci pacientů o významu pozitivního postoje ke stárnutí a vytvoření edukačních materiálů s touto tematikou.

Budoucí výzkum by mohl být zaměřen na chronicky dialyzované pacienty s peritoneální dialýzou. U těchto pacientů by bylo možné kvalitu života zhodnotit a porovnat s pacienty s hemodialyzační léčbou.

REFERENČNÍ SEZNAM

ABDALLA, S. A. et al. 2015. Quality of life assessment: A comparative study between haemodialysis and peritoneal dialysis. *Saudi Journal for health sciences*. **4**(2), s. 28-31. ISSN 2278-1900.

ABRAHAM, S. et al. 2012. Estimation of quality of life in haemodialysis patients. *Indian journal of pharmaceutical sciences*. **74**(6), s. 583–587. ISSN 0250-474X.

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), s. 15-24. ISSN 1099-1166.

BRETT, K. et al. 2017. Physical frailty and functional status in patients with advanced kidney disease: a protocol for a systematic review. *Systematic reviews* [online]. **6**(1), s. 133-136. [cit. 2017-02-05]. ISSN 2046-4053.

Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5501003/>

BRYANT, C. et al. 2012. The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *International Psychogeriatrics*. **24**(10), s. 1674–1683. ISSN 1041-6102.

BŘEZOVSKÝ, P. 2013. Transplantace orgánů v České republice. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **1**, s. 30-31. ISSN 1801-1349.

BUŽGOVÁ, R., KLECHOVÁ, H. 2011. Měření postojů seniorů ke stáří. *Praktický lékař*. **91**(7), s. 396–401. ISSN 0032-6739.

BUŽGOVÁ, R., ŠMOTKOVÁ, Š. 2013. Porovnání kvality života pacientů na dialýze a po transplantaci ledviny. *Časopis lékařů českých*. **152**(5), s. 233–239. ISSN 0008-7335.

ČEVELA, R. a kol. 2012. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 264. ISBN 978-80-247-3901-4.

DAVISON, S. 2010. End-of-life care preferences and needs: perceptions of patients with chronic kidney disease. *Clinical journal of the American Society of Nephrology*. **5**(2), s. 195- 204. ISSN 1555-9041.

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. s. 88. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ, E., PRAJSOVÁ, J. 2009. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. s. 72. ISBN 978-80-87142-05-9.

DVOŘÁČKOVÁ, D., KAJANOVÁ, A. 2012. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt*. **14**(3), s. 331-339. ISSN 1804-7122.

DŽUMELOVÁ, M., ĎURČOVÁ, S. 2009. Dialyzovaný pacient a trávenie voľného času. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. **5**(1), s. 28–29 s. ISSN 1801-464X.

ERICHSEN, N., BÜSSING, A. 2013. Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes. *Evidence-based complementary and alternative medicine*. s. 1-10. ISSN 1741-427X.

FARSKÝ, I., SOLÁROVÁ, M. 2010. Kvalita života seniorov v komunitnom zariadení. *Profese online* [online]. **3**(1), s. 30-41. [cit. 2017-03-05]. ISSN 1803-4330.

Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2010_01/farsky_tisk.pdf

GENTILE S. et al. 2013. Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France. *Health and quality of life outcomes* [online]. **11**(88). s. 1-12. [cit. 2017-03-15] ISSN 1477-7525.

Dostupné z: <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-11-88?site=hqlo.biomedcentral.com>

GRIVA, K. et al. 2012. The impact of treatment transitions between dialysis and transplantation on illness cognitions and quality of life - a prospective study. *British journal of health psychology*. **17**(4), s. 812-827. ISSN 1359-107X.

GRIVA, K. et al. 2014. Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. **23**(1), s. 57-66. ISSN 0962-9343.

GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 223. ISBN 978-80-247-3625-9.

HEŘMANOVÁ, E. a kol. 2012. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia*. **44**(4), s. 407 – 425. ISSN 1336-8613.

HORTEMO, T. et al. 2012. Mortality and health-related quality of life in prevalent dialysis patients: Comparison between 12-items and 36-items short-form health survey. *Health and quality of life outcomes*. **10**(46), s. 46-54. ISSN 1477-7525.

HROZENSKÁ, M. 2008. Zdravie jako klíčový faktor kvality života starších lidí. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. **10**(1), s. 81-84. ISSN 1212-4117.

HRUBÝ, M. 2014. Ledviny stárnou společně s námi. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. **24**(6), s. 41-45. ISSN 1212-6152.

JANOUŠEK, L. a kol. 2012. *Hemodialyzační arteriovenózní přístupy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 98. ISBN 80-247-2547-9.

JOHANSEN, K. et al. 2007. Significance of frailty among dialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*. **18**(11), s. 2960-2967. ISSN 1046-6673.

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

KALENDER, N., TOSUN, N. 2014. Determination of the relationship between adequacy of dialysis and quality of life and self-care agency. *Journal of clinical nursing*. **23**(5/6), s. 820- 828. ISSN 0962-1067.

KETTAS, E. et al. 2008. Sexual dysfunction and associated risk factors in women with end-stage renal disease. *The journal of sexual medicine*. **5**(4), s. 872-877. ISSN 1743-6095.

KIM, G. et al. 2012. Personal views about aging among Korean American older adults: the role of physical health, social network, and acculturation. *Journal of cross-cultural gerontology*. **27**(2), s. 139-148. ISSN 0169-3816.

KRING, D., CRANE, P. 2009. Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis. *Nephrology nursing journal*. **36**(1), s. 15-26. ISSN 1526744X.

KURPPA, K. et al. 2011. Celiac disease and health-related quality of life. *Expert review of gastroenterology and hepatology*. **5**(1), s. 83-90. ISSN 1747-4124.

LAW, J. et al. 2010. Is depression viewed as an inevitable consequence of age? The “understandability phenomenon” in older people. *Clinical Gerontologist* [online]. **33**(3), s. 194-209 [cit. 2016-11-28]. ISSN 1545-2301.

Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/07317111003773627>.

LEŽOVIČ, M. a kol. 2013. Kvalita života pacientov vo vybraných dialyzačných centrách na Slovensku. *Česká urologie*. **17**(4), s. 254–262. ISSN 1211- 8729.

MAJOR, M., SVOBODA, L. 2010. *Náhrada funkce ledvin - hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Triton. s. 38. ISBN 80-7254-127-7.

MAKKAR, V. et al. 2015. Comparison of Outcomes and Quality of Life between Haemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients in Indian ESRD Population. *Journal of clinical and diagnostic research*. **9**(3), s. 28-31. ISSN 0973-709X.

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

MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 192. ISBN 978-80-247- 3872-7.

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

NERMUTOVÁ, L. 2013. Asistovaná peritoneální dialýza zlepšuje kvalitu života nemocných. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **9**(2), s. 17-18. ISSN 1801-1349.

NETUVELI, G., BLANE E. 2008. Quality of life in older ages. *British medical bulletin*. **85**(1), s. 113-126. ISSN 0007-1420.

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

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

ONDRUŠOVÁ, J., DRAGOMIRECKÁ E. 2012. Smysl života a deprese u českých seniorů. *Československa Psychologie*. **56**(3), s. 193-205. ISSN 0009062X.

ÖREN, B. et al. 2013. Quality of life in chronic haemodialysis and peritoneal dialysis patients in Turkey and related factors. *International journal of nursing practice*. **19**(6), s. 547-556. ISSN 1322-7114.

PARKER, K. et al. 2007. Nocturnal sleep, daytime sleepiness and quality of life in stable patients on haemodialysis. *Health and quality of life outcomes* [online]. **1**, s. 68-78 [cit. 2016-12-05]. ISSN 1477-7525.

Dostupné z: <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-1-68?site=hqlo.biomedcentral.com>

PAŘÍKOVÁ, A. 2015. Možnosti léčby chronického selhání ledvin. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. **17**(5), s. 556-562. ISSN 1212-4184.

PAYNE, J. a kol. 2007. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton. s. 630. ISBN 80-7254-657-0.

POKORNÁ, A. 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 160. ISBN 978-80-247-3271-8.

RAD, E. et al. 2015. Health-related Quality of Life in Patients on Haemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Iranian journal of kidney diseases*. **9**(5), s. 386-393. ISSN 1735-8582.

REICHELOVÁ, H., ROUBALOVÁ, A. 2010. Život s dialýzou. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. **20**(5), s. 30-31. ISSN 1210-0404.

RÉVAYOVÁ, A. 2013. Depresivní onemocnění u dialyzovaných pacientů. *Zdravotnické fórum*, **3**, s. 34-35. ISSN 1804-9664.

SEETHALA, S. et al. 2010. Sexual function in women receiving maintenance dialysis. *Hemodialysis international*. **14**(1), s. 55-60. ISSN 1492-7535.

SCHELL, J. et al. 2013. Nové poznatky o očekávané délce života s dialýzou a bez ní. *Current opinion in nephrology and hypertension*. **7**(2), s. 25-31. ISSN 1802-3827.

SULKOVÁ, S. a kol. 2007. *Hemodialýza*. 1. vyd. Praha: Maxdorf s. r. o. s. 632. ISBN 80-85912-22-8.

SVOBODA, L., MAHROVÁ, A. 2009. *Pohyb jako součást léčby dialyzovaných a transplantovaných pacientů*. 1. vyd. Praha: Triton. s. 271. ISBN 978-80-7387-147-5.

ŠANTOVÁ, T. et al. 2015. Faktory ovlivňující kvalitu života dialyzovaných pacientů. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. **11**(12), s. 22-24. ISSN 1801-464X.

ŠANTOVÁ, T. et al. 2013. Somatická dimenzia kvality života hemodialyzovaných pacientů a pacientů s peritoneální dialýzou. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **9**(4), s. 7-10. ISSN 1801-1349.

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 and health policy*. **18**(2), s. 288-300. ISSN 1369-6513.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. s. 461. ISBN 978-80-246-1318-5.

VIKLICKÝ, O. a kol. 2008. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 384. ISBN 80-247-245-53.

WAN, E. et al. 2015. Patterns of health-related quality of life and associated factors in Chinese patients undergoing haemodialysis. *Health and quality of life outcomes* [online]. **13**(1), s. 1-12 [cit. 2017-01-10]. ISSN 1477-7525.

Dostupné z: <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12955-015-0308-3?site=hqlo.biomedcentral.com>

WEISBORD, S. 2013. Sexual dysfunction and quality of life in patients on maintenance dialysis. *Seminars in dialysis*. **26**(3), s. 278-280. ISSN 0894-0959.

WHITE, C. et al. 2010. Effect of patient coping preferences on quality of life following renal transplantation. *Journal of advanced nursing*. **66**(11), s. 2550-2559. ISSN 0309-2402.

WU, F. et al. 2013. Quality of life in peritoneal and hemodialysis patients in China. *Renal failure*. **35**(4), s. 456-459. ISSN 0886-022X.

SEZNAM ZKRATEK

AAQ	Attitudes to Ageing Questionnaire
a kol.	a kolektiv
BMI	Body Mass Index – index tělesné hmotnosti
CKD	Chronic Kidney Disease - chronické onemocnění ledvin
ESRD	End-Stage Renal Disease - konečná fáze onemocnění ledvin
et al.	et alii – a kolektiv
FN	Fakultní nemocnice
FZV UP	Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého
HRQL	Health-Related Quality of Life: Kvalita života ve vztahu ke zdraví
MMSE	Mini Mental State Examination – Test kognitivních funkcí
obr.	obrázek
QOL	Quality of Life – Kvalita života
SD	Směrodatná odchylka
sv.	svatá
tab.	tabulka
tj.	to je
tzv.	takzvaný
vyd.	vydání
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHOQOL–BREF	World Health Organization Quality Of Life – BREF
WHOQOL–OLD	World Health Organization Quality Of Life – OLD

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Distribuce dotazníků.....	35
Tabulka 2: Věk respondentů	36
Tabulka 3: Skóre MMSE.....	36
Tabulka 4: Sociodemografické údaje	37
Tabulka 5: Samostatné otázky dotazníku BREF	38
Tabulka 6: Domény dotazníku WHOQOL-BREF.....	38
Tabulka 7: Domény dotazníku WHOQOL-OLD	40
Tabulka 8: Celkové skóre dotazníku AAQ	41
Tabulka 9: Domény dotazníku AAQ.....	42
Tabulka 10: Korelace celkového a doménového skóre dotazníku AAQ s doménovými skóry dotazníku WHOQOL-BREF.....	44
Tabulka 11: Korelace celkového a doménového skóre dotazníku AAQ s doménovými skóry dotazníku WHOQOL-OLD.....	45
Tabulka 12: Popisné charakteristiky dotazníku WHOQOL-BREF a sociální situace respondentů.....	48
Tabulka 13: Post hoc test Dunnové pro doménové skóre Prostředí	49
Tabulka 14: Popisné charakteristiky dotazníku WHOQOL-OLD a sociální situace respondentů..	49
Tabulka 15: Post hoc test Dunnové pro doménové skóre Fungování smyslů a Intimita	50
Tabulka 16: Popisné charakteristiky dotazníku WHOQOL-OLD a pohlaví respondentů.....	53
Tabulka 17: Popisné charakteristiky dotazníku WHOQOL-BREF a pohlaví respondentů.....	54

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Domény dotazníku WHOQOL-BREF	39
Obrázek 2: Domény dotazníku WHOQOL-OLD	41
Obrázek 3: Domény dotazníku AAQ	42
Obrázek 4: Bodový graf závislosti 1	46
Obrázek 5: Bodový graf závislosti 2	47
Obrázek 6: Kvartilový krabicový graf 1	51
Obrázek 7: Kvartilový krabicový graf 2	52
Obrázek 8: Kvartilový krabicový graf 3	55
Obrázek 9: Kvartilový krabicový graf 4	55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Stanovisko Etické komise FZV UP Olomouc

Příloha 2: Souhlas s realizací výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně

Příloha 3: Souhlas s realizací výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Brno Bohunice

Příloha 4: Souhlas s realizací výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Jičín

Příloha 5: Souhlas s realizací výzkumného šetření v Klaudiánově nemocnici Mladá Boleslav, a.s.

Příloha 6: Souhlas s realizací výzkumného šetření v Nemocnici Šternberk

Příloha 7: Souhlas s realizací výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Trutnov, a.s.

Příloha 8: Souhlas s realizací výzkumného šetření v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. ve Zlíně

Příloha 9: Informovaný souhlas

Příloha 10: Dotazník

Příloha 1

Stanovisko Etické komise FZV UP Olomouc



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-44406/1040-2016

**Vážená paní
Martina Krejčová**

2016-03-10

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní Krejčová,

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 chronicky dialyzovaných pacientů**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .



S pozdravem,

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

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



Příloha 2

Souhlas s realizací výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně Pracoviště: Úsek ošetrovatelské péče Pekařská 53, 656 91 Brno, Česká republika Tel.: +420 543 181 111, www.fnusa.cz		FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. ANNY V BRNĚ 	
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ			
Vypíňuje žadatel:	Příjmení a jméno žadatele:	Bc. Martina Krejčová	
	Datum narození:	9.9.1991	
	Telefon:	774 981 991	
	E-mail:	martina.krejцова9@seznam.cz	
	Adresa (pro zaslání vyjádření):	K Meteoru 761/30, Hradec Králové, 503 11	
	Škola/Fakulta:	Univerzita Palackého v Olomouci/ Fakulta zdravotnických věd	
	Obor studia:	Ošetrovatelská péče v interních oborech – kombinovaná forma studia	
	Téma práce:	Kvalita života chronicky dialyzovaných pacientů	
	Způsob provedení sběru dat:	Dotazníkové šetření	
	Termín sběru dat:	říjen 2016 – prosinec 2016	
	Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:	Dialyzační středisko	
	V případě dotazníkového šetření, uveďte počet ks dotazníků:	90 dotazníků	
	Prezentace dat: v diplomové práci v rámci výzkumné části		
Poučení:			
Žadatel bere na vědomí, že může nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze na základě předchozího písemného souhlasu uděleného pacientem. Žadatel se též zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní. Vzor dotazníku je přiložen.			
Datum:	10.10.2016	Podpis:	
Vypíňuje Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně:	Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:		
	Schváleno dne:	20.10.2016	
	ANO <input checked="" type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
Datum:	20.10.16	Podpis a razítko:	FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. ANNY V BRNĚ 656 91 BRNO, Pekařská 53 náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči 
Identifikační číslo:	Stránka 1 z 1	Platnost od:	
Bankovní spojení: KB Brno, a.s., pobočka Brno, č.ú.:71138621/0100, IČ:00159816, DIČ:CZ00159816 Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně je státní příspěvková organizace zřízená rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví ČR. Nemá zákonnou povinnost zápisu do obchodního rejstříku. Je zapsána v živnostenském rejstříku.			

Příloha 3

Souhlas s realizací výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Brno Bohunice

	FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO Jihlavská 20, 625 00 Brno tel: 532 231 111	 ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP) Vedoucí útvaru: JUDr. Alena Tobiášová, MBA tel.: 532 232 108 , fax: 532 232 293 e-mail: atobias@fnbrno.cz
---	---	--

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY
v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Bc. Martina Krejčová
Datum narození: 9.9.1991 Telefon: 774981991 E-mail: martina.krejцова9@seznam.cz
Adresa pro doručení dat: K Meteoru 761/30, Hradec Králové – Svobodné Dvory, 503 11
Přesný název školy/fakulty: Univerzita Palackého v Olomouci/Fakulta zdravotnických věd
Obor studia: Ošetrovatelská péče v interních oborech
Forma studia: prezenční kombinovaná
Téma závěrečné práce: Kvalita života chronicky dialyzovaných pacientů

Účel žádosti:
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uved'te):

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:
 ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno:
 NE (informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):
V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplňuje „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní „Nahlížení do zdravotnické dokumentace“.

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno
Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: **78 zpracováno**
Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: říjen 2016 do: prosinec 2016
Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat: Dialyzační oddělení **16EK; 95 jedn.**

Nahlížení do zdravotnické dokumentace
Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet:
Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od do
Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů:
Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

Ostatní
 kazuistika – počet:
 vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: z kterého pracoviště:
 vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání:
z kterého pracoviště:
 statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

5-292/15/5

jiné (specifikujte):
.....
Za které období budou data zjišťována:
Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: do:
Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:
Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení:

Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Datum: 18.10.2016

Podpis:

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 19-10-2016 pod číslem: 2016/134 993/FN/BRNO-1152

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - útvar: IGEK (Analýza a psychologické oddělení)

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 19-10-2016

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: útvaru: na pozici:

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: z útvaru:

V Brně dne 19-10-2016

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

referent/vedoucí OOR

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno
 fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

Požadovaná data medicínského/nemedicínského útvaru doručena na OOR

Požadovaná data postoupena

převzal žadatel osobně dne v počtu

Převzal:
(podpis žadatele)

20-10-2016

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Žádost uzavřena dne:

podpis vedoucího/referenta OOR

Příloha 4

Souhlas s realizací výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Jičín

Protokol k provádění výzkumu

- Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům rozdáván

Jméno a příjmení studenta: Bc. Martina Krejčová

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
navazující magisterský obor v kombinované formě, 2. ročník studia

Téma práce: Kvalita života chronicky dialyzovaných pacientů

Datum zahájení výzkumu: září 2016

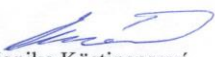
Datum ukončení výzkumu: listopad 2016

Počet oslovených respondentů (pacientů): 60

Název pracoviště, kde bude výzkum realizován:
Nemocnice Jičín - Hemodialyzační středisko
Bolzanova 512
Jičín 506 01

Souhlasné stanovisko vedoucího pracovníka odborného zařízení, kde bude výzkum realizován:

Souhlasím,
v Jičíně dne: 29.9.2016


Mgr. Monika Köstingerová
hlavní sestra On Jičín a.s.

Oblastní nemocnice Jičín a.s.
Bolzanova 512, 506 01 Jičín
tel. 493 582 111

V Jičíně, dne 27.9.2016

Příloha 5

Souhlas s realizací výzkumného šetření v Klaudiánově nemocnici Mladá Boleslav, a.s.

Protokol k provádění výzkumu

- Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům rozdáván

Jméno a příjmení studenta: Bc. Martina Krejčová

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
navazující magisterský obor v kombinované formě, 2. ročník studia

Téma práce: Kvalita života chronicky dialyzovaných pacientů

Datum zahájení výzkumu: říjen 2016

Datum ukončení výzkumu: prosinec 2016

Počet oslovených respondentů (pacientů): 105

Název pracoviště, kde bude výzkum realizován:

Klaudiánova nemocnice – Mladá Boleslav, a.s. – Hemodialyzační středisko
tř. Václava Klementa 147, Mladá Boleslav 293 01

Souhlasné stanovisko vedoucího pracovníka odborného zařízení, kde bude výzkum realizován:


MAJERMANNOVÁ
SVATAVA

V Mladé Boleslavi, dne 25. 10. 2016

26	INT – hemodialýza
001	Tel.: 326 742 860
253	Ošetrovní nemocnice Mladá Boleslav, a.s. nemocnice Středočeského kraje Tř. Václava Klementa 147, Mladá Boleslav 293 01

Příloha 6

Souhlas s realizací výzkumného šetření v Nemocnici Šternberk

Protokol k provádění výzkumu

- Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům rozdáván

Jméno a příjmení studenta: Bc. Martina Krejčová

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
navazující magisterský obor v kombinované formě, 2. ročník studia

Téma práce: Kvalita života chronicky dialyzovaných pacientů

Datum zahájení výzkumu: říjen 2016

Datum ukončení výzkumu: prosinec 2016

Počet oslovených respondentů (pacientů): 60

Název pracoviště, kde bude výzkum realizován:

**Dialyzační středisko
Středomoravská nemocniční a.s.
o. z. Nemocnice Šternberk
Člen skupiny AGEL**
Jívavská 1435/20 • 785 01 Šternberk

Souhlasné stanovisko vedoucího pracovníka odborného zařízení, kde bude výzkum realizován:



Středomoravská nemocniční a.s.
Nemocnice Šternberk, o.z.
člen skupiny AGEL, a.s.
Jívavská 20, 785 16 Šternberk
Mgr. Lenka Neumannová
hlavní sestra

26/10 2016

Mgr. Lenka Neumannová
hlavní sestra

Ve Šternberku, dne 26.10.2016

Příloha 7

Souhlas s realizací výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Trutnov, a.s.

Protokol k provádění výzkumu

- Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům rozdáván

Jméno a příjmení studenta: Bc. Martina Krejčová

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
navazující magisterský obor v kombinované formě, 2. ročník studia

Téma práce: Kvalita života chronicky dialyzovaných pacientů

Datum zahájení výzkumu: září 2016

Datum ukončení výzkumu: listopad 2016

Počet oslovených respondentů (pacientů): 60, (80)

Název pracoviště, kde bude výzkum realizován:
Oblastní nemocnice Trutnov, a.s. - Hemodialyzační středisko
Maxima Gorkého 77, Trutnov 541 01

Souhlasné stanovisko vedoucího pracovníka odborného zařízení, kde bude výzkum realizován:

69	Oblastní nemocnice Trutnov a.s.
001	hemodialyzační středisko - 1021
09	MUDr. Miroslav Něvtl
	tel.: 499 866 111, 499 866 2

V Trutnově, dne 27.9.2016

Příloha 8

Souhlas s realizací výzkumného šetření v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s. ve Zlíně

Protokol k provádění výzkumu

- Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům rozdáván

Jméno a příjmení studenta: Bc. Martina Krejčová

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech
navazující magisterský obor v kombinované formě, 2. ročník studia

Téma práce: Kvalita života chronicky dialyzovaných pacientů

Datum zahájení výzkumu: říjen 2016

Datum ukončení výzkumu: prosinec 2016

Počet oslovených respondentů (pacientů): 70

Název pracoviště, kde bude výzkum realizován:

Krajská nemocnice T. Bati, a. s. – Hemodialyzační oddělení
Havlíčkovo nábřeží 600, Zlín 762 75


Souhlasné stanovisko vedoucího pracovníka odborného zařízení, kde bude výzkum realizován:



V Mladé Boleslavi, dne 29. 10. 2016

Příloha 9

Informovaný souhlas



Fakulta
zdravotnických věd

Informovaný souhlas

výzkumný projekt: Kvalita života chronicky dialyzovaných pacientů
období realizace: únor až prosinec 2016
řešitelé projektu: Bc. Martina Krejčová
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 jak hodnotí kvalitu svého života chronicky dialyzovaní pacienti ve věku nad 50 let. Z účasti na projektu pro Vás nevyplyvají žádné výhody či rizika. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

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.

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

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.

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

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

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí	1	2	3	④	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.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou	①	2	3	4	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	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	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat	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	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém	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	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj	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	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
16. Jak jste spokojen/a se	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou,	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	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	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

poslední dva týdny.

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

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

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

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

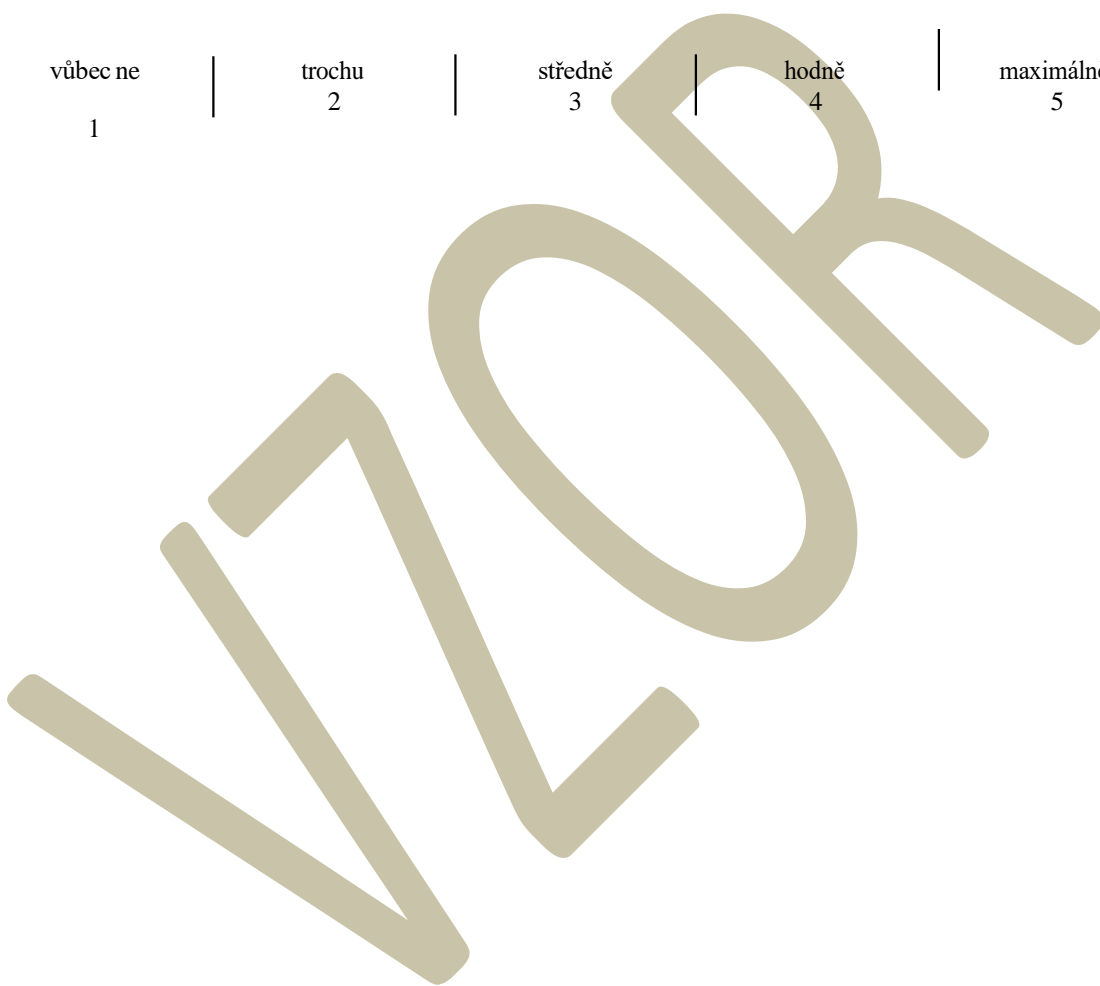
vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5



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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	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	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
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. 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	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5
		spokojen/a ani nespokojen/a		

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

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

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

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

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

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

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

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

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	málo	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

VZOR

III - The (WHO) EAAQ – česká verze

5.1 Instrukce

5.1.1 Tento dotazník zjišťuje, co si myslíte o stárnutí.

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

Berte prosím v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Rádi bychom, abyste vycházeli ze svých **celkových životních zkušeností**.

Ptáme se tedy na Váš celkový pocit a otázka může znít např. takto:
Bojím se stárnutí.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

Měl/a byste zakroužkovat číslo, které nejlépe vystihuje, nakolik pro Vás daný výrok platí. Proto byste měl/a zakroužkovat číslo 4, pokud se stárnutí „hodně“ bojíte, nebo zakroužkovat číslo 1, pokud se stárnutí „vůbec“ nebojíte. Přečtěte si laskavě každou otázku; zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Následující otázky zjišťují, **nakolik souhlasíte** s níže uvedenými výroky. Pokud souhlasíte s výrokem v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovy „výrazně souhlasím“. Pokud s výrokem vůbec nesouhlasíte, zakroužkujte číslo pod slovem „výrazně nesouhlasím“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „výrazně nesouhlasím“ a „výrazně souhlasím“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

1. Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	---------------------------

2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	Výrazně Souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

3. Stáří je čas

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

4. Moudrost přichází s věkem.

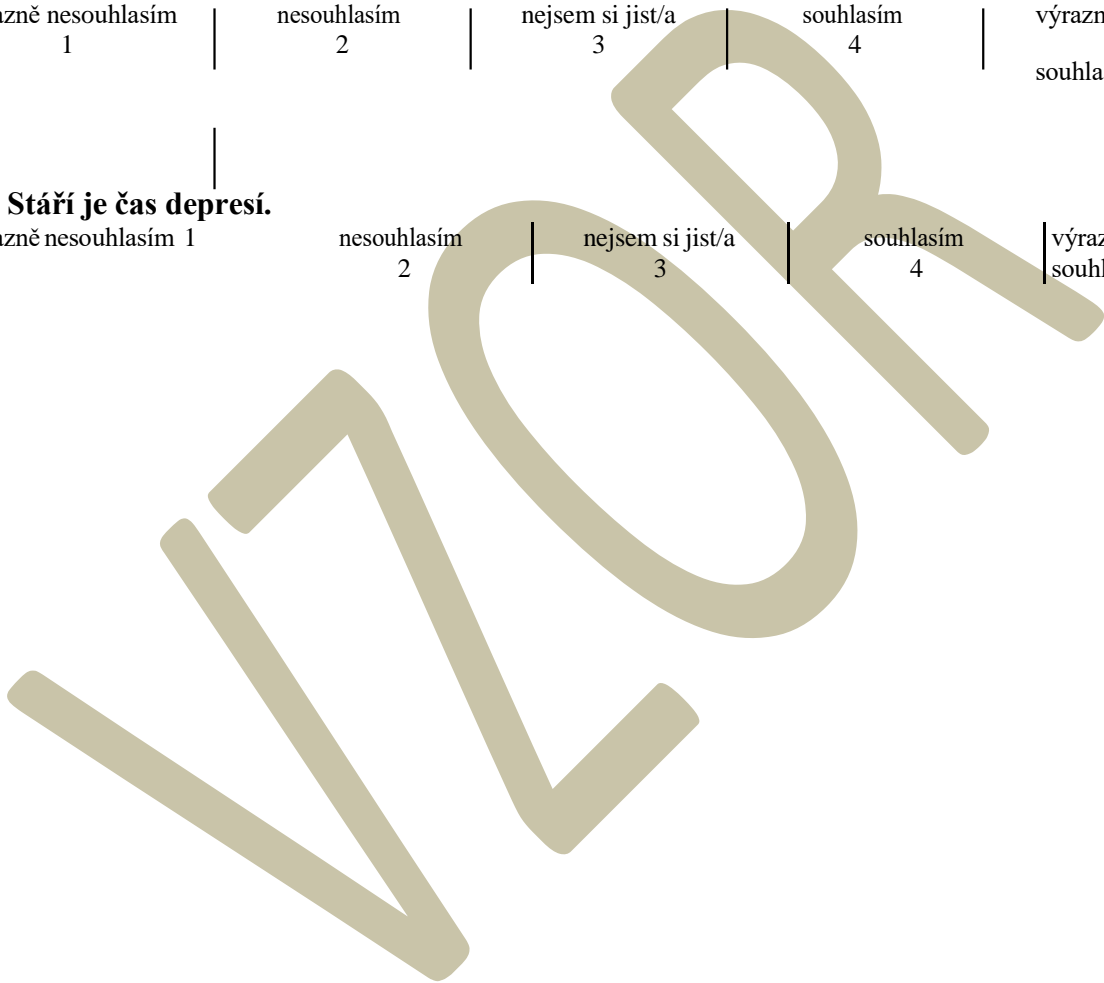
výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
--------------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------

6. Stáří je čas depresí.

výrazně nesouhlasím 1	nesouhlasím 2	nejsem si jist/a 3	souhlasím 4	výrazně souhlasím 5
-----------------------	------------------	-----------------------	----------------	------------------------



7. Cvičení je důležité v každém věku.

výrazně nesouhlasím	nesouhlasím	nejsem si jist/a	souhlasím	výrazně souhlasím 5
1	2	3	4	

Následující otázky zjišťují, **nakolik** pro Vás níže uvedené výroky **platí**. Pokud pro Vás výrok platí v maximální míře, zakroužkujte číslo pod slovem „maximálně platí“. Pokud pro Vás výrok vůbec neplatí, zakroužkujte číslo pod „vůbec neplatí“. Pokud chcete vyjádřit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec neplatí“ a „maximálně platí“, zakroužkujte jedno z čísel ležících mezi nimi.

8. Stárnutí je snazší, než jsem si myslel/a.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

9. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

10. Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější.

vůbec se nehodí	trochu se hodí	středně se hodí	hodně	maximálně platí 5
1	2	3	4	

11. Necítím se starý/á.

vůbec neplatí 1	trochu platí 2	středně platí 3	hodně platí 4	Maximálně platí 5
-----------------	----------------	-----------------	---------------	----------------------

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

vůbec neplatí 1	trochu platí 2	středně platí 3	hodně platí 4	maximálně platí 5
-----------------	----------------	-----------------	---------------	-------------------

13. To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem.

vůbec neplatí 1	trochu platí 2	středně platí 3	hodně platí 4	maximálně platí 5
-----------------	----------------	-----------------	---------------	-------------------

14. Mám více energie, než bych vzhledem ke svému věku očekával/a.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

15. Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

16. Zdravotní problémy mně nebrání dělat to, co chci.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

17. Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

18. Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

19. Věřím, že můj život má význam.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

20. Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

22. Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

23. Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

24. Cvičením se udržuji tak aktivní a v dobré kondici, jak je to možné.

vůbec neplatí	trochu platí	středně platí	hodně platí	maximálně platí
1	2	3	4	5

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Váš věk let.

Pohlaví

1. žena

2. muž

Nejvyšší dosažené

vzdělání

1. základní

2. vyučen

3. středoškolské

4. vysokoškolské

Sociální situace

1. Žiji doma sám/sama

2. Žiji doma s partnerem/partnerkou

3. Žiji doma s dalšími příbuznými

4. Žiji v domově pro seniory

Výzkum je anonymní a účast v něm je dobrovolná. Vyplněním dotazníku dáváte svůj souhlas k anonymnímu zpracování uvedených dat pro účely výzkumu.

Děkuji za Vaš zájem o účast ve výzkumném šetření a za Vaši spolupráci.

Bc. Martina Krejčová, FZV UP Olomouc,

studijní obor: Ošetrovatelská péče v interních oborech