

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetřovatelství

Bc. Lucie Martincová

**Kvalita života starších dospělých v domácí
péči**

Diplomová práce

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

Olomouc 2014

ANOTACE

Název práce:	Kvalita života starších dospělých v domácí péči
Název práce v AJ:	Life Quality of Elderly People in Home Care
Datum zadání:	2013-01-21
Datum odevzdání:	2014-07-10
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetřovatelství
Autor práce:	Bc. Lucie Martincová
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
Oponent práce:	

Abstrakt v ČJ:

Tato diplomová práce se zaměřuje na kvalitu života starších dospělých v domácí péči. Práce je rozdělena na dvě části (teoretická východiska a výzkumnou část). Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit subjektivní kvalitu života starších dospělých, kteří využívají služeb agentur domácí péče. Jednotlivé cíle byly zaměřeny na fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí, naplnění a sociální zapojení. K získání relevantních dat byly užity české verze standardizovaných dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD. Šetření se zúčastnilo celkem 121 respondentů, kteří byli klienty agentur domácí péče ve Zlínském kraji. Výzkumné šetření neprokázalo žádnou souvislost mezi věkem klientů domácí péče a hodnocením kvality života v oblasti fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Taktéž se neprokázala žádná závislost mezi místem bydliště klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně sociální

zapojení. Nebyla prokázána žádná závislost mezi pohlavím klientů domácí péče a hodnocením kvality života v oblasti naplnění a prožívání.

Abstrakt v AJ:

This diploma thesis is focused on life quality of elderly people in home care. The thesis is divided into two parts (theoretical background and research). The main goal of this diploma thesis was to find out the subjective life quality of elderly people who used services of home care agencies. Individual goals have been focused on physical health, living, social relationships, environment, self esteem and social integration. Czech versions of standardized questionnaires WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD have been used to gather relevant data. In total 121 respondents took part in the research. Respondents were clients of home care agencies in Zlín region. The research has not proven any relationship between the age of home care clients and their evaluation of life quality in terms of physical health, living, social relationships and environment. No relationship between the client's place of residence and their evaluation of life quality in terms of social integration has been proven either. Furthermore, no relationship between the gender and evaluation of life quality in the area of self esteem and living has been proven.

Klíčová slova v ČJ:

Starší dospělý, domácí péče, kvalita života, sociální zapojení, naplnění, WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF.

Klíčová slova v AJ:

Elderly adult, home care, quality of life, social involvement, fulfillment, WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF.

Rozsah: 84 s., 1 příloha

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

Olomouc 10. července 2014

Lucie Martinová

Poděkování:

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

Mé poděkování také patří vrchním sestřám z agentur domácí péče a hlavně respondentům za ochotu zúčastnit se dotazníkového šetření.

Výzkumné šetření probíhalo v rámci řešení projektu studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci (Projekt č. FZV_2013_007) a bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Prohlášení o dedikaci k projektu

Diplomová práce byla finančně podpořena v rámci Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2013. Je dedikována projektu FZV_2013_007 „Využití WHOQOL-OLD pro hodnocení subjektivního vnímání kvality života seniorů v domácí péči“.

Spoluřešitelka projektu Bc. Lucie Martincová se v rámci řešení projektu podílela na distribuci dotazníků a na přípravě podkladů pro zpracování dat.

Výše uvedené skutečnosti o vymezení rozsahu činnosti Bc. Lucie Martincové dokládá *Závěrečná zpráva o řešení projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci*. (2014).

V Olomouci, 17. března 2014

.....
PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.
řešitelka projektu FZV_2013_007

.....
Bc. Lucie Martincová
spoluřešitelka projektu

.....
Bc. Šárka Hrabalová
spoluřešitelka projektu

.....
Bc. Jana Dančáková
spoluřešitelka projektu

OBSAH

ÚVOD	9
I	
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	11
1 REŠERŠNÍ STRATEGIE	12
2 KVALITA ŽIVOTA	14
2.1 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	20
2.1.1 WHOQOL-BREF	24
2.1.2 WHOQOL-OLD	26
3 NAPLNĚNÍ A SOCIÁLNÍ ZAPOJENÍ STARŠÍCH DOSPĚLÝCH	29
3.1 POCIT NAPLNĚNÍ	29
3.2 SOCIÁLNÍ ZAPOJENÍ	30
II	
4 VÝZKUMNÁ ČÁST	33
4 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI	34
4.1 ÚVOD	34
4.2 CÍLE A HYPOTÉZY	34
4.3 METODIKA ŠETŘENÍ.....	36
4.3.1 Technika sběru dat.....	36
4.3.2 Měřicí nástroj.....	36
4.3.3 Soubor respondentů	36
4.3.4 Technika sběru dat.....	37
4.3.5 Předvýzkum	37
4.4 METODY STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ.....	37
4.4.1 Testování hypotéz	38
5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	40
5.1 ZÁKLADNÍ DEMOGRAFICKÝ POPIS SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	40
5.2 POPISNÁ STATISTIKA – STANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA WHOQOL-BREF	43
5.3 POPISNÁ STATISTIKA – STANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA WHOQOL-OLD.....	49
5.4 OVĚŘENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ.....	51
DISKUZE	65
ZÁVĚR	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	80
SEZNAM GRAFŮ	82
SEZNAM TABULEK	83

SEZNAM PŘÍLOH	84
----------------------------	-----------

ÚVOD

„Štěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“

Johann Wolfgang Goethe

Prognózy, které jsou potvrzovány demografickým vývojem poukazují na neustále zvyšující se podíl starších dospělých osob v populaci většiny vyspělých zemí včetně České republiky. Neustále se prodlužuje střední délka života a to jak u mužů, tak i u žen. Tento fakt vede k zamyšlení nad tím, v jaké osobní pohodě a s jak naplněnými potřebami budou starší dospělí léta „navíc“ prožívat (Mareš, 2014, s. 22). Stárnutí je biologický, nezvratný, zákonitý a přirozený proces. Prožívání stárnutí je u každého člověka velmi individuální. Obzvláště ve vyšším věku jsou výrazné rozdíly v prožívání mnohem patrnější, než u mladších věkových kategorií (Sováriová Soósová, Suchanová, Tirpáková, 2011, s. 240). Stárnutí představuje fenomén, který souvisí se zdravotními, sociálními a ekonomickými změnami, které mohou mít významný dopad na kvalitu života jednotlivce a následně pak i celé společnosti. Vzhledem k tomu je důležitou úlohou v ošetřovatelství rozvoj a neustálé zkvalitňování péče o starší dospělé v domácím prostředí (Dimunová, Dankulincová Veselská, Stropkaiová, 2013, s. 23).

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života starších dospělých v domácí péči.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit subjektivní kvalitu života starších dospělých v domácí péči.

Pro vypracování diplomové práce byly stanoveny tři následující dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit jak vnímají svou kvalitu života klienti domácí péče v souvislosti s věkem v doménách fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí.

Cíl 2: Zjistit kvalitu života klientů domácí péče vztahující se k oblasti sociálního zapojení v souvislosti s místem bydliště.

Cíl 3: Zjistit kvalitu života klientů domácí péče vztahující se k oblasti naplnění a prožívání v souvislosti s pohlavím.

I. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1 REŠERŠNÍ STRATEGIE

Zpracování teoretických východisek proběhlo na základě prostudování vstupní literatury, která je uvedena níže.

1. ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše. 2012. Sociální gerontologie: Úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

2. DRAGOMIRECKÁ, Eva, PRAJSOVÁ, Jitka. 2009. WHOQOL-OLD: Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9.

3. KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, WIJA, Petr. 2011. Křehký pacient a primární péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

4. KALVACH, Zdeněk. 1997. Úvod do gerontologie a geriatrie: Integrovaný text pro interdisciplinární studium. Díl 1, Gerontologie obecná a aplikovaná. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

5. MAUK, Kristen, L. 2010. Gerontological Nursing: Competencies for Care. 2nd ed, Boston: Jones & Bartlett Publishers, 2010. ISBN 9781449617806.

6. POLIT, Denise. F., BECK, Cheryl. Tatano. 2007. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed, Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2007. ISBN 978-1-60547-708-4.

Vyhledávání vhodných zdrojů bylo zahájeno v roce 2013 za pomoci klíčových slov: starší dospělý, domácí péče, kvalita života, sociální

zapojení, naplnění, WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. Pro zpracování teoretických východisek k této diplomové práci byly použity články, které byly publikovány v českých a zahraničních vědeckých periodikách. Při vyhledávání těchto článků byly použity tyto databáze a katalogy: Bibliographia medica Čechoslovaca, EBSCO, PubMed a katalog Národní lékařské knihovny. Bylo též využito internetového vyhledávače Google.

Vyhledávání dokumentů proběhlo v českém, anglickém a slovenském jazyce. Jako klíčová slova v českém jazyce pro rešeršní strategii byla použita: Starší dospělý, domácí péče, kvalita života, sociální zapojení, naplnění, WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF. Klíčová slova v anglickém jazyce: Elderly adult, home care, quality of life, social involvement, fulfillment, WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF. Klíčová slova ve slovenském jazyce: Starší dospelý, domáca ošetrovateľská starostlivosť, kvalita života, sociálne zapojenie, naplnenie, WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF. Při vyhledávání v databázích byly použity booleovské operátory and, not, or. Kritéria pro výběr relevantních článků v plném textu ke zpracování diplomové práce byla: český, slovenský a anglický jazyk, rok vydání (leden 2000 až květen 2014). Vyhledáno bylo celkem 246 odkazů. Po prostudování byly některé zdroje vyřazeny a to z důvodů duplicity, irelevantního obsahu a nenalezení plných textů. Pro tvorbu diplomové práce bylo použito celkem 41 zdrojů. Z toho celkem 38 článků (z toho 19 v českém jazyce, 12 ve slovenském jazyce a 7 v anglickém jazyce), 1 diplomová práce a 2 monografie.

2 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života patří v současnosti ve zdravotnictví k těm nejvíce používaným pojmům (Kršíková, Bužgová, 2011, s. 248). Definování kvality života je velmi náročné, neboť vychází z mnoha faktorů, které jsou ovlivňovány velkým množstvím proměnných. Některé definice, které jsou staršího data, udávají, že kvalita života se rovná osobní spokojenost (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2012 s. 16). Definice kvality života je dle světové zdravotnické organizace: *„jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“* (WHOQOL Group in Orley, 1994, s. 43). Tuto definici sestavila pracovní skupina WHOQOL, která byla pověřena světovou zdravotnickou organizací sestavit dotazník kvality života, který by bylo možno použít celosvětově (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 9). Výsledek práce této pracovní skupiny bude popsán níže. Různé definice kvality života se v podstatě většinou opírají o pojetí zdraví od WHO (Horčíčka, 2009, s. 22). Definice zdraví dle WHO je, že zdraví není pouze nepřítomnost nemoci, ale stav úplné psychické, fyzické a sociální pohody (Kršíková, Bužgová, 2011, s. 248).

V současnosti žijí lidé mnohem déle, než kdykoliv předtím v historii lidstva. Možná právě také proto, současná společnost celosvětově v posledních desetiletích zaměřuje svůj zájem na studium kvality života u starších dospělých (Lucas-Carrasco, Laidlaw, Power 2011, s. 595). I když je stárnutí přirozenou součástí života každého člověka, přesto ji každá lidská bytost prožívá individuálně a jedinečným způsobem. Někteří lidé zůstávají i ve vysokém věku stále aktivní, plní energie a optimizmu. Jiní lidé naopak v pokročilém věku ztrácejí radost a chuť ze života a jsou

naplnění negativními pocity. Proces stárnutí a změn, které při něm nastávají, ovlivňuje celá řada společně působících činitelů, mezi něž patří celá řada venkovních a vnitřních vlivů (Kačmárová, 2013, s. 42). Jsou to životní postoje a zkušenosti, subjektivní vnímání vlastního zdraví a v neposlední řadě osobnost člověka jako celek (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 62). Zamboriová a Simočková uvádějí, že kvalitu života je třeba hodnotit z pohledu různých vazeb, které jsou vzájemně provázané s hierarchií potřeb člověka. Mezi tyto vazby patří základní vlastnosti a schopnosti člověka a faktory jako jsou schopnost rozhodovat se, smyslové schopnosti, nepřítomnost bolesti a utrpení, soběstačnost, anatomické vlastnosti člověka, pocit užitečnosti, sociální zázemí, udržitelnost finančního standardu, určitý stupeň pocitu štěstí atd. (Zamboriová, Simočková, 2011, s. 438). Hrozenská uvádí osm oblastí, které jsou důležité pro kvalitu života starších dospělých. První oblastí je subjektivní spokojenost, kterou autorka definuje jako globální kvalitu života, kterou si stanoví každý starší dospělý sám pro sebe. Další oblastí jsou faktory zdravotního stavu. Do této oblasti náleží funkční schopnosti, fyzická pohoda a mentální zdraví. Následují osobnostní faktory, jako je psychická pohoda, spokojenost se svým životem, morální hodnoty a pocit štěstí. Další důležitou oblastí jsou faktory sociálního prostředí, jako je úroveň sociálního zázemí a rodina, možnost a úroveň rekreačních aktivit, možnost kontaktu s vládními nebo nevládními organizacemi. Podstatnou oblastí jsou také faktory fyzického prostředí. Zde se řadí uspořádání bytu či domu, možnost mít kontrolu nad fyzickým prostředím, trávení volného času, přístup k službám jako jsou například obchody, zdravotní služby či veřejná doprava. Následuje oblast faktorů socioekonomických. Do této oblasti autorka zařadila životní styl, majetkové poměry, výška příjmů

a stravování. Sedmou oblastí jsou kulturní faktory. Do této oblasti náleží pojmy, jako je věk, pohlaví, sociální vrstva, národnost, víra. Poslední oblastí jsou faktory osobní nezávislosti: schopnost ovládnutí svých pohybů, schopnost rozhodovat se, schopnost mít vliv na prostředí kolem sebe (Hrozenská, 2008, s. 82). V různých pracích některých autorů se můžeme setkat s rozličnými oblastmi kvality života. V zásadě se dají rozlišit čtyři skupiny modelů oblastí kvality života. První skupinou modelů jsou modely psychologické, následují sociologické a zdravotnické, poslední skupinou jsou modely integrované (Mareš, 2014, s. 23).

Přesto, že je kvalita života významným způsobem ovlivňována subjektivními pocity, jako jsou pocity vlastní spokojenosti a objektivními schopnostmi umět dosáhnout seberealizace v podmínkách každodenního života, nelze ji redukovat pouze na dosažený výsledek, kterého bylo docíleno na základě daných postupů. Kvalita života je integrální fenomén, který je vymezen mnoha činiteli, mezi nimiž najdeme faktory kulturní, ekonomické, ale i politické (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2012, s. 15). Podobný názor sdílí i Bachoreczová s Meňkyovou, které ještě navíc uvádějí komplex subjektivních a objektivních údajů o fyzickém a psychickém stavu člověka (Bachoreczová s Meňkyová, 2008, s. 391). K těmto názorům se přiklání také Lužný, který k nim navíc přidává ještě faktory spirituální a vztahové. Ve vztahu k medicíně pak ještě pojem HR-QoL, který vypovídá o kvalitě života ve vztahu ke zdraví (Lužný, 2013, s. 91). Kvalita života je široce využívaný koncept ve společenských a humanitních vědách. K jejímu měření jsou využívány jak ukazatele subjektivní, tak i objektivní (Dingová, Němčková, 2008 s. 275). Mareš ve své práci má na chápání kvality života jiný názor. Popírá, že by s pojmem kvalita života souvisela jakákoliv objektivní data. Udává, že kvalita života je záležitost

subjektivních údajů. Dále uvádí, že většina dospělé populace má stejné hlavní oblasti kvality života a to oblasti kognitivní, sociální, emoční, behaviorální, sexuální, životní spokojenosti, vnímané sociální opory, hodnocení vlastního zdraví, míra uspokojení vlastních zájmů a potřeb, dále hodnocení vlastní ekonomické situace, stav energie a vitality jedince. I když jsou tyto oblasti stejné pro dospělé osoby různého věku, přesto se v průběhu života každého dospělého člověka s měnícím se věkem a přibývajících životními zkušenostmi mění důraz kladený na tyto jednotlivé oblasti. U starších dospělých jsou pro hodnocení kvality života nejdůležitější oblasti jako funkční schopnosti a zdravotní stav jedince, síť sociálních vztahů, pocit užitečnosti, nebo naopak neužitečnosti pro ostatní lidi a pro společnost, kvalita bydlení, finanční situace, míra vnímané sociální opory (Mareš, 2014 s. 23). Zvoníková uvádí, že kvalita života je u starších dospělých ovlivněna více činiteli, jako jsou geny, které mohou být zodpovědné za vznik a následný průběh některých nemocí, které pak mohou následně vést k nejrůznějším omezením a nevratným změnám. Geny a onemocnění také mohou mít za následek předčasné stárnutí jedince či dokonce jeho smrt. Jako další významný faktor autorka uvádí skupinu individuálních vlivů a podmínek. Do této skupiny řadí životní styl a životní podmínky. Třetí skupinou činitelů jsou sociálně psychologické vlivy jako např.: životní pohoda, sociální vlivy, pracovní pohoda, mezilidské vztahy, sociální jistota a sociální integrace (Zvoníková, 2012, s. 80).

Pro udržení kvality života u starších dospělých je důležité zachování psychické pohody a fyzického zdraví, volnočasových aktivit, udržení dostatečné sociální sítě a sousedských vztahů, zachovat si pozitivní myšlení a mít se na co těšit i do budoucna, zachovat si adekvátní finanční podmínky a finanční nezávislost

(Bowling, Stenner, 2011, s. 273). S přibývajícím věkem narůstá počet involučních změn v lidském organismu, které pak následně přispívají k funkčním omezením. Tyto funkční omezení mohou pak mít velmi nepříznivé následky, které se mohou negativně projevit jak na fyzickém, tak i psychickém zdraví staršího dospělého (Mudrák, Slepíčka, Elavsky, 2012, s. 262). Virgulová říká, že senioři, kteří žijí v domácím prostředí, jsou více soběstační v běžných denních činnostech, než senioři, kteří žijí v sociálních zařízeních. Přesto autorka uvádí, že kvalita života u starších dospělých není podmíněná vznikem deficitu v soběstačnosti ani jejich zdravotním stavem (Virgulová, Schedová, 2013, s. 38). Na kvalitě života se taktéž podílí i nemoc, kterou člověk trpí, záleží jak na její závažnosti, tak i na možnostech léčby a osobnostních vlastnostech nemocného člověka, který se dokáže se svou nemocí vyrovnat, nebo její existenci bude ignorovat či popírat (Zacharová, 2009, s. 261). Toto tvrzení potvrzují i autorky Zamboriová a Simočková, které uvádějí, že chronické nemoci vedou k poklesu kvality života jen u části nemocných. Značnou mírou přispívá remise nemoci a úspěšná léčba k pocitu větší životní spokojenosti. Autorky také uvádějí, že zdravotní stav, úroveň nezávislosti a stav mobility jsou důležitými činiteli, které se podílejí na kvalitě života u starších dospělých (Zamboriová, Simočková, 2011, s. 438). Dalším nezanedbatelným faktorem, který může významně zhoršovat kvalitu života u starších dospělých je zátěž, kterou sebou přináší role pečovatele, kdy se sám starší dospělý musí starat o svého nemohoucího manžela či manželku, nebo i dospělé dítě (Mareš, 2014, s. 24). Dle autorek Gurkové a Žiakové se dá pojem kvalita života v kontextu ošetřovatelství shrnout v tyto charakteristické rysy:

- Kvalita života je subjektivní a individuální – její obsah se nedá všeobecně vymežit, dá se definovat tak, jak ji každý jednatlivec sám chápe, u jednotlivých lidí se její obsah mění v různém čase.
- Charakter kvality života je dynamický – v různých životních etapách a situacích každého člověka se může obsah pojmu kvalita života značně lišit.
- Kvalita života odráží posuzování dopadů na všechny oblasti života – všeobecná spokojenost a pohoda v životě člověka a to nejen v oblasti zdraví.
- Kvalita života vyjadřuje konflikt mezi očekáváním a realitou a mezi možným a skutečným – tento rozpor je možné redukovat správně zvolenou ošetrovatelskou intervencí.
- Kvalita života je orientovaná na hodnoty – pojí spokojenost s posuzováním významnosti a důležitosti, souvisí s uspokojováním potřeb, zdůrazňuje význam individuálních hodnot a preferencí každého člověka.
- Kvalita života je komplexní pojem, který má širší význam sám o sobě – tzn. vyskytuje se jako samostatně používaný pojem bez jakéhokoliv konkrétního vztahu k nějakému onemocnění a vyjadřuje kombinaci spokojenosti, prožívání osobní pohody a také určité postavení v sociální vrstvě (Gurková, Žiaková, 2009, s. 93-94).

2.1 Měření kvality života

Zájem o zjišťování kvality života započal v poválečných letech a jednalo se především o měření kvality života v onkologii. Později v 80. letech se zájem o zjišťování kvality života rozšířil do všech odvětví medicíny a společenských věd. Vzhledem ke vznikající potřebě nástrojů pro mezinárodní studie došlo ke vzniku výzkumných ústavů a mezinárodních pracovních skupin a k vypracování závazných pravidel pro validizaci, překlad a vývoj nových instrumentů (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 9-10). Kačmárová uvádí existenci tří nejčastěji používaných postupů při měření kvality života. Prvním způsobem je způsob normativní. Při němž normativ bytí vyplývá ze subjektivních názorů, filozofií a principů o tzv. dobrém životě. Dalším postupem používaným k měření kvality života je postup preferování spokojenosti. Při užití tohoto způsobu závisí kvalita života především na dostupnosti výhod a možnostech jejich získávání. Třetím způsobem je subjektivní hodnocení, jde o žití tzv. dobrého života, které je v tomto případě chápáno a prožíváno takové jaké je. Dva naposled zmíněné způsoby jsou nejčastěji využívány při vytváření nových nástrojů určených k měření kvality života. (Kačmárová, 2013, s. 45). Dalším možným rozdělením metodologických přístupů je přístup kvantitativní, kvalitativní a smíšený. Kvalitativní přístupy nejsou tak často užívané k měření kvality života, tak jako postupy kvantitativní, ve kterých se využívá dotazníkového šetření. Při aplikaci kvalitativního přístupu se starším dospělým kladou otevřené otázky a ti pak na ně volně a dle svého uvážení odpovídají. Při použití kvantitativního přístupu je možno kvalitu života měřit pomocí třech typů dotazníků. Prvním typem dotazníků jsou dotazníky obecné, generické, které se mohou používat bez ohledu na pohlaví, věk, onemocnění jednotlivých respondentů.

Do této skupiny patří například tyto dotazníky: EuroQoL-Five Dimension Questionnaire, Sickness-Impact Profile, SF-12, SF-36, Quality of Well-Being Scale. Dalším typem jsou obecné dotazníky určené pro všechny věkové kategorie starších dospělých. Patří sem např.: AQoL, WHOQOL-OLD, QUAL-E, EQOLI, CASP-19, OPOQOL, ASCOT. Třetí skupinou jsou dotazníky specifické, které jsou určeny k měření kvality života starších dospělých s jedním konkrétním onemocněním, které ovlivňuje jejich kvalitu života. Do této skupiny patří například tyto dotazníky: HHIE, MLHFQ, UROLIFE/BPHQoL, CTQ, OPTQoL, QoL-AD, LVQOL (Mareš, 2014, s. 24 - 26). Existuje celá řada dalších dotazníků, které byly vyvinuty na měření kvality života přímo u starších dospělých. Patří sem například tyto testy: WHOQOL-100, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD, GDS-15, ADRQ, QOL-AD, QUALID, UIHI, IQOL, OPTQoL, ISI, UROLIFE™/BPHQoL 9, UCLA-PCI-SF. Některé tyto dotazníky jsou přímo zaměřeny na zjišťování kvality života u starších dospělých, kteří trpí chorobami typickými pro vyšší věk, jako jsou např. osteoporóza, demence, inkontinence, hyperplazie prostaty atd. (Ondrušová, 2009, s. 39). Dalšími vhodnými dotazníky pro měření kvality života u starších dospělých jsou CASP-19, OPQOL a QuiLL (Kačmárová, 2013, s. 46) a SEIQOL. Avšak téměř naprostá většina dotazníků určená k zjišťování kvality života u starších dospělých zatím nebyla přeložena do českého jazyka (Mareš, 2014, s. 23, 30). Dotazníky WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF jsou v praxi mezinárodně používané dotazníky, které byly přeloženy do padesáti jazyků (Ondrušová, 2009, s. 37). Tyto dotazníky jsou použitelné i pro zjišťování kvality života u starších dospělých, kteří jsou součástí menšin. Tento fakt dokládá práce autorky Dingové, která tyto dotazníky použila k měření kvality života u starší romské populace na Slovensku (Dingová,

2011, s. 212). K důležitým vlastnostem dotazníků, které se užívají k měření kvality života, patří:

- Spolehlivost – spolehlivý nástroj je takový, který měří daný fenomén konzistentně a opakovaně. Spolehlivost narůstá s počtem kladených dotazů.
- Validita – Validní dotazník se pozná tak, že hodnotí to, co je od něj očekáváno. Při procesu validizace dotazníků se vyhodnocuje externí a interní validita.
- Přesnost – přesný dotazník dokáže najít rozdíly mezi jednotlivými respondenty.
- Vnímavost – tato schopnost je u dotazníku důležitá proto, aby dokázal najít rozdíly v kvalitě života u daného člověka a to jak u zhoršení, tak i zlepšení.
- Citlivost – tato vlastnost dotazníku je obzvláště důležitá při klinických studiích. Citlivost je schopnost dotazníku najít rozdíly v kvalitě života mezi jednotlivými respondenty, či skupinami respondentů

(Slováček, Slováčková, 2012, s. 15).

Zjišťování kvality života u starších dospělých může sloužit dle Mareše především k pěti účelům a to:

- Umožňuje posoudit kvalitu systému zdravotní péče a také účelnost a efektivitu zdravotnických intervencí.
- Napomáhá při rozhodování v klinické praxi u pacientů v určité věkové skupině.
- Umožňuje posoudit jaký je dopad environmentálních a sociálních intervencí na kvalitu života starších dospělých.

- Umožňuje porozumět tomu, jaké jsou příčiny a důsledky jednotlivých rozdílů při zjišťování kvality života.
- Napomáhá při odhadování potřeb, které má daná populační skupina.

(Mareš, 2014, s. 24). Krčmářová uvádí, že z dosavadních poznatků a zkušeností, které pocházejí ze zjišťování kvality života u starších dospělých lze vyvodit několik bodů:

- I když je kvalita života považována za subjektivní pojem, přesto je většina nástrojů, které byly zkonstruovány k jejímu měření, vytvořena na základě vyjádření a odborných názorů expertů v oboru.
- Existují tři hlavní metody, které se užívají při měření kvality života starších dospělých. Těmito metodami jsou: hodnocení kvality života na základě uskutečněného pozorování, dále prostřednictvím strukturovaného rozhovoru. Poslední metodou je hodnocení kvality života pomocí dotazníku, který může vyplňovat jiná osoba. Nejčastěji užívanou metodou je měření kvality života pomocí dotazníků a to jak strukturovaných nebo polostrukturovaných rozhovorů, přičemž přímý rozhovor se starším dospělým člověkem umožňuje mnohem bližší prozkoumání toho, co si on sám představuje pod pojmem kvalita života.
- Neustále se zvyšující podíl starších osob v populaci, stále vzrůstající očekávání o prožití kvalitního života, zvyšující se nároky na sociální péči a udržení dobrého zdraví vedly k nárůstu mezinárodního zájmu o neustálé zlepšování kvality života a taktéž o neustálé zkvalitňování způsobů jejího zjišťování.

Kromě uvedeného autorka upozorňuje i na další skutečnosti, které je třeba zohlednit při měření kvality života. Jedná se především o fakt, že kvalita života je dynamickým konstruktem, který má navíc jistou míru mezikulturní a interpersonální variability, která se navíc v průběhu určitých životních etap člověka mění. V závislosti na těchto změnách se i odlišuje míra relevance a důležitosti jednotlivých oblastí, které se měří při zjišťování kvality života (Kačmárová, 2013, s. 45). Přes všechny problémy, které mohou vznikat při zjišťování kvality života, je studium kvality života fenomén, který je v současné době nedílnou součástí celé řady vědních disciplín včetně ošetřovatelství (Moravcová, Mareš, 2011, s. 435).

2.1.1 WHOQOL-BREF

Na počátku 90. let zahájila svou činnost na základě podnětu, který dala Světová zdravotnická organizace, mezinárodní pracovní skupina World Health Organization Quality of Life (Ondrušová, 2009, s. 37). Tato pracovní skupina měla za úkol vyvinout dotazníky určené k měření kvality života u starších dospělých (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 10-11). Pracovní skupina byla složena z patnácti zástupců z výzkumných center z celého světa (Ondrušová, 2009, s. 37). Ve všech zúčastněných zemích proběhl sběr dat za pomoci kvalitativní metody focus group. Skupinové rozhovory, na jejichž základě byl získán materiál k vytváření položek budoucího instrumentu (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 145). Nejprve byl vytvořen instrument s názvem WHOQOL-100, který obsahoval sto

položek. Tento dotazník se skládal z šesti oblastí a to: fyzické zdraví, prostředí, prožívání, mezilidské vztahy, nezávislost, spiritualita a dále byl členěn na dvacet čtyři podoblastí (Ondrušová, 2009, s. 37). Ověřovací studie a potřeby klinické praxe měly za následek vytvoření zkrácené verze tohoto dotazníku (Skevington, Lotfy, O`Connell, 2004, s. 300). Nově vytvořený dotazník s názvem WHOQOL-BREF, který obsahuje čtyři oblasti a to: fyzické zdraví, sociální vztahy, prožívání, prostředí a dvacet šest položek (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 11). Dragomirecká s Bartoňovou uvádějí, že WHOQOL-BREF je kvalitním měřícím nástrojem, který odpovídá současným požadavkům kladeným na instrumenty určené k odbornému měření kvality života. Tento dotazník je možno použít v různých kulturách, zaznamenává subjektivní pohled respondenta a pokrývá nejrůznější oblasti života. Dotazník vyplňuje respondent samostatně, pouze v nezbytně nutných případech se může dotazník WHOQOL-BREF vyplnit formou standardizovaného rozhovoru. Vyplnění tohoto standardizovaného dotazníku trvá přibližně pět až deset minut (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 145, 148). V České republice se Psychiatrické centrum v Praze od poloviny 90. let zabývá validizací instrumentů k zjišťování kvality života a měřením kvality života (Ondrušová, 2009, s. 38).

Domény a položky WHOQO-BREF:

- Doména 1 – **Fyzické zdraví**: Bolest a nepříjemné pocity, závislost na lékařské péči, energie a únava, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti, pracovní výkonnost.

- Doména 2 – **Prožívání**: Potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou, negativní pocity.
- Doména 3 – **Sociální vztahy**: Osobní vztahy, sexuální život, podpora přátel.
- Doména 4 – **Prostředí**: Osobní bezpečí, životní prostředí, finanční situace, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče, doprava.
- Samostatné položky – Kvality života, spokojenost se zdravím (Dragomirecká, Prajsová, 2006, s. 145).

2.1.2 WHOQOL-OLD

Vzhledem k tomu, že se nedá kvalita života seniorů posuzovat podle délky života, existují k měření kvality života nejrůznější výzkumné metody. Mezi tyto postupy patří i kvantitativní dotazníková metoda. Jedním z dotazníků, který se zabývá měřením kvality života u seniorů je WHOQOL-OLD (Kačmárová, 2013, s. 44-46). Tento dotazník se nedá použít jako samostatný nástroj k hodnocení kvality života, ale slouží jako dodatečný instrument k dotazníkům WHOQOL-BREF a WHOQOL-100 (Ondrušová, 2009, s. 38). V roce 2001 se začaly vznikat úvahy, zda dosavadní instrumenty WHO jsou vhodné i pro starší respondenty. Z tohoto důvodu zahájila pracovní skupina WHO práci na projektu WHOQOL-OLD (Kačmárová, 2013, s. 46). Tohoto mezinárodního projektu se zúčastnilo dvacet tři mezinárodních výzkumných center ze čtyř kontinentů v letech 2001 – 2004 (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 11). Tohoto projektu se účastnilo i výzkumné centrum

z České republiky, konkrétně pracovní skupina z Psychiatrického centra v Praze. V dotazníku WHOQOL-OLD se vyhodnocuje šest oblastí, které jsou důležité pro starší dospělé, jsou to oblasti: nezávislost, fungování smyslů, sociální zapojení, naplnění, postoj ke smrti a intimita (Ondrušová, 2009, s. 38). Tento dotazník je mezinárodně využíván k měření kvality života u starších dospělých. Byl například použit v Japonsku, když autoři Sewo Sampaio, Ito, Carvalho Sampaio zkoumali rozdíly v kvalitě života u starších dospělých, kteří žijí ve městech se seniory žijícími na venkově. Výsledky z této studie ukazují, že senioři, kteří žijí na venkově, považují svou kvalitu života za nižší ve většině domén, než senioři žijící ve městech (Sewo Sampaio, Ito, Carvalho Sampaio, 2013, s. 51). V Japonsku využili tohoto dotazníku také k měření kvality života ve stáří v souvislosti s určitými aktivitami, které senioři vykonávají. Jako nejdůležitější činnost, která nejvíce ovlivňuje kvalitu života u japonských seniorů, se ukázala pohybová aktivita. Dalšími aktivitami příznivě působícími na kvalitu života se ukázaly jako umělecká činnost, čtení a psaní (Sewo Sampaio, Ito, 2013, s. 1). Další zemí, kde byl tento dotazník použit, je Brazílie. Tam se autoři Porto, Guedes, Fernandes, Reichert zaměřili na zjišťování kvality života u seniorů v souvislosti s pohybovou aktivitou. Výsledkem bylo, že senioři, kteří mají pravidelnou pohybovou aktivitu, vnímají svou kvalitu života lépe a to bez rozdílu pohlaví (Porto, Guedes, Fernandes, Reichert, 2012, s. 33).

Domény a položky WHOQO-OLD:

- Doména 1 – **Fungování smyslů**: Vliv na každodenní život, vliv na činnost, vliv na komunikaci, hodnocení smyslů.

- Doména 2 – **Nezávislost**: Svobodné rozhodování, rozhodování budoucnosti, ostatní respektují svobodu rozhodování, věnovat se tomu, co mě těší.
- Doména 3 – **Naplnění**: Možnosti něčeho dosáhnout, zasloužené uznání, povídat si o minulosti, na něco se těšit, přínos společnosti, spokojenost s dosaženým.
- Doména 4 – **Sociální zapojení**: Izolace, dostatečně chodit ven, dostatek činností, spokojenost s trávením času, spokojenost s aktivností, zapojení do místního dění, smysluplnost činností.
- Doména 5 – **Blízké vztahy**: Sdílení myšlenek, přátelství, láska, příležitost někoho milovat, fyzická blízkost, míra důvěrnosti, být milován.
- Doména 6 – **Postoj k smrti**: Strach ze smrti blízkých, strach jak zemřu, strach ze ztráty kontroly, strach z umírání, strach z bolesti

(Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 16).

3 NAPLNĚNÍ A SOCIÁLNÍ ZAPOJENÍ STARŠÍCH DOSPĚLÝCH

3.1 Pocit naplnění

Pocit naplnění, sebeúcta a spokojenost se životem jsou důležitými subjektivními faktory, které ovlivňují kvalitu života u seniorů (Virgulová, Schedová, 2013, s. 36). Fialová uvádí, že mezi velmi důležité potřeby v oblasti psychiky patří u starších dospělých potřeba sounáležitosti a potřeba seberealizace. Naplnění těchto potřeb ovšem komplikuje celá řada činitelů, které přicházejí s přibývajícím věkem. Patří k nim například odchod do starobního důchodu, ztráta partnera, či jiné blízké osoby, velká vzdálenost mezi seniorem a jeho dětmi, nebo jinými příbuznými (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 63). K faktorům, které významně ovlivňují pocit naplnění u starších dospělých, spadá také spokojenost s dosažením osobních cílů, s dostatečným využitím svého potenciálu a také dosažení seberealizace ve společnosti (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 15). Nezanedbatelným činitelem, který se podílí na celkové životní spokojenosti u starších dospělých, je i samotná osobnost člověka. Záleží na jeho subjektivním vnímání jeho vlastního zdraví a především na jeho životních postojích, které si utvářel po celý svůj život (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 62). Dalším z faktorů, který do jisté míry ovlivňuje pocit naplnění u seniorů, je pohybová aktivita, která je ve vyšším věku vnímána jako důležitý činitel, který ovlivňuje člověka v mnoha oblastech vnímání kvality života (Mudrák, Slepíčka, Elavsky, 2012, s. 262). Bylo zjištěno, že pohybová aktivita u starších dospělých významně ovlivňuje vznik psychických problémů (Fialová, Vlastníková, Faktorová, 2013, s. 16), jako jsou např. deprese a úzkost (Mudrák,

Slepička, Elavsky, 2012, s. 262). Autoři Mudrák, Slepička a Slepičková uvádějí, že sportovní aktivity u starších dospělých přinášejí významné obohacení prožitkové sféry (Mudrák, Slepička, Slepičková, 2014, s. 51). Ovšem s narůstajícím věkem roste u starších dospělých riziko vzniku disability, geriatrické křehkosti a syndromu hypomobility. Všechny tyto faktory pak mohou mít za následek omezení pohybových aktivit či dokonce nemožnost jakékoliv pohybové aktivity vykonávat (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Holmerová, Weber, 2008, s. 113-117, 145-148).

3.2 Sociální zapojení

Důležitým faktorem, který ovlivňuje u seniorů kvalitu života, je jejich schopnost a možnost sociálního zapojení. (Mudrák, Slepička, Elavsky, 2012, s. 262). Každý člověk v průběhu svého života prochází neopakovatelným a individuálně prožívaným obdobím zvaným stárnutí. V průběhu stárnutí se u staršího dospělého začínou dříve či později objevovat značné změny a to jak v oblasti biologické tak i psychické. Tyto změny se mohou projevit změnou chování staršího dospělého, změněnou intenzitou emocí, zhoršenou schopností adaptovat se na nové životní podmínky a situace. Tyto aspekty mohou vést ke zvýšené ostražitosti, úzkosti, pocitu nejistoty a strachu. Následkem pak může být až strach ze setkávání s jinými lidmi (Klevetová, Dlabalová, 2008 s. 23-24). Faktory jako je snížená fyzická výkonnost, zhoršený zdravotní stav, involuční změny v oblasti zraku a sluchu a poruchy paměti mohou vyvolat zhoršenou komunikaci se sociálním okolím, tím pádem i pocity izolace, frustrace a emoční nestabilitu (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 63). Jednou z možností jak zlepšit paměť

a fyzickou výkonnost a tím pádem předcházet pocitům frustrace a následné izolaci starších dospělých je metoda kombinovaného tréninku, kdy dochází k pravidelnému trénování paměti a tělesnému cvičení. Podle studie, kterou uskutečnili Preiss, Waidingerová a Steinová může být kombinovaný trénink kondičního cvičení a paměti efektivním nástrojem k subjektivnímu zlepšování kvality života (Preiss, Waidingerová, Steinová, 2012, s. 4-5, 7). Starší dospělí mají potřebu bezpečí jistoty a stability, touží po důvěře a spolehlivosti (Motlová, 2007, s. 345). Důležitou položkou sociálního zapojení je fyzická aktivita seniorů, která významným způsobem přispívá k vyšší kvalitě života dospělých ve vyšším věku. Bylo zjištěno, že senioři, kteří jsou fyzicky aktivní, jsou mnohem lépe adaptabilní a mají lepší zdravotní stav, než senioři kteří fyzicky aktivní být nemohou, nebo se jakékoli fyzické aktivitě vyhýbají (Mudrák, Slepíčka, Elavsky, 2012, s. 262). Fialová společně s Vlastníkovou ve své studii uvádějí, že na základě výsledků, které jim vyšly, mohou potvrdit existenci vztahu mezi pohybovou aktivitou a jejím příznivým vlivem na subjektivní vnímání vlastního zdraví a tím i na kvalitu života. Z výsledků dosažených touto studií se dá také odvodit pozitivní vztah mezi skupinovou pohybovou aktivitou vykonávanou v pravidelných intervalech a vyšší mírou zapojení se seniorů do společenského života. Senioři, kteří se pravidelně setkávají na pohybových aktivitách, následně častěji aktivně vyhledávají i další společenské aktivity ve svém okolí (Fialová, Vlastníková, 2013, s. 65). Významným faktorem, který ve velké míře má vliv na sociální zapojení starších dospělých je bolest, která významným způsobem a to svou přítomností nebo absencí všechny oblasti života starších dospělých. Zejména má přítomnost bolesti významný vliv na oblast fyzickou a psychickou. Bolest u starších dospělých negativně

ovlivňuje vykonávání běžných denních aktivit, emoční ladění, způsobuje poruchy soustředění a psychickou nepohodu (Kožuchová, 2012, s. 448). Z výzkumu, který provedla Motlová, vyplývá, že významnou roli v sociálním zapojení u starších dospělých hraje odchod ze svého bydliště do domova důchodců nebo do penzionu pro seniory. Třetím nejčastěji udávaným důvodem starších dospělých pro vstup do domova důchodců, nebo penzionu pro seniory byla osamělost. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 48 % obyvatel těchto zařízení po nástupu ztratilo kontakt se svými přáteli a blízkými osobami, 14 % má kontakt se svými známými jen několikrát ročně, pouze 25 % je s nimi stále v kontaktu několikrát v měsíci a jen 13 % dotázaných udržuje kontakty se svými blízkými přáteli a vrstevníky několikrát do týdne. Z toho výsledku se dá odvodit smutný fakt, že i přesto že starší dospělí lidé vstupovali do těchto zařízení z důvodu osamělosti, při pobytu v nich téměř polovina přišla o své stávající kontakty (Motlová, 2007, s. 348-352).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

4.1 Úvod

Druhou částí diplomové práce je část výzkumná. Ve výzkumné části jsou zpracována a interpretována data získaná od respondentů z dotazníkového šetření.

Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

4.2 Cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit subjektivní kvalitu života starších dospělých v domácí péči.

Dílčí cíle diplomové práce:

Cíl 1: Zjistit jak vnímají svou kvalitu života klienti domácí péče v souvislosti s věkem v doménách fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí.

Cíl 2: Zjistit kvalitu života klientů domácí péče vztahující se k oblasti sociálního zapojení v souvislosti s místem bydliště.

Cíl 3: Zjistit kvalitu života klientů domácí péče vztahující se k oblasti naplnění a prožívání v souvislosti s pohlavím.

Stanovené hypotézy k jednotlivým cílům:

Statistické hypotézy k cíli 1:

H₀₁ – Neexistuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně fyzické zdraví.

H_{A1} – Existuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně fyzické zdraví.

H₀₂ – Neexistuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prožívání.

H_{A2} – Existuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prožívání.

H₀₃ – Neexistuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy.

H_{A3} – Existuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy.

H₀₄ – Neexistuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prostředí.

H_{A4} – Existuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prostředí.

Statistické hypotézy k cíli 2:

H₀₅ – Neexistuje závislost mezi **místem bydliště** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně sociální zapojení.

H_{A5} – Existuje závislost mezi **místem bydliště** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně sociální zapojení.

Statistické hypotézy k cíli 3:

H₀₆ – Neexistuje závislost mezi **pohlavím** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně naplnění.

H_{A6} – Existuje závislost mezi **pohlavím** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně naplnění.

H₀₇ – Neexistuje závislost mezi **pohlavím** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prožívání.

H_{A7} – Existuje závislost mezi **pohlavím** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prožívání.

4.3 Metodika šetření

4.3.1 Technika sběru dat

Pro realizaci šetření byl zvolen kvantitativní přístup. Jako technika sběru dat byl použit standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života u starších dospělých.

4.3.2 Měřicí nástroj

Jako nástroj k měření kvality života u starších dospělých byl použit standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. Oficiální česká verze těchto dotazníků, pro výzkumné šetření v této diplomové práci, byla poskytnuta českým centrem WHOQOL v Praze.

4.3.3 Soubor respondentů

Minimální cílový počet respondentů byl 120. Distribuováno bylo celkem 200 kusů dotazníků. Návratnost dotazníků činila 60,5 %, Celkem se vrátilo 121 dotazníků. Cílovou skupinou respondentů byli klienti agentur domácí péče ve Zlínském kraji nad padesát let, kteří souhlasili se svou anonymní účastí ve výzkumném šetření.

Respondenti byli osloveni na základě souhlasu vedoucích pracovníků v agenturách domácí péče s realizací výzkumného šetření. Při výběru výzkumného souboru se jednalo o dostupný výběr, který byl podmíněn místem a ochotou organizace spolupracovat na výzkumném šetření.

4.3.4 Technika sběru dat

Respondenti měli dvě možnosti při vyplňování dotazníků. První možností bylo samostatné vyplnění dotazníku. Druhou možností byla dopomoc při vyplňování. Většina respondentů si vybralo možnost samostatného vyplnění dotazníku.

4.3.5 Předvýzkum

Při realizaci předvýzkumu bylo osloveno 20 respondentů. Cílem předvýzkumu bylo ověřit srozumitelnost dotazníku staršími dospělými klienty agentur domácí péče. Na základě provedeného předvýzkumu nebyly shledány žádné problémy při vyplňování tohoto standardizovaného dotazníku. Respondenti, kteří se zúčastnili předvýzkumu, považovali jednotlivé položky dotazníku za srozumitelné.

4.4 Metody statistického zpracování

Data z dotazníkového šetření byla uložena v programu MS Excel. K popisu demografických údajů byly použity vhodné základní popisné statistiky, věk byl popsán pomocí mediánu, minimální a maximální hodnoty, průměrné hodnoty a směrodatné odchylky, kategoriální znaky byly popsány pomocí distribuce absolutních a relativních četností.

Jednotlivé položky dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku WHOQOL-OLD byly popsány pomocí distribuce odpovědí na Lickertově ordinální škále 1-5, kde číslo 5 znamená nejvyšší hodnocení kvality života v dané oblasti (kromě otázek 3,4 a 26 dotazníku BREF, kde je hodnotící škála obrácená). Pro každou položku byla vypočtena průměrná hodnota, směrodatná odchylka, medián hodnot, minimální a maximální hodnota. Dále byly vypočítány hrubé skóry všech domén dotazníku BREF (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a hrubé skóry domén naplnění a sociální vztahy dotazníku OLD. Hrubé skóry domén dotazníku BREF byly transformovány na škálu od 4 do 20. K vytvoření hrubých skórů domén a jejich transformaci byla použita metodika popsána v Příručce pro uživatele české verze dotazníku (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 23–26).

4.4.1 Testování hypotéz

Rozdělení hodnot hrubého skóre domén kvality života dotazníku BREF a vybraných domén kvality života dotazníku OLD bylo nejdříve testováno na normální rozdělení pomocí testu Kolmogorov-Smirnov, resp. testu Shapiro-Wilk pro menší počet hodnot ($n < 100$). Vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot hrubého skóre domén byly pro testování hypotéz použity neparametrické testy, s výjimkou hypotézy H_{07} , která byla ověřována pomocí parametrického Studentova t-testu.

Neparametrická Spearmanova korelační analýza byla použita k posouzení závislosti mezi kvalitou života a věkem klientů domácí péče (hypotézy H_{01} , H_{02} , H_{03} a H_{04}). Kruskal-Wallisův test byl použit k posouzení závislosti mezi kvalitou života (doména sociální zapojení) a lokalitou bydliště (hypotéza H_{05}). Mann-Whitney U test byl použit k posouzení závislosti mezi kvalitou života (doména

naplnění) a pohlavím klientů (hypotéza H_06) a Studentův dvouvýběrový t-test byl použit k posouzení závislosti mezi kvalitou života (doména prožívání) a pohlavím klientů (hypotéza H_07).

Všechny testy byly dělány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$; tj. nulová hypotéza byla zamítnuta v případě, kdy přesně vypočítaná hladina signifikance testu $p < 0,05$. K ověření platnosti hypotéz byl použit statistický program SPSS verze 15 (SPSS Inc., USA).

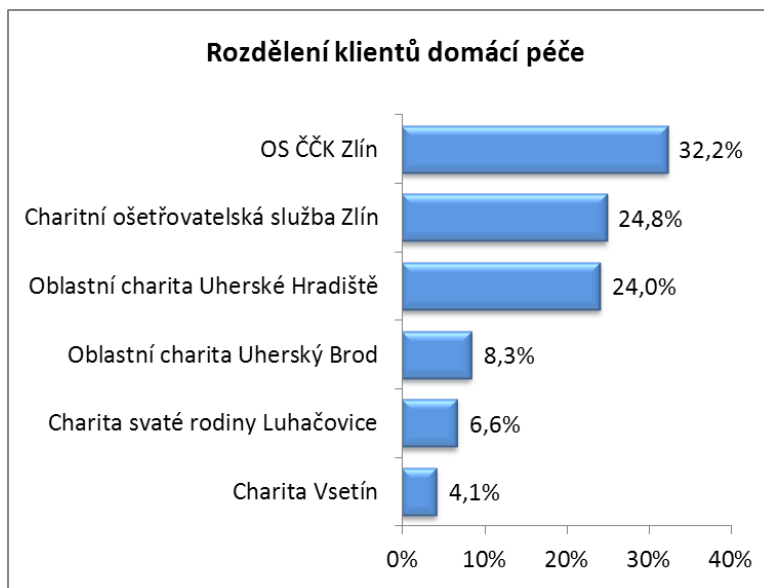
5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

5.1 Základní demografický popis sledovaného souboru

Soubor tvořilo celkem 121 respondentů, klientů domácí péče. Všichni klienti pocházeli ze Zlínského kraje, z celkem 6 zařízení. Nejvyšší počet klientů domácí péče (39 klientů, 32,2 %) pocházelo z Oblastního spolku Českého červeného kříže (OS ČČK) Zlín. 30 klientů (24,8 %) pocházelo z Charitní ošetřovatelské služby Zlín. 29 klientů (24,0 %) pocházelo z Oblastní charity Uherské Hradiště, 10 klientů (8,3 %) pocházelo z Oblastní charity Uherský Brod, 8 klientů (6,6 %) z Charity svaté rodiny Luhačovice a nejméně, tj. 5 klientů (4,1 %) bylo z Charity Vsetín. Rozdělení klientů podle jednotlivých zařízení zobrazuje Tabulka 1 a Graf 1.

Tabulka 1 - Rozdělení klientů domácí péče podle jednotlivých zařízení

<i>Zařízení</i>	Počet (%) klientů
OS ČČK Zlín	39 (32,2 %)
Charitní ošetřovatelská služba Zlín	30 (24,8 %)
Oblastní charita Uherské Hradiště, Domácí zdravotní péče	29 (24,0 %)
Oblastní charita Uherský Brod, charitní ošetřovatelská služba	10 (8,3 %)
Charita svaté rodiny Luhačovice, Charitní ošetřovatelská služba	8 (6,6 %)
Charita Vsetín, Charitní ošetřovatelská služba	5 (4,1 %)



Graf 1 - Rozdělení klientů domácí péče podle jednotlivých zařízení

Medián věku klientů domácí péče byl 79 let, minimální věk 50 let a maximální věk 93 let. Průměrný věk klientů byl 77,7 let.

V souboru bylo větší zastoupení žen, 77 žen (63,6 %). Medián věku žen byl 79 let, minimum 52 let a maximum 93 let. Průměrný věk žen byl 78,2 let. Medián věku mužů byl 77 let, minimum 50 let a maximum 93 let. Průměrný věk mužů byl 76,7 let.

Více než třetina klientů měla základní vzdělání (43 klientů, 35,5 %). Vyučených bylo 39 klientů (32,2 %). Středoškolské vzdělání mělo 31 klientů (25,6 %) a vysokoškolské vzdělání 8 klientů (6,6 %).

Téměř polovina klientů byla ovdovělá (55 klientů, 45,5 %). S partnerem žilo 50 klientů (41,3 %), rozvedených klientů bylo 11 (9,1 %) a 5 klientů (4,1 %) bylo svobodných.

Co se týká sociální situace, téměř polovina klientů (51 klientů, 42,1 %) uvedla, že bydlí sama. 45 klientů (37,2 %) uvedlo, že bydlí

společně s partnerem a 25 klientů (20,7 %) uvedlo, že bydlí s příbuznými.

Nejčastěji uvedeným typem bydliště byl rodinný dům (58 klientů, 49,7 %), v bytě bydlelo 48 klientů (39,7 %) a v penzionu pro seniory 15 klientů (12,4 %).

Podle lokality bydliště byli klienti rozděleni rovnoměrně, na vesnici bydlelo 42 klientů (34,7 %), ve městě bydlelo 40 klientů (33,1 %) a v krajském městě bydlelo 39 klientů (32,2 %). Všechny demografické údaje shrnuje Tabulka 2.

Tabulka 2 – Demografické údaje souboru klientů domácí péče

	Popisné charakteristiky
Pohlaví (muži/ ženy)	44/ 77 (36,4 % / 63,6 %)
Věk (roky)	77,7 ± 8,9 79,0 (50 - 93)
Vzdělání	
základní	43 (35,5 %)
vyučen	39 (32,2 %)
středoškolské	31 (25,6 %)
vysokoškolské	8 (6,6 %)
Rodinný stav	
Vdaná / ženatý	50 (41,3 %)
rozvedená / rozvedený	11 (9,1 %)
vdova / vdovec	55 (45,5 %)
Svobodná/ svobodný	5 (4,1 %)
Sociální situace	
Bydlím s příbuznými	25 (20,7 %)

Bydlím společně s partnerem	45 (37,2 %)
Bydlím sám	51 (42,1 %)
Typ bydliště	
Byt	48 (39,7 %)
Penzion pro seniory	15 (12,4 %)
Rodinný dům	58 (49,7 %)
Lokalita bydliště	
Krajské město	39 (32,2 %)
Město	40 (33,1 %)
Vesnice	42 (34,7 %)

K popisu věku klientů je použit průměr \pm SD, medián (minimum-maximum), SD ... směrodatná odchylka

5.2 Popisná statistika – standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-BREF

Kvalita života klientů domácí péče

Dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF má celkem 24 položek, které tvoří čtyři domény (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a dvě samostatné položky, které hodnotí celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím.

Podle samostatné položky hodnotící celkovou kvalitu života, hodnotilo kvalitu svého života jako dobrou nebo velmi dobrou 43% klientů, jako špatnou nebo velmi špatnou hodnotilo kvalitu života 21% klientů. Podle 36% klientů není kvalita jejich života ani špatná ani dobrá. Podle samostatné položky hodnotící spokojenost se zdravím, je se svým zdravím spokojeno nebo velmi spokojeno 23% klientů, nespokojeno nebo velmi nespokojeno 34% klientů.

Nejvíce klientů (43 % klientů) odpovědělo, že se svým zdravím nejsou ani spokojeni ani nespokojeni.

Procentuální distribuce odpovědí na jednotlivé položky dotazníku WHOQOL-BREF je popsána v následujících tabulkách.

Samostatné otázky dotazníku Q1, Q2

		velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
Q1	kvalita života	4 %	17 %	36 %	38 %	5 %

		velmi nespokojen a	nespokojen a	ani spokojena ani nespokojena	Spokojena	velmi spokojena
Q2	spokojenost se zdravím	6 %	28 %	43 %	22 %	1 %

Otázka Q3-Q9

		vůbec ne	trochu	středně	Hodně	maximálně
Q3	bolest a nepříjemné pocity	5 %	23 %	36 %	33 %	2 %
Q4	závislost na lékařské péči	3 %	23 %	36 %	31 %	7 %
Q5	potěšení ze života	2 %	25 %	37 %	29 %	7 %
Q6	smysl života	5 %	25 %	35 %	30 %	6 %
Q7	soustředění	3 %	28 %	48 %	17 %	4 %
Q8	osobní bezpečí	2 %	21 %	55 %	16 %	7 %
Q9	životní prostředí	0 %	10 %	43 %	36 %	11 %

Otázka Q10-Q14

		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
Q10	energie a únava	7 %	34 %	30 %	26 %	4 %
Q11	přijetí tělesného vzhledu	2 %	21 %	45 %	26 %	6 %
Q12	finanční situace	8 %	24 %	36 %	26 %	6 %
Q13	přístup k informacím	0 %	17 %	34 %	45 %	5 %
Q14	záliby	12 %	27 %	31 %	25 %	6 %

Otázka Q15

		velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
Q15	pohyblivost	13 %	24 %	40 %	21 %	2 %

Otázka Q16-Q25

		velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena
Q16	spánek	4 %	27 %	30 %	32 %	7 %
Q17	každodenní činnosti	7 %	26 %	44 %	21 %	2 %
Q18	pracovní výkonnost	15 %	31 %	35 %	17 %	2 %
Q19	spokojenost se sebou	7 %	21 %	44 %	24 %	3 %
Q20	osobní vztahy	2 %	14 %	41 %	36 %	7 %
Q21	sexuální život	48 %	13 %	31 %	6 %	2 %
Q22	podpora přátel	0 %	7 %	44 %	42 %	7 %
Q23	prostředí v okolí bydliště	0 %	14 %	33 %	44 %	9 %
Q24	dostupnost zdravotní péče	1 %	8 %	32 %	50 %	9 %
Q25	doprava	2 %	19 %	43 %	29 %	7 %

Otázka Q26

		nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
Q26	negativní pocity	8 %	39 %	39 %	13 %	1 %

Základní popisné charakteristiky skóre jednotlivých položek a charakteristiky skóre čtyř domén dotazníku WHOQOL-BREF pro soubor klientů domácí péče jsou uvedeny v Tabulce 3. Rozpětí

škály

u jednotlivých otázek je 1-5, rozpětí skóre u domén je 4-20. Vyšší skóre znamená vyšší kvalitu života.

Tabulka 3 - Průměrné skóre a mediány položek a domén dotazníku WHOQOL-BREF

		Průměr ± SD	medián	min	max
Q1	kvalita života	3,22 ± 0,93	3	1	5
Q2	spokojenost se zdravím	2,84 ± 0,86	3	1	5
Q3	bolest a nepříjemné pocity	3,04 ± 0,92	3	1	5
Q4	závislost na lékařské péči	3,15 ± 0,97	3	1	5
Q5	potěšení ze života	3,12 ± 0,94	3	1	5
Q6	smysl života	3,06 ± 0,98	3	1	5
Q7	soustředění	2,90 ± 0,86	3	1	5
Q8	osobní bezpečí	3,06 ± 0,85	3	1	5
Q9	životní prostředí	3,47 ± 0,81	3	2	5
Q10	energie a únava	2,86 ± 1,00	3	1	5
Q11	přijetí tělesného vzhledu	3,13 ± 0,87	3	1	5
Q12	finanční situace	2,97 ± 1,03	3	1	5
Q13	přístup k informacím	3,38 ± 0,81	3	2	5
Q14	záliby	2,85 ± 1,09	3	1	5
Q15	pohyblivost	2,73 ± 0,98	3	1	5
Q16	spánek	3,09 ± 1,01	3	1	5
Q17	každodenní činnosti	2,84 ± 0,90	3	1	5
Q18	pracovní výkonnost	2,61 ± 1,01	3	1	5
Q19	spokojenost se sebou	2,94 ± 0,94	3	1	5
Q20	osobní vztahy	3,33 ± 0,86	3	1	5
Q21	sexuální život	2,00 ± 1,08	2	1	5
Q22	podpora přátel	3,50 ± 0,73	3	2	5

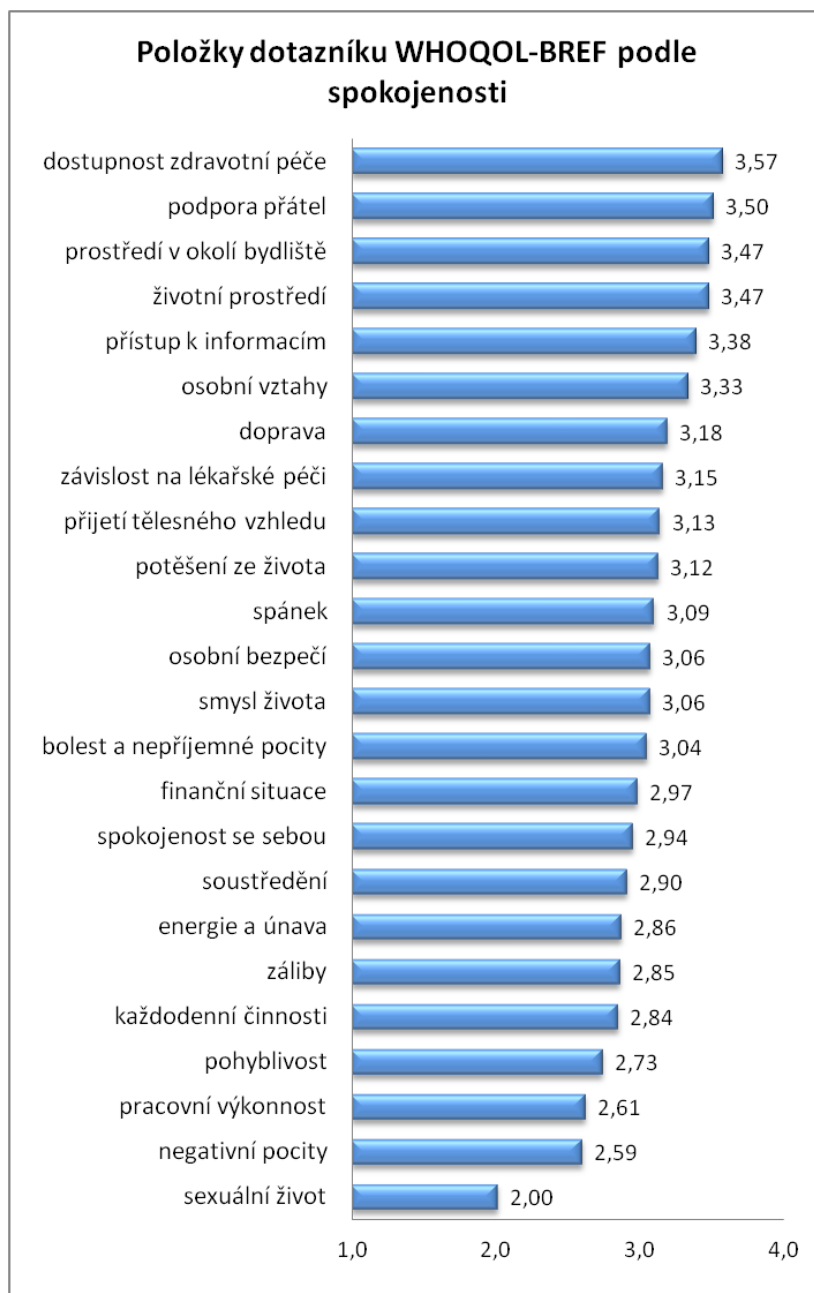
Q23	prostředí v okolí bydliště	3,47 ± 0,84	4	2	5
Q24	dostupnost zdravotní péče	3,57 ± 0,80	4	1	5
Q25	doprava	3,18 ± 0,90	3	1	5
Q26	negativní pocity	2,59 ± 0,85	3	1	5
doména 1	fyzické zdraví	11,4 ± 2,9	11,4	5	18
doména 2	prožívání	12,4 ± 2,7	12,0	5	20
doména 3	sociální vztahy	11,8 ± 2,4	12,0	5	20
doména 4	prostředí	13,0 ± 2,4	13,5	6	19

SD ... směrodatná odchylka, u otázek Q3, Q4 a Q26 byla (podle metodiky) otočena škála odpovědí.

Nejnižší spokojenost, tj. nejnižší průměrné hodnoty škály, byly zjištěny u samostatné otázky Q21 „sexuální život“ (průměr 2,00), dále u položky Q26 „negativní pocity“ (průměr 2,59) a u položky Q18 „pracovní výkonnost“ (průměr 2,61).

Nejvyšší spokojenost, tj. nejvyšší průměrné hodnoty škály, byly zjištěny u položky Q24 „dostupnost zdravotní péče“ (průměr 3,57), u položky Q22 „podpora přátel“ (průměr 3,50) a u položky Q23 „prostředí v okolí bydliště“ (průměr 3,47).

Pořadí jednotlivých položek podle spokojenosti, od nevyšší spokojenosti po nejnižší, zobrazuje Graf 2.



Graf 2 – Položky dotazníku WHOQOL-BREF uspořádané od nejvyšší spokojenosti po nejnižší spokojenost

5.3 Popisná statistika – standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-OLD

Dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-OLD má celkem 24 položek, které tvoří šest domén (fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, blízké vztahy a postoj ke smrti). Pro účely ověřování platnosti definovaných hypotéz byly použity dvě domény – doména naplnění a doména sociální zapojení. Distribuci odpovědí na položky dotazníku WHOQOL-OLD, které tvoří doménu naplnění a doménu sociální zapojení, uvádí Tabulka 4.

Tabulka 4 - Procentuální distribuce odpovědí na jednotlivé položky dotazníku WHOQOL-OLD

		velmi nespokojen /a	nespokojen /a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
OLD12	možnosti něčeho dosáhnout	12 %	30 %	43 %	14 %	1 %
OLD13	zasloužené uznání	2 %	15 %	46 %	34 %	3 %
OLD14	dostatek činností	6 %	23 %	37 %	26 %	7 %
OLD15	spokojenost s dosaženým	0 %	10 %	41 %	46 %	3 %
OLD16	Spokojenost s trávením času	7 %	18 %	45 %	27 %	3 %
OLD17	spokojenost s aktivnostmi	6 %	31 %	40 %	21 %	2 %
OLD18	zapojení do místního dění	8 %	30 %	48 %	14 %	0 %
OLD19	na něco se těšit	2 %	14 %	49 %	32 %	3 %

Základní popisné charakteristiky skóre jednotlivých položek a charakteristiky skóre domény naplnění a domény sociální zapojení jsou uvedeny v Tabulce 5. Rozpětí škály u jednotlivých položek je 1-5, rozpětí skóre u domén je 4-20. Vyšší skóre znamená vyšší kvalitu života.

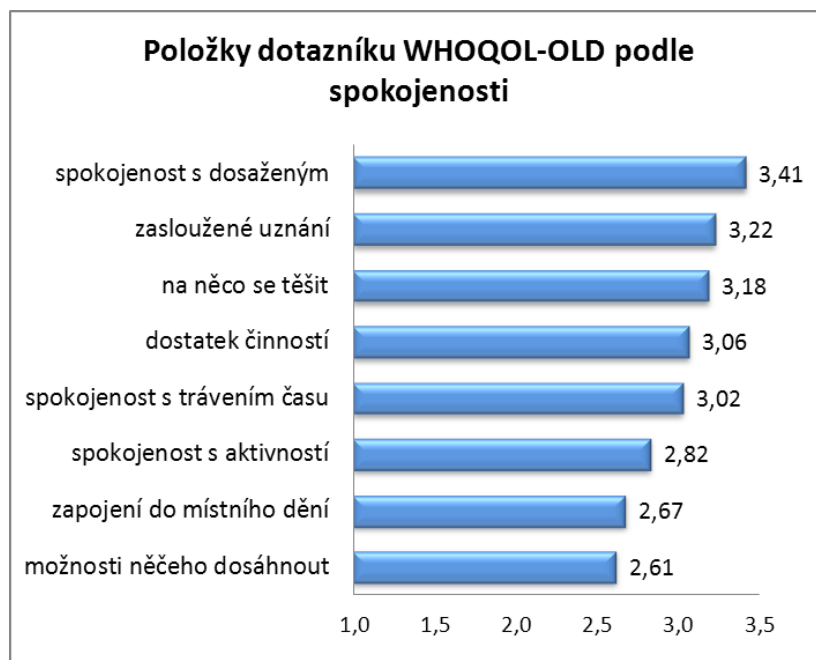
Tabulka 5 - Průměrné skóre položek a domén dotazníku WHOQOL-OLD

		Průměr ± SD	medián	min	max
OLD12	možnosti něčeho dosáhnout	2,61 ± 0,90	3	1	5
OLD13	zasloužené uznání	3,22 ± 0,80	3	1	5
OLD14	dostatek činností	3,06 ± 1,01	3	1	5
OLD15	spokojenost s dosaženým	3,41 ± 0,70	3	2	5
OLD16	spokojenost s trávením času	3,02 ± 0,92	3	1	5
OLD17	spokojenost s aktivností	2,82 ± 0,89	3	1	5
OLD18	zapojení do místního dění	2,67 ± 0,81	3	1	4
OLD19	na něco se těšit	3,18 ± 0,79	3	1	5
doména	naplnění	12,4 ± 2,2	13,0	7	20
doména	sociální zapojení	11,6 ± 3,0	12,0	4	18

Nejnižší spokojenost, tj. nejnížší průměrné hodnoty škály, byly zjištěny u otázky OLD12 „možnosti něčeho dosáhnout“ (průměr 2,61) a dále u položky OLD18 „zapojení do místního dění“ (průměr 2,67).

Nejvyšší spokojenost, tj. nejvyšší průměrné hodnoty škály, byly zjištěny u položek OLD15 „spokojenost s dosaženým“ (průměr 3,41) a u položky OLD13 „zasloužené uznání“ (průměr 3,22).

Pořadí jednotlivých položek podle spokojenosti, od nevyšší spokojenosti po nejnižší, zobrazuje Graf 3.



Graf 3 - Položky dotazníku WHOQOL-OLD uspořádané od nejvyšší spokojenosti po nejnižší spokojenost

5.4 Ověření platnosti hypotéz

Cíl 1: Zjistit jak vnímají svou kvalitu života klienti domácí péče v souvislosti s věkem v doménách fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí.

Statistické hypotézy k cíli 1:

H₀₁ – Neexistuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně fyzické zdraví.

H_{A1} – Existuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně fyzické zdraví.

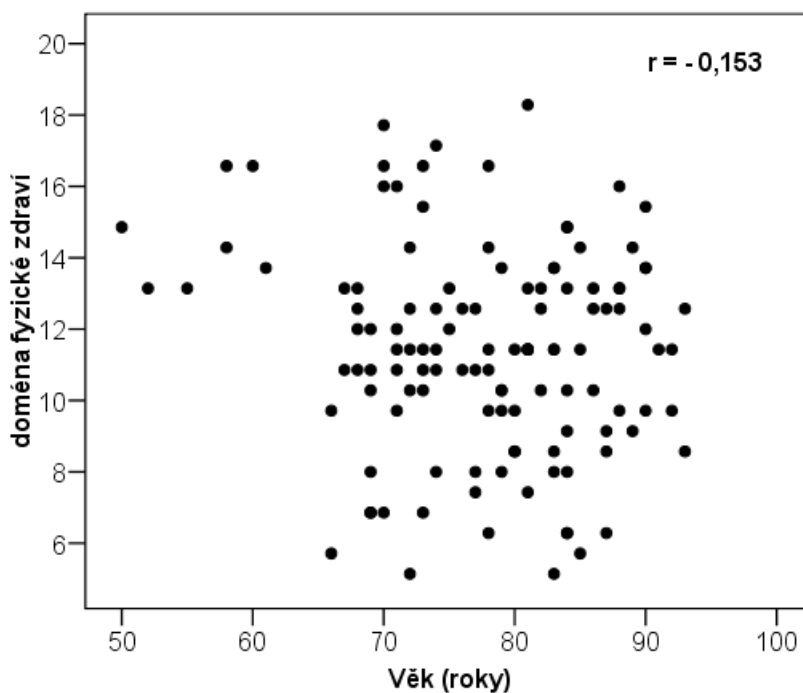
Ověření platnosti hypotézy

Pro ověření platnosti hypotézy H_{01} byla použita neparametrická Spearmanova korelační analýza. Věk klientů domácí péče byl korelován s hodnotami skóre v doméně fyzické zdraví, byla vypočítána hodnota Spearmanova korelačního koeficientu a bylo ověřeno, zda je hodnota tohoto koeficientu statisticky významně nenulová. Neparametrická korelační analýza byla použita vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre v doméně fyzické zdraví. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Kolmogorov- Smirnov.

Závěr

Hypotézu H_{01} nelze zamítnout. Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně fyzické zdraví. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu $r = - 0,153$; hladina signifikance testu významnosti korelačního koeficientu $p = 0,094 (> 0,05)$. S rostoucím věkem klientů domácí péče se nemění kvalita života v doméně fyzické zdraví.

Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně fyzické zdraví je zobrazena graficky pomocí bodového korelačního grafu (Graf 4).



Graf 4 – Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně fyzické zdraví.

H_02 – Neexistuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prožívání.

H_{A2} – Existuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prožívání.

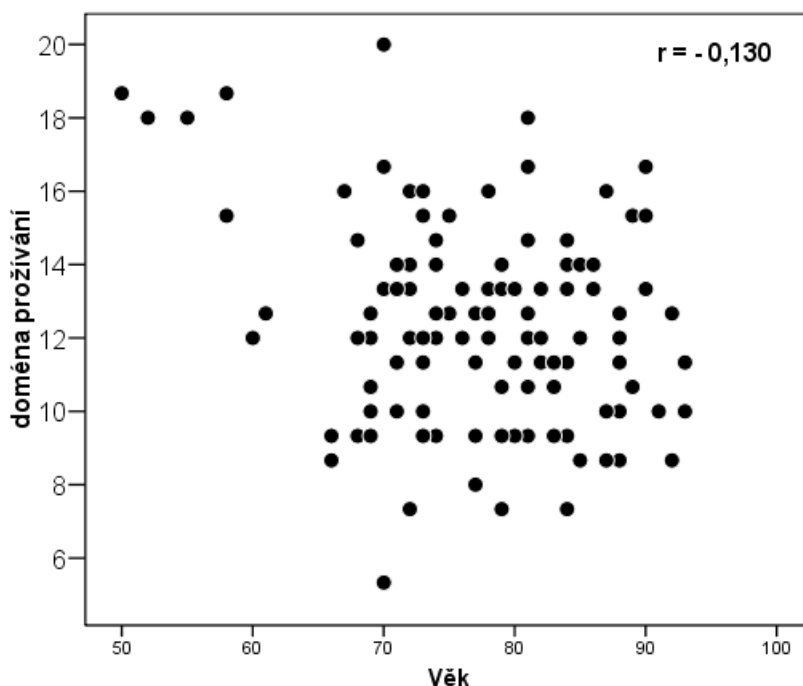
Ověření platnosti hypotézy

Pro ověření platnosti hypotézy H_02 byla použita neparametrická Spearmanova korelační analýza. Věk klientů domácí péče byl korelován s hodnotami skóre v doméně prožívání, byla vypočítána hodnota Spearmanova korelačního koeficientu a bylo ověřeno, zda

je hodnota tohoto koeficientu statisticky významně nenulová. Neparametrická korelační analýza byla použita vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre v doméně prožívání. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Kolmogorov- Smirnov.

Závěr

Hypotézu H_02 nelze zamítnout. Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně prožívání. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu $r = - 0,130$; hladina signifikance testu významnosti korelačního koeficientu $p = 0,154 (> 0,05)$. S rostoucím věkem klientů domácí péče se nemění kvalita života v doméně prožívání. Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně prožívání je zobrazena graficky pomocí bodového korelačního grafu (Graf 5).



Graf 5 – Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně prožívání

H_{03} – Neexistuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy.

H_{A3} – Existuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy.

Ověření platnosti hypotézy

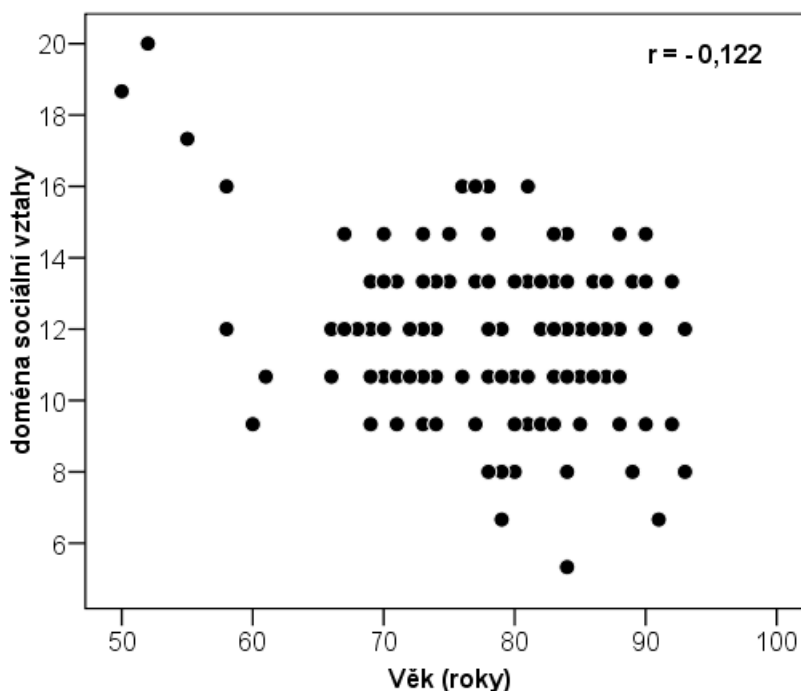
Pro ověření platnosti hypotézy H_{03} byla použita neparametrická Spearmanova korelační analýza. Věk klientů domácí péče byl korelován s hodnotami skóre v doméně sociální vztahy, byla vypočítána hodnota Spearmanova korelačního koeficientu a bylo ověřeno, zda je hodnota tohoto koeficientu statisticky významně nenulová. Neparametrická korelační analýza byla použita vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre v doméně

sociální vztahy. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Kolmogorov-Smirnov.

Závěr

Hypotézu H₃₀ nelze zamítnout. Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně sociální vztahy. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu $r = -0,122$; hladina signifikance testu významnosti korelačního koeficientu $p = 0,184 (> 0,05)$. S rostoucím věkem klientů domácí péče, se nemění kvalita života v doméně sociální vztahy.

Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně sociální vztahy je zobrazena graficky pomocí bodového korelačního grafu (Graf 6).



Graf 6 – Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně sociální vztahy

H_04 – Neexistuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prostředí.

H_{A4} – Existuje závislost mezi **věkem** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prostředí.

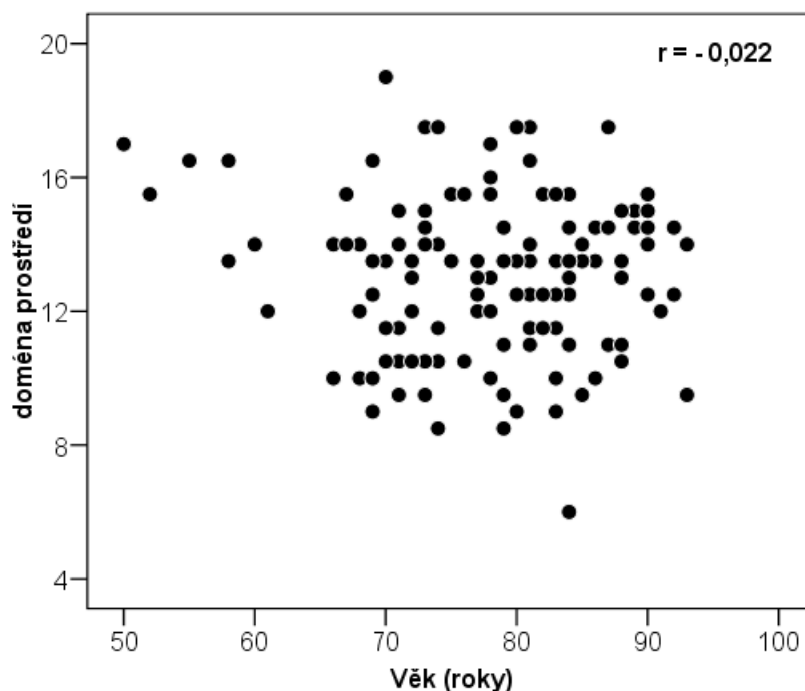
Ověření platnosti hypotézy

Pro ověření platnosti hypotézy H_04 byla použita neparametrická Spearmanova korelační analýza. Věk klientů domácí péče byl korelován s hodnotami skóre v doméně prostředí, byla vypočítána hodnota Spearmanova korelačního koeficientu a bylo ověřeno, zda je hodnota tohoto koeficientu statisticky významně nenulová. Neparametrická korelační analýza byla použita vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre v doméně prostředí. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Kolmogorov- Smirnov.

Závěr

Hypotézu H_04 nelze zamítnout. Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně prostředí. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu $r = - 0,022$; hladina signifikance testu významnosti korelačního koeficientu $p = 0,815 (> 0,05)$. S rostoucím věkem klientů domácí péče se nemění kvalita života v doméně prostředí.

Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně prostředí je zobrazena graficky pomocí bodového korelačního grafu (Graf 7).



Graf 7 – Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně prostředí

Cíl 2: Zjistit kvalitu života klientů domácí péče vztahující se k oblasti sociálního zapojení v souvislosti s místem bydliště.

Statistické hypotézy k cíli 2:

H_{05} – Neexistuje závislost mezi **místem bydliště** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně sociální zapojení.

H_{A5} – Existuje závislost mezi **místem bydliště** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně sociální zapojení.

Ověření platnosti hypotézy

Platnost hypotézy H_{05} byla ověřena pomocí Kruskal-Wallisova testu. Testem byly porovnány tři skupiny klientů domácí péče

podle lokality jejich bydliště (krajské město, město, vesnice). Neparametrický Kruskal-Wallisův test byl použit vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot hrubého skóre v doméně sociální zapojení ve skupinách klientů podle lokality bydliště. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

Závěr

Hypotézu H₀₅ nelze zamítnout. Kruskal-Wallisův test neprokázal signifikantní závislost mezi kvalitou života v doméně sociální zapojení a lokalitou bydliště klientů domácí péče. Hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu $p = 0,943$ ($> 0,05$). Kvalita života v doméně sociální zapojení nezávisí na lokalitě bydliště klientů domácí péče.

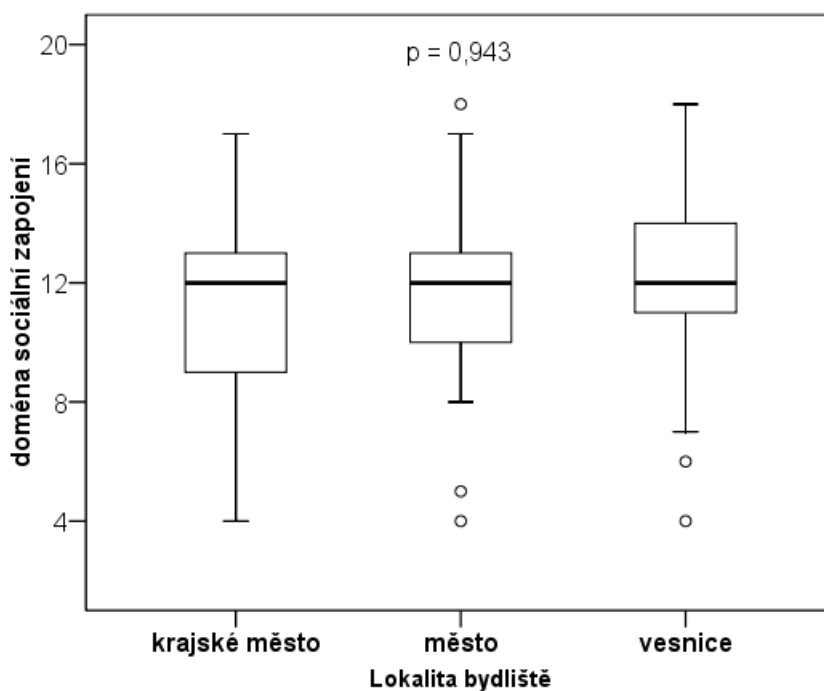
Následující tabulka udává pro každou skupinu klientů medián hrubého skóre domény sociální zapojení, rozmezí hodnot (minimum – maximum) a průměrnou hodnotu skóre. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu.

	Krajské město (n=39)	Město (n=40)	Vesnice (n=42)	Signifikance p
Doména sociální zapojení	12,0 (4-17) 11,3	12,0 (4-18) 11,6	12,0 (4-18) 11,8	0,943

n ... počet klientů, p ... hladina signifikance Kruskal-Wallisova testu

Distribuce hodnot skóre v doméně naplnění je, pro všechny tři porovnávané skupiny, zobrazena pomocí kvartilového krabicového grafu (Graf 8). Silná čára uvnitř krabice zobrazuje

medián hodnot skóre, dno a víko krabice zobrazují polohu dolního a horního kvartilu, anténky nahoře a dole zobrazují minimální a maximální hodnotu skóre. Symbolem kroužek jsou znázorněny odlehlé hodnoty skóre.



Graf 8 – Kvartilový krabicový graf zobrazující distribuci hodnot hrubého skóre v doméně sociální zapojení v závislosti na lokalitě bydliště klientů domácí péče

Cíl 3: Zjistit kvalitu života klientů domácí péče vztahující se k oblasti naplnění a prožívání v souvislosti s pohlavím.

Statistické hypotézy k cíli 3:

H₀₆ – Neexistuje závislost mezi **pohlavím** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně naplnění.

H_{A6} – Existuje závislost mezi **pohlavím** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně naplnění.

Ověření platnosti hypotézy:

Pro ověření platnosti hypotézy H₀₆ byl použit neparametrický Mann-Whitney U test. Testem byla porovnána skupina mužů a žen v hodnotách skóre kvality života v doméně naplnění. Neparametrický test byl použit vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre v obou porovnávaných skupinách klientů. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

Závěr

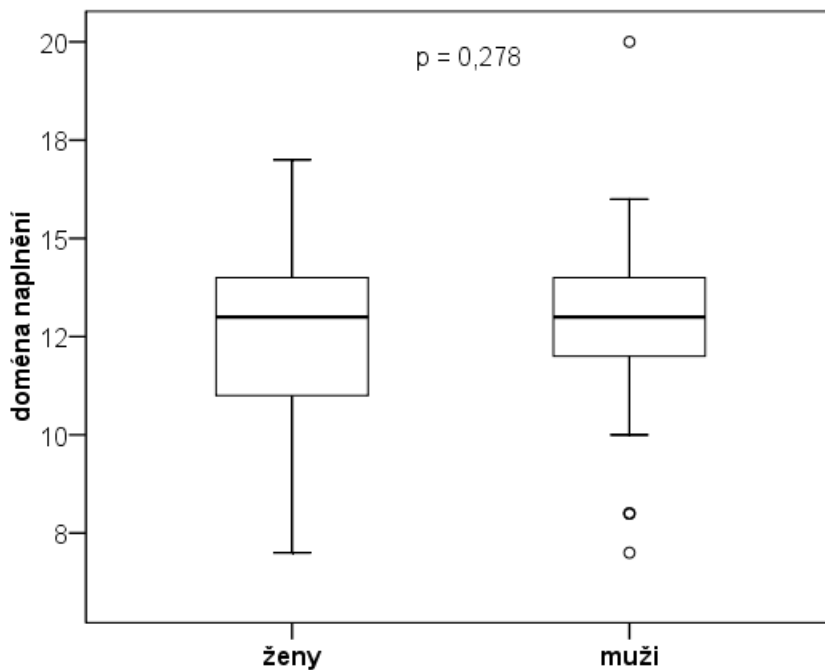
Hypotézu H₀₆ nelze zamítnout. Mann-Whitney U test neprokázal signifikantní rozdíl mezi muži a ženami v kvalitě života v doméně naplnění. Mediány skóre v doméně naplnění byly v obou skupinách stejné 13 bodů, hladina signifikance Mann-Whitney U testu $p = 0,278$ ($> 0,05$). Kvalita života v doméně naplnění nezávisí na pohlaví klientů domácí péče.

Následující tabulka uvádí základní popisné charakteristiky skóre ve skupině muži a ženy, tj. hodnotu mediánu skóre, rozmezí hodnot (minimum – maximum) a průměrnou hodnotu skóre. V posledním sloupci je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu.

	Ženy (n = 77)	Muži (n = 44)	Signifikance p
Doména naplnění	13,0 (7 - 17), 12,3	13,0 (7 - 20), 12,7	0,278

Distribuce hodnot skóre v doméně naplnění je, pro obě porovnávané skupiny muži a ženy, zobrazena pomocí kvartilového krabicového

grafu (Graf 9). Silná čára uvnitř krabice zobrazuje medián hodnot skóre, dno a víko krabice zobrazují polohu dolního a horního kvartilu, anténky nahoře a dole zobrazují minimální a maximální hodnotu skóre.



Graf 9 – Distribuce hodnot skóre v doméně naplnění pro skupinu muži a ženy

H_{07} – Neexistuje závislost mezi **pohlavím** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prožívání.

H_{A7} – Existuje závislost mezi **pohlavím** klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prožívání.

Ověření platnosti hypotézy:

Pro ověření platnosti hypotézy H_07 byl použit Studentův t-test dvouvýběrový. Testem byla porovnána skupina mužů a žen v průměrných hodnotách skóre kvality života v doméně prožívání. Parametrický test byl použit vzhledem k normálnímu rozdělení hodnot skóre v obou porovnávaných skupinách klientů. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

Závěr

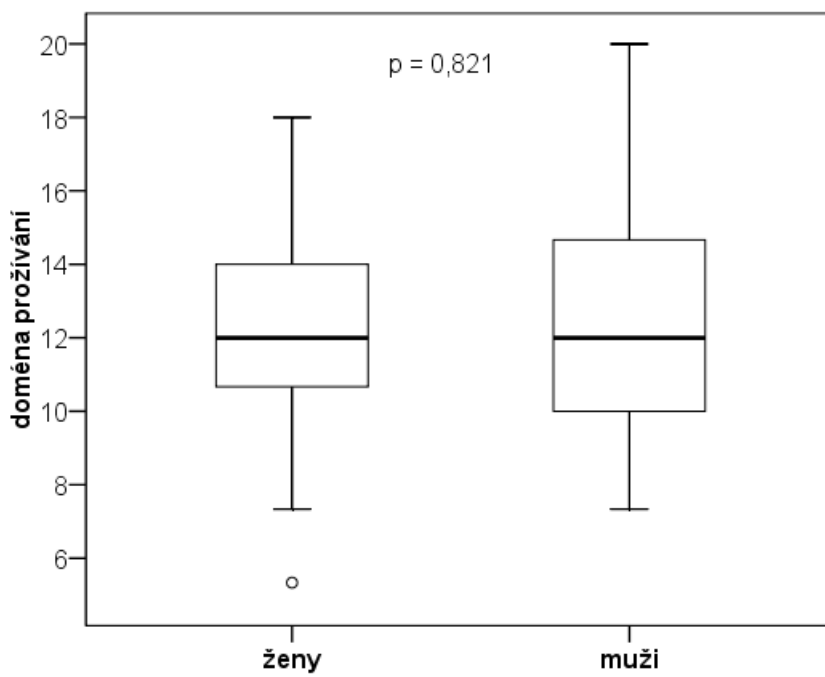
Hypotézu H_07 nelze zamítnout. Studentův dvouvýběrový t-test neprokázal signifikantní rozdíl mezi muži a ženami v kvalitě života v doméně prožívání. Průměrné hodnoty skóre v doméně prožívání byly v obou skupinách téměř totožné (ženy průměr 12,3 a muži 12,5). Hladina signifikance Studentova dvouvýběrového t-testu $p = 0,821$ ($> 0,05$). Kvalita života v doméně prožívání nezávisí na pohlaví klientů domácí péče.

Následující tabulka uvádí základní popisné charakteristiky skóre ve skupině muži a ženy, tj. průměrnou hodnotu skóre, směrodatnou odchylku a rozmezí hodnot (minimum – maximum). V posledním sloupci je uvedena hodnota signifikance Studentova dvouvýběrového t-testu.

	Ženy (n = 77)	Muži (n = 44)	Signifikance p
Doména prožívání	12,3 ± 2,5 (5 - 18)	12,5 ± 3,1 (7 - 20)	0,821

Distribuce hodnot skóre v doméně prožívání je, pro obě porovnávané skupiny muži a ženy, zobrazena pomocí kvartilového krabicového grafu (Graf 10). Silná čára uvnitř krabice zobrazuje

medián hodnot skóre, dno a víko krabice zobrazují polohu dolního a horního kvartilu, anténky nahoře a dole zobrazují minimální a maximální hodnotu skóre.



Graf 10 – Distribuce hodnot skóre v doméně prožívání pro skupinu muži a ženy

DISKUZE

Cílem této diplomové práce bylo zjistit subjektivní kvalitu života starších dospělých v domácí péči. Informace byly získány kvantitativním přístupem, při realizaci šetření technikou sběru dat v podobě dvou standardizovaných dotazníků Světové zdravotnické organizace a to WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. Celkem bylo administrováno 200 dotazníků, návratnost vyplněných dotazníků následně činila 60,5 %. Soubor tvořilo 121 respondentů (44 mužů a 77 žen), kterými byli muži a ženy ve věkovém rozmezí od 50 do 93 let. Předané dotazníky vyplňovali muži a ženy, kteří byli klienti agentur domácí péče ve Zlínském kraji. Sběr potřebných dat probíhal v časovém období od 1. 5. 2013 do 25. 8. 2013. Výsledky výzkumného šetření byly statisticky zpracovány pomocí statistického programu SPSS a programu Microsoft Excel.

Na základě rešeršní strategie bylo zjištěno, že četnost dohledaných článků popisujících výzkumná šetření podobného charakteru, jaká byla využita v rámci této diplomové práce, je velmi nízká. Z tohoto důvodu bylo pro diskuzi využito i příspěvků týkajících se výzkumných šetření zabývajících se obdobnou tematikou.

Prvním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak vnímají svou kvalitu života klienti domácí péče v souvislosti s věkem v doménách fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Ve výzkumném šetření se v rámci této diplomové práce neprokázala statisticky významná závislost mezi věkem klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně fyzické zdraví. Tyto výsledky jsou v rozporu s výsledky šetření autorky Hrabalové, které proběhlo v roce 2013 u 120 starších dospělých klientů agentur domácí péče v Olomouckém kraji. V jejím šetření bylo naopak prokázáno, že s rostoucím věkem seniorů kvalita života v doméně

fyzické zdraví významně klesá (Hrabalová, 2014, s. 71). Mareš ve své práci uvádí, že kvalita života u starších dospělých klesá hlavně z důvodů, jako je přibývající počet zdravotních problémů, jejichž závažnost pak neustále stoupá společně s rostoucím věkem (Mareš, 2014, s. 23-24).

V rámci této diplomové práce se ve výzkumném šetření neprokázala statisticky významná závislost mezi věkem klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prožívání. Ke stejným výsledkům dospěla ve své práci i autorka Hrabalová (Hrabalová, 2014, s. 71). Tudíž se dá usuzovat, že u starších dospělých není radost ze života a spokojenost se sebou samotným ovlivněna výškou věku. Ve výzkumném šetření se v rámci této diplomové práce neprokázala statisticky významná závislost mezi věkem klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy. Tyto výsledky můžeme opět srovnat s výsledky autorky Hrabalové, která také neuvádí žádnou souvislost mezi věkem klientů agentur domácí péče a jejich hodnocením kvality života ve sféře sociálních vztahů (Hrabalová, 2014, s. 71). Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi věkem klientů domácí péče a hodnocením kvality života v doméně prostředí ve výzkumném šetření v rámci této diplomové práce. Srovnatelné výsledky vyšly i autorce Hrabalové (Hrabalová, 2014, s. 71). Výzkumné šetření v rámci této diplomové práce neprokázalo žádnou statisticky významnou souvislost mezi věkem a kvalitou života starších dospělých využívajících služeb agentur domácí péče ve Zlínském kraji. To, že se nedá kvalita života a ani spokojenost jednoznačně určit dle věku starších dospělých, uvádí ve své práci i autorka Krčmářová (Krčmářová, 2013, s. 42-43). Jak uvádí ve své práci Mareš, u starších dospělých jsou pro hodnocení kvality života důležité oblasti jako zdravotní stav a funkční schopnosti, kvalitní síť

sociálních kontaktů, pocit užitečnosti, či neužitečnosti pro společnost a lidi kolem sebe, kvalita bydlení, stabilní finanční situace, míra vnímané sociální opory, nikoliv věk jako takový (Mareš, 2014, s. 23).

Druhým cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaká je kvalita života klientů domácí péče vztahující se k oblasti sociálního zapojení v souvislosti s místem bydliště. Ve výzkumném šetření se v rámci této diplomové práce neprokázala statisticky významná závislost mezi kvalitou života v doméně sociální zapojení a lokalitou bydliště klientů domácí péče. V Japonsku autoři Sewo Sampaio, Ito, Carvalho Sampaio se zabývali rozdíly v kvalitě života u starších dospělých dle lokalit jejich bydliště. V jejich výzkumném šetření se ukázalo, že starší dospělí, kteří žijí ve městech, považují svou kvalitu života ve většině domén dotazníků WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF za vyšší než starší dospělí žijící na venkově (Sewo Sampaio, Ito, Carvalho Sampaio, 2013, s. 54). Zamboriová a Simočková uvádějí, že důležitým faktorem pro starší dospělé je v posuzování kvality života sociální zázemí (Zamboriová, Simočková, 2011, s. 438). Tento fakt potvrzuje i Hrozenská, která přidává další oblasti sociálního zapojení a to: sociálního prostředí, úroveň sociálních služeb, vztahy v rodině, možnost a kvalitu rekreačních aktivit (Hrozenská, 2008, s. 82). Tudíž je patrné, že možnosti k vytváření sociálních vztahů a dostupnost sociálních služeb mají starší dospělí klienti agentur domácí péče téměř totožné, ať už žijí ve Zlínském kraji na vesnici, ve městě nebo v krajském městě. Kvalita života v doméně sociální zapojení nezávisí na lokalitě bydliště klientů domácí péče.

Třetím cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaké je kvalita života klientů domácí péče vztahující se k oblasti naplnění

a prožívání v souvislosti s pohlavím. Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi muži a ženami v kvalitě života v doméně naplnění v rámci výzkumného šetření, které bylo uskutečněno v rámci této diplomové práce. Kvalita života v doméně naplnění nezávisí na pohlaví klientů domácí péče. Ve výzkumném šetření se v rámci této diplomové práce neprokázal statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v kvalitě života v doméně prožívání. Průměrné hodnoty skóre v doméně prožívání byly v obou skupinách téměř totožné. Ženy měly průměr odpovědí 12,3 a muži 12,5. K podobným výsledkům došli ve své práci i Farský a Solárová, kteří uvádějí, že muži měli mírně vyšší kvalitu života v této doméně nežli ženy a to konkrétně průměrné hodnoty odpovědí u mužů činily 13,1 a u žen 12,9 (Farský, Solárová, 2010, s. 36). Kvalita života v doméně prožívání není u starších dospělých závislá na pohlaví starších dospělých klientů agentur domácí péče.

Všech cílů, které byly stanoveny v této diplomové práci, bylo dosaženo.

ZÁVĚR

Diplomová práce je členěna do několika částí. Začíná úvodem, následuje teoretická část, ve které je kapitola, která popisuje rešeršní strategii, která byla použita pro vypracování této diplomové práce. Dále následují kapitoly, které se zabývají pojmy, jako je kvalita života, sociální zapojení a naplnění u starších dospělých. Další částí diplomové práce je část praktická. Tato část za pomoci kvantitativního přístupu s využitím dotazníkového šetření ověřuje stanovené hypotézy a získává odpovědi na jednotlivé cíle diplomové práce, které jsou následně shrnuty v kapitole Diskuze.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit subjektivní kvalitu života starších dospělých, kteří využívají služeb agentur domácí péče. Jednotlivé cíle byly zaměřeny na dvě domény standardizovaného dotazníku z WHOQOL-OLD – česká verze (naplnění a sociální zapojení) a jednotlivé domény standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF – česká verze (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí).

Analýza výsledků, v rámci tohoto výzkumného šetření neprokázala změny v kvalitě života u starších dospělých související se zvyšujícím se věkem. Nebyla prokázána žádná závislost mezi věkem klientů agentur domácí péče a hodnocením kvality života ve všech čtyřech doménách dotazníku WHOQOL-BREF (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí).

Diplomová práce poukázala na vysokou individualitu vnímání kvality života u jednotlivých starších dospělých využívajících služeb agentur domácí péče a také na to, že kvalita života je přísně subjektivní vjem a že v jejím vnímání hrají významnou roli individuální zkušenosti, prožitky, osobnostní rysy a vlastnosti

jednotlivých klientů domácí péče. Ne vždy znamená špatný fyzický stav špatnou kvalitu života a naopak. Proto je velmi důležité, aby všeobecné sestry v praxi vnímaly klienty jako individuální osobnosti a měly vždy na vědomí, že vysoký věk, závažná diagnóza nebo špatné sociální zázemí, nemusí vždy nutně znamenat špatnou kvalitu života. A naopak klient, který má dobré rodinné zázemí a diagnózu, která podle všeobecné sestry nemusí výrazně měnit kvalitu jeho života, může subjektivně pociťovat svou současnou kvalitu života jako velmi špatnou. Proto je v praxi velmi důležité klientům pečlivě naslouchat a brát jejich pocity a sdělení na vědomí, protože jen oni sami mohou ohodnotit, jak se právě cítí.

Z toho plyne doporučení pro praxi, aby se u klientů domácí péče pravidelně provádělo sledování kvality života a na základě výsledků se zvyšovala kvalita a efektivita služeb poskytovaných klientům agentur domácí péče v České republice.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] BACHORECZOVÁ, Gabriela, MEŇKYOVÁ, Ingrid. 2008. Medicínské a sociálne aspekty kvality života chronicky chorého človeka. *Kontakt: Odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. [online] 2008, 10 (2) s. 389-396 [cit. 2014-05-29]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120503103024249584.pdf>.

[2] BOWLING, Ann, STENNER, Paul. 2001. Which measure of quality of life performs best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. *Journal of Epidemiology & Community Health*. [online] 2011. 65 (3) s. 273-280 [cit. 2014-06-01]. ISSN 1470-2738. Dostupné z: <http://jech.bmj.com/content/65/3/273.full.pdf+html>.

[3] DIMUNOVÁ, Lucia, DANKULINCOVÁ VESELSKÁ, Zuzana, STROPKAIIOVÁ, Stanislava. 3013. Vybrané parametre pri posudzovaní kvality života seniorov v domácej a inštitucionalizovanej starostlivosti. *Ošetrovatel'stvo*. [online] 2013, 3, (1), s. 14-21 [cit. 2014-04-15]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vybrane-parametre-pri-posudzovani-kvality-zivota-seniorov-v-domacej-a-institucionalizovanej-starostlivosti>.

[4] DINGOVÁ, Michaela. 2011. Chronické ochorenie a kvalita života v staršej rómskej populácii *Ošetrovatelství a porodní asistence*. [online] 2011, 2 (2), s. 211-218 [cit. 2014-05-09]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-02/5_dingova.pdf

[5] DINGOVÁ, Michaela, NEMČEKOVÁ, Mária. 2008. Metodologické problémy výskumu kvality života rómskeho etnika na Slovensku z hľadiska ošetrovateľstva. *Kontakt: Odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online] 2008, 10, (2) s. 274-282 [cit. 2014-05-09]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120418122813935254.pdf>.

[6] DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ, Jitka. 2006. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF: Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*. [online] 2006, 10 (3), s. 144-149. [cit. 2014-03-11]. ISSN 1211-7579. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2006/03/02_dragomirec_psych_3-06.pdf.

[7] DRAGOMIRECKÁ, Eva, PRAJSOVÁ, Jitka. 2009. Příručka pro uživatele české verze dotazníků Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD. Psychiatrické centrum Praha 2009. 72 s. ISBN 978-80-87142-05-9.

[8] FARSKÝ, Ivan, SOLÁROVÁ, Michaela. 2010. Kvalita života seniorov v komunitnom zariadení. *Profese online* [online] 2010, 3 (1), s. 30-41. [cit. 2014-06-28]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2010_01/farsky_tisk.pdf.

[9] FIALOVÁ, Dana, VLASTNÍKOVÁ, Věra. 2013. Pohybové aktivity seniorek II: Subjektivní vnímání vybraných ukazatelů kvality života. *Hygiena*. [online] 2013, 58 (2), s. 62-66.

[cit. 2014-04-08]. ISSN 1802-6281. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2013-2-04-full.pdf>.

[20] FIALOVÁ, Dana, VLASTNÍKOVÁ, Věra, FAKTOROVÁ, Zuzana. 2013. Pohybové aktivity senierek I: Antropometrické, fyziologické a biochemické zhodnocení. *Hygiena*. [online] 2013, 58 (1), s. 16-22. [cit. 2014-05-25]. ISSN 1802-6281. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2013-1-04-full.pdf>.

[31] GURKOVÁ, Elena, ŽIAKOVÁ, Katarína. 2009. Konceptualizácia kvality života v ošetrovatelstve. *Profese online* [online] 2013, 6 (1), s. 35-39. [cit. 2014-05-07]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2009_02/gurkova_final_tisk.pdf.

[42] HORČIČKA, Lukáš. 2009. Kvalita života žen s močovou inkontinencí. *Česká geriatrická revue*. [online] 2013, 7, (1), s. 22-25 [cit. 2014-05-19]. ISSN 1214-0732. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_04.pdf.

[53] HRABALOVÁ, Šárka. Blízké vztahy a postoje ke smrti v kontextu kvality života seniorů v domácí péči. Olomouc 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí diplomové práce Helena Kisvetrová.

[64] HROZENSKÁ, Martina. 2008. Zdravie jako kľučový faktor kvality života starších ľudí. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online] 2008, 10, (1), s. 81-84 [cit. 2014-03-27]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zs>

fju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506165918582413.pdf .

[75] KAČMÁROVÁ, Monika. 2013. Subjektívne hodnotená kvalita života seniorov: kvalitatívne a kvantitatívne postupy jej zisťovania. *Československá psychologie* [online] 2013, 57 (1), s. 42-51 [cit. 2014-04-12]. ISSN: 0009-062X. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=278c6d21-daaa-4ecf-8ba4-8bb1c28af9b8%40sessionmgr112&hid=115>.

[86] KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, HOLMEROVÁ, Iva, WEBER, Pavel a kol. 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vyd. Praha: Grada, 336. ISBN 978-80-247-2490-4.

[97] KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. 2008. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

[108] KOŽUCHOVÁ, Mária. 2012. Hodnotenie vplyvu bolesti na vybrané dimenzeie života pacientov v domácom prostredí. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online] 2012, 3 (3), s. 447-453 [cit. 2014-04-29] ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-03/5_kozuchova.pdf.

[119] KRŠÍKOVÁ, Taťána, BUŽGOVÁ, Radka. 2011. Kvality života pacientů s demenci z pohledu rodinných příslušníků. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online] 2011, 2 (3), s. 248-256. [cit. 2014-04-21]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-03/3_krsikova_buzgova.pdf.

[20] LUCAS-CARRASCO, Ramona, LAIDLAW, Ken, POWER, Michael, J.. 2011. Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health* [online] 2011, 15 (5), s. 595-604. [cit. 2014-03-10]. ISSN 1360-7863. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=278c6d21-daaa-4ecf-8ba4-8bb1c28af9b8%40sessionmgr112&hid=115>.

[212] LUŽNÝ, Jan. 2013. Kvalita života u pacientů s demencí. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online] 2013, 76/109 (1), s. 90-95. [cit. 2014-03-25]. ISSN 1210-7859. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-slovenska-neurologie-clanek/kvalita-zivota-u-pacientu-s-demenci-39608>.

[22] MAREŠ, Jiří. 2014. Problém se zjišťováním kvality života seniorů. *Praktický lékař* [online] 2014, 94 (1), s. 22-31. [cit. 2014-03-25]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=278c6d21-daaa-4ecf-8ba4-8bb1c28af9b8%40sessionmgr112&vid=20&hid=115>.

[23] MORAVCOVÁ, Markéta, MAREŠ, Jiří. 2011. Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online] 2011, 13, (4), s. 434-432 [cit. 2014-05-07]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214101935757592.pdf>

[24] MOTLOVÁ, Lenka. 2007. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online] 2007, 9, (2),

s. 343-352 [cit. 2014-04-30]. ISSN 1804-7122. Dostupné z:
<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120329181826063622.pdf>.

[25] MUDRÁK, Jiří, SLEPIČKA, Pavel, ELAVSKY, Steriani. 2012. Vliv pohybové aktivity a vnímané osobní účinnosti na kvalitu života seniorů. *Studia Kinanthropologica*. [online] 2012, 13 (3), s. 262-267. [cit. 2014-05-02]. ISSN: 1213-2101. Dostupné z:
http://www.pf.jcu.cz/stru/katedry/tv/studia_kinanthropologica/pdf/SK_vol_13_2012_3.pdf.

[26] MUDRÁK, Jiří, SLEPIČKA, Pavel, SLEPIČKOVÁ, Irena. 2014. Vnímané zdraví a motivace k pohybové aktivitě u seniorů. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online] 2014, 16, (1), s. 50-57 [cit. 2014-05-10]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20140321111956966351.pdf>.

[27] OLÍŠAROVÁ, Věra, DOLÁK, František, TÓTHOVÁ, Valérie. 2013. Kvalita života jako součást ošetřovatelství. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online] 2013, 15, (1), s. 14-21 [cit. 2014-01-16]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130321134930700275.pdf>.

[28] ONDRUŠOVÁ, Jiřina. 2009. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. [online] 2013, 7, (1), s. 36-39 [cit. 2014-05-01]. ISSN 1214-0732. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf.

[29] PREISS, Marek, WAIDINGEROVÁ, Iveta, STEINOVÁ, Dana. 2012. Subjektivní efektivita kombinovaného tréninku (trénování paměti a tělesného cvičení) u seniorů se šestiměsíčním odstupem. *Psychiatrie*. [online] 2012, 16 (1), s. 4-7. [cit. 2014-04-07]. ISSN 1211-7579. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2012/01/02_preiss_psych_1-12.pdf.

[30] PORTO, D. B., GUEDES, D.P., FERNANDES, R.A., EICHERT, F.F.. 2013. Perceived quality of life and physical activity in Brazilian older adults. *Motricidade* [online] 2013, 8 (1), s. 33-41 [cit. 2014-01-16]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://www.redalyc.org/pdf/2730/273023647005.pdf>.

[31] SEWO SAMPAIO, Priscila Yukari, ITO, Emi. 2013. Activities with Higher Influence on Quality of Life in Older Adults in Japan. *Occupational Therapy International*. [online] 2013, 1 (20), s. 1-10 [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=278c6d21-daaa-4ecf-8ba4-8bb1c28af9b8%40sessionmgr112&hid=115>.

[32] SEWO SAMPAIO, Priscila Yukari, ITO, Emi, CARVALHO SAMPAIO, Ricardo Aurélio. 2013. The association of activity and participation with quality of life between Japanese older adults living in rural and urban areas. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*. [online] 2013, 2, (4), s. 51-56 [cit. 2014-03-11]. ISSN 2210-8335 Dostupné z: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/2210-8335/PIIS2210833513000038.pdf>.

[33] SKEVINGTON, S., M., LOTFY, M., O'CONNELL, K., A.. 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF

quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Reserch*. [online], 2004, 13, (2), s. 299-310 [cit. 2014-06-02]. ISSN 0962-9343 Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ac992759-aa0b-4260-a298-601739c546da%40sessionmgr111&vid=15&hid=115>

[34] SLOVÁČEK, Ladislav, SLOVÁČKOVÁ, Brigita. 2012. Kvalita života nemocných v programu paliatívnej onkologickej péče. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online] 2012, 5 (1), s. 13-17 [cit. 2014-05-10]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5711.

[35] SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, SUCHANOVÁ, Renáta, TIRPÁKOVÁ, Libuša. 2011. Bolesť, funkčný stav, úzkosť, depresia a sociálna interakcia u seniorov s reumatoidnou artritídou. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online] 2011, 2, (3), s. 239-247 [cit. 2014-05-20]. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-03/2_sovariova_soosova_suchanova_tirpakova.pdf.

[36] VIDOVIČOVÁ, Lucie, PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela. 2012. Aktivity seniorů ve velkých městech: zdraví, prostor a subjektivní kvality života. *Sociologický časopis Czech Sociological Review* [online] 2012, 48, (5), s. 939-963 [cit. 2014-05-27] ISSN 0038-0288. Dostupné z: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/90dbb8d743d6938ef9b7702d6b2e1d49f2d6184e_12-5-08Vidovicova14.indd.pdf.

[37] VIRGULOVÁ, Jana, SCHEDOVÁ, Darina. 2013. Kvalita života seniorov z pohľadu miery nezávislosti. *Profese online* [online] 2013, 6 (1), s. 35-39. [cit. 2014-05-07]. ISSN:

1803-4330.

Dostupné

z:

http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2013_01/

Virgulova.pdf.

[38] WHOQOL Group. The Development of the WHO Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQOL). In Orley J, Kuyken W, eds Quality of life Assessment: international Perspectives. Berlin: Springer-Verlag, 1994, s. 41 -60. ISBN: 978-3-642-79125-3.

[39] ZACHAROVÁ, Eva. 2009. Sdělování pravdy o zdravotním stavu. *Onkologie* [online] 2009, 3 (4), s. 261-262 [cit. 2014-05-25]. ISSN 1803-5345. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/xon/2009/04/13.pdf>.

[40] ZAMBORIOVÁ, Mária, SIMOČKOVÁ, Viera. 2011, Inkontinencia a kvalita života seniorov. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve* [online] 2011. Sborník, Vyd. 1. s. 438-443 [cit. 2014-05-22]. ISBN 978-80-89544-00-4. Dostupné z: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/tvav_ose_2011.pdf.

[41] ZVONÍKOVÁ, Alena. 2012. Senioři – kvalita života, zdravotní péče a sociální zabezpečení. *Revizní a posudkové lékařství* [online] 2012, 15 (2), s. 80-84. [cit. 2014-05-22]. ISSN 1214-3170. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=278c6d21-daaa-4ecf-8ba4-8bb1c28af9b8%40sessionmgr112&hid=115>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADRQ	Alzheimer`s Disease – Related Quality of life
AJ	Anglický jazyk
AQoL	Assessment of Quality of Life Instrument
ASCOT	Adult Social Care Outcomes Toolkit
atd.	a tak dále
CASP-19	Control, Autonomy, Self-Regulation, Pleasure
č.	číslo
ČJ	Český jazyk
CTQ	Chronic Thyroid Questionnaire
EQOLI	Elderly quality of life index
GDS-15	Geriatric Depression Scale
HHIE	Hearing Handicap Inventory for Elderly
HR-QoL	Health-Related Quality of Life
IQOL	Urinary Incontinence – Specific Quality of Life Instrument
ISI	Incontinence Stress Index
LVQOL	Low Vision Quality of Life Questionnaire
MLHFQ	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
např.	například
OPOQOL	Older People`s Quality of Life Questionnaire
OPTQoL	Osteoporosis – Target Quality of Life Questionnaire

QoL-AD	Quality of life in Alzheimer`s Disease
QUAL-E	Quality of Life at the End of Life
QUALID	Quality of life in Late – Stage Dementia Scale
QuiLL	The Quality in Later Life
s.	strana
SEIQOL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
tzn.	to znamená
UIHI	Urinari Inkontinence Handicap Inventory
UCLA-PCI-SF	ULCA Prostate Cancer Index Short Form
UROLIFE™/BPHQoL 9	Brenign Prostatic Hypertropy Health-Related Quality of Life Questionnaire
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life- BREF
WHOQOL-OLD	World Health Organization Quality of Life Old
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life 100

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Rozdělení klientů domácí péče podle jednotlivých zařízení	41
Graf 2	Položky dotazníku WHOQOL-BREF uspořádané od nejvyšší spokojenosti po nejnižší spokojenost	48
Graf 3	Položky dotazníku WHOQOL-OLD uspořádané od nejvyšší spokojenosti po nejnižší spokojenost	51
Graf 4	Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně fyzické zdraví	53
Graf 5	Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně prožívání	55
Graf 6	Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně sociální vztahy	56
Graf 7	Závislost mezi věkem klientů domácí péče a kvalitou života v doméně prostředí	58
Graf 8	Kvartilový krabicový graf zobrazující distribuci hodnot hrubého skóre v doméně sociální zapojení v závislosti na lokalitě bydliště klientů domácí péče	60
Graf 9	Distribuce hodnot skóre v doméně naplnění pro skupinu mužů a žen	62
Graf 10	Distribuce hodnot skóre v doméně prožívání pro skupinu mužů a žen	64

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Rozdělení klientů domácí péče podle jednotlivých zařízení	41
Tabulka 2	Demografické údaje souboru klientů domácí péče	42
Tabulka 3	Průměrné skóry a mediány položek a domén dotazníku WHOQOL-BREF	46
Tabulka 4	Procentuální distribuce odpovědí na jednotlivé položky dotazníku WHOQOL-OLD	49
Tabulka 5	Průměrné skóry položek a domén dotazníku WHOQOL-OLD	50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

I - WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

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

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

II. WHOQOL-OLD – česká verze

Instrukce

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

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

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

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

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

vůbec ne	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) Vaš 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“, zakroužkujte 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 ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	málo	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Chcete k dotazníku něco dodat?

III - The (WHO) EAAQ - česká verze

Instrukce

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

2. Je výsadou dožít se vyššího věku.

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

3. Stáří je čas samoty.

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

4. Moudrost přichází s věkem.

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

5. Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí.

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

6. Stáří je čas depresí.

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

7. Cvičení je důležité v každém věku.

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

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
1	2	3	4	5

11. Necítím se starý/á.

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

12. Stáří vidím hlavně jako období ztrát.

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

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

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

19. Věřím, že můj život má význam.

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

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

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

21. Chci dávat dobrý příklad mladým lidem.

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

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

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

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

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

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

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

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI