

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Kateřina Prusková

## **Kvalita života válečných veteránů v ČR**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Prof. MUDr. David Školoufík, Ph.D, FESO

Olomouc 2020

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

Olomouc 2020

-----

podpis

# ANOTACE

## **Typ závěrečné práce:**

Diplomová Práce

## **Téma práce:**

Zjištění kvality života a míra deprese válečných veteránů pomocí dotazníku SF36 a geriatrické škály deprese dle Yesavage

## **Název práce:**

Kvalita života válečných veteránů v ČR

## **Název práce v AJ:**

Life Quality of War Veterans in the Czech Republic

## **Datum zadání:**

2017-01-30

## **Datum odevzdání:**

2020-12-07

## **Vysoká škola, fakulta, ústav:**

Univerzita v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství

## **Autor práce:**

Kateřina Prusková

## **Vedoucí práce:**

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

## **Oponent práce:**

Kisvetrová Helena, doc. PhDr. Ph.D.

## **Abstrakt v ČJ:**

Diplomová práce je zaměřena na zhodnocení kvality života válečných veteránů, především veteránů Druhé světové války v České republice a míru jejich deprese. K hodnocení byly použity dotazníky SF-36 o zdravotním stavu a Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS-15). V teoretické části je přiblížen pojem válečný veterán, popsány instituce, které se péčí o válečné veterány zabývají, benefity válečných veteránů v České republice a ve světě. Dále je přiblížen pojem kvalita života a stupně deprese.

V praktické části jsou zhodnoceny výše uvedené dotazníky, které byly vyplněny s válečnými veterány, aktuálně umístěnými v zařízeních péče o válečné veterány a byli ochotní dotazníky vyplnit. Kontrolní skupina byla

složena z 60. pacientů Geriatricko-doléčovacího oddělení Slezské nemocnice v Opavě. Všichni respondenti byli v přibližně stejné věkové skupině. Podle vyhodnocených výsledků Geriatrické škály deprese dle Yesavage se obě skupiny zařadili k pacientům trpící mírnou depresí. Bodové rozmezí pro mírnou depresi je 6-10, váleční veteráni se zařadili na spodní hranici (6,1) a respondenti z kontrolní skupiny se pohybují u hranice horní (8,1). Po zhodnocení výsledků z dotazníku SF-36 o zdravotním stavu bylo zjištěno, že váleční veteráni vnímají prakticky ve všech dimenzích dotazníku svou kvalitu života lépe než kontrolní skupiny.

#### **Abstrakt v AJ:**

The diploma thesis is focused on the evaluation of the quality of life of war veterans, especially veterans of the Second World War in the Czech Republic and the degree of their depression. SF-36 Health Questionnaires and the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS-15) were used for evaluation. The theoretical part introduces the concept of war veteran, describes the institutions that deal with the care of war veterans, the benefits of war veterans in the Czech Republic and in the world. Furthermore, the concept of quality of life and degree of depression is approached.

The practical part evaluates the above questionnaires, which were completed with war veterans, currently located in care facilities for war veterans and were willing to fill out questionnaires. The control group consisted of 60 patients from the Geriatric and After-Care Department of the Silesian Hospital in Opava. All respondents were in approximately the same age group. According to the evaluated results of the Geriatric Depression Scale according to Yesavage, both groups were included in patients suffering from mild depression. The point range for mild depression is 6-10, war veterans are at the lower limit (6.1), and respondents from the control group are at the upper limit (8.1). After evaluating the results of the SF-36 questionnaire on health status, it was found that war veterans perceive their quality of life better in virtually all dimensions of the questionnaire than control groups.

#### **Klíčová slova v ČJ:**

kvalita života, váleční veteráni, kvalita života válečných veteránů, deprese, deprese u seniorů, deprese u válečných veteránů

**Klíčová slova v AJ:**

Quality of life, war veterans, quality of life war veterans, depression, depression in seniors, depression in war veterans

**Rozsah:**

*Počet stran 106/počet příloh 12*

# OBSAH

<b>1 Úvod</b> .....	7
1.1 Rešeršní činnost.....	7
1.2 Kvalita života.....	10
1.3 Deprese u seniorů.....	16
1.4 Péče o válečné veterány.....	19
1.5 Možnosti péče o seniory v české republice.....	31
<b>2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ</b> .....	37
2.1 Etické aspekty práce .....	37
2.2 Cíl výzkumu .....	37
2.3 Charakteristika souboru a metoda sběru dat .....	38
2.4 Výpočet velikosti minimálního vzorku subjektů kontrolní skupiny .....	40
2.5 Realizace výzkumného šetření.....	41
2.5.1 Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS-15) .....	41
2.5.2 Dotazník SF-36 o zdravotním stavu.....	42
2.6 Metoda zpracování dat.....	44
<b>3 VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	45
3.1 Demografické údaje.....	45
3.2 Ověření platnosti hypotéz u GDS-15.....	46
3.3 Ověření platnosti hypotéz u Dotazníku SF-36 o zdravotním stavu .....	48
<b>4 DISKUSE</b> .....	57
<b>ZÁVĚR</b> .....	69
<b>REFERENČNÍ SEZNAM</b> .....	71
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	78
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	79
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	80

# 1 ÚVOD

Vzhledem k tomu, že definování kvality života není snadné a především vychází ze základních lidských potřeb, můžeme na kvalitu života pohlížet, jako na subjektivní posouzení vlastní životní situace úzce související i s depresí, převážně ve stáří, kdy mnohdy vzniká polymorbidita. S těmito somatickými potížemi se většinou objevují i potíže psychické a sociální. (Slováček, 2004). Zvláště ohroženou skupinou pro špatné vnímání kvality svého života a vyšší riziko vzniku deprese mají osoby, které si prošly v životě velice traumatizujícím zážitkem. Na základě těchto zjištění byly stanoveny klinické otázky:

Vnímají váleční veteráni kvalitu života hůře než osoby běžné populace?

Je míra deprese u válečných veteránů větší než u osob běžné populace?

Cílem této diplomové práce je sumarizace výsledků, které byly získány pomocí dotazníku SF-36 o zdravotním stavu a pomocí Geriatrické škály deprese dle Yesavage u skupiny seniorů, které se přímo účastnily druhé světové války, tj. u druhoválečných veteránů, kteří se aktuálně nacházeli v zařízení péče o válečné veterány. Jako kontrolní skupina k válečným veteránům byli vybráni senioři, kteří se nacházeli v zřízení dlouhodobé péče. Dále práce přibližuje pojem kvalita života, deprese u seniorů, pojem válečný veterán, možnosti péče o válečné veterány v České republice a možnosti péče o seniory v České republice.

## 1.1 Rešeršní činnost

Pro tvorbu diplomové práce a pro orientaci v dané problematice byla vstupně prostudována tato literatura:

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. (1997) Kvalita života-vymezení, definice, Historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. Česká a slovenská psychiatrie/Česká Lékařská společnost J. E. Purkyně. roč. 93 č. 2, s. 104. ISSN 1212-0383

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

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024731483

MAREŠ, J. 2014. Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *Praktický lékař* [online] 2014, 94 (1), s. 22-31. [cit. 2017-05-28]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid>.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Zákon č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech - příloha 1

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – příloha 2

#### **Interní normativní akty a vojenské předpisy:**

Rozkaz ministra obrany (RMO) č. 60/2010 Věstníku, Péče o důchodce v působnosti Ministerstva obrany.

Rozkaz ministra obrany (RMO) č. 43/2008 Věstníku, Poskytování příspěvku na stravování, lázeňskou péči a rekreační pobyty válečným veteránům – důchodcům z rozpočtové kapitoly Ministerstva obrany.

Rozkaz ministra obrany (RMO) č. 5/2006 Věstníku, Spolupráce s profesními sdruženími v působnosti Ministerstva obrany.

Normativní výnos Ministerstva obrany (NVMO) č. 12/2004 Věstníku, Poskytování příspěvku z rozpočtové kapitoly Ministerstva obrany ke zmírnění některých křivd způsobených komunistickým režimem.



## Rešeršní strategie

### ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

#### VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- klíčová slova v ČJ: kvalita života, váleční veteráni, kvalita života válečných veteránů, deprese, deprese u seniorů, deprese u válečných veteránů
- klíčová slova v AJ: Quality of life, war veterans, quality of life war veterans, depression, depression in seniors, depression in war veterans
- jazyk: čeština, slovenština, angličtina
- období: posledních 20 let

#### DATABÁZE:

Medvik  
Biliographie medica  
slovaca  
EBSCO  
PubMed  
ScholarGoogle

Nalezeno 166  
článků

#### Vyřazující kritéria:

Duplicitní články  
Články neodpovídající cílům práce  
Věk respondentů

#### SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH

#### DOKUMENTŮ:

PUBMED – 9  
MEDVIK – nic nenalezeno

Bibliographie medica slovaca – nic nenalezeno

EBSCO – 8

ScholarGoogle - 1



Pro tvorbu diplomové práce byly použity dvě z dohledaných studií.

## 1.2 Kvalita života

### Historický vývoj kvality života

Nejen ve zdravotnictví se stále častěji používá individuální styl péče. Místo termínu pacient se začíná používat slovo klient. S těmito posuny směrem k individuální péči nastala potřeba objektivně měřit úspěšnost péče. Na konci 70. let se jedním z těchto kritérií stává také hodnocení kvality života. Tento pojem se začal již vyskytovat již v římské a řecké mytologii. Koncem 30. let tento pojem uvedl do psychologie Thorndike a následně v 50. letech kvalita života stala politickým sloganem a cílem USA a až potom se stala kvalita života zájmem medicíny. (Dragomirecká, 1997)

Nejdříve se tento pojem začal užívat v somatické medicíně, převážně v onkologii a traumatologii. Poté se jí začala také zabývat psychiatrie a jí příbuzné obory.

V České republice se tento pojem více rozšířil v druhé polovině let 90. a nejvíce se zde prezentuje Dragomirecká, Škoda, Křivohlavý, Balcar aj., na Slovensku potom například Kováč a Rodan.

Kvalita života není absolutní kategorií, ale kategorií relevantní, jelikož může být vyjádřena kvalitativními a kvantitativními indikátory. Tímto zahrnujeme i proces hodnocení. Pokud chceme vymezit, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřena, musíme určit předmět a normu, se kterou je předmět porovnáván. V případě kvality života je předmětem hodnocení život. Nejčastěji se ptáme: Kvalitu jakého života budeme hodnotit? Nejčastěji hodnoceným životem, je život individuální. Ten zahrnuje jevy v kontextu s paradigmatem ošetřovatelství. Zde jsou také zahrnuty všechny projevy a oblasti jeho činnosti. Dále můžeme hodnotit život skupiny, společnosti nebo populace. V ošetřovatelství můžeme mluvit například o kvalitě života pacientů např. s onkologickým onemocněním. Ze sociologického hlediska se může hodnotit kvalita

života určitého národa. (Gurková, 2011)

Pojem kvalita života se vyskytuje v mnoha vědeckých oborech. Mimo ekonomii, politologii a sociologii, kde začínal, ho nalezneme také ve filozofii, teologii, sociální práci, psychologii. Nalézáme ho také ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, biologických oborech, v ekologii, dále také v technických oborech, jako je architektura, stavebnictví a doprava.

Do konceptu kvality života je zahrnuta široká škála různorodých oblastí zkušeností člověka, lze tam zahrnout fyzické funkce až po oblast prožívání životního štěstí a dosahování životních cílů. Proto ji lze těžko definovat a dosud nemá tento koncept všeobecně akceptovanou definici, metodologii a je předmětem mnoha interpretací bez jednoznačného výsledku. Problematika kvality života je v posledních asi 30. letech hodně zkoumána v různých oborech.

Na základě definic kvality života identifikováno pět kategorií konceptualizace kvality života. V ošetrovatelství dle ní je vymezena v těchto významech:

1. Schopnost vést normální život, štěstí, spokojenost
2. Dosahovat osobních cílů
3. Schopnost vést sociálně „aktivní“ život
4. Úroveň potencionální tělesné a mentální kapacity

Přesto, že je kvalita života prohlašována jako výsledek ošetrovatelské péče, respektive je to ukazatel její efektivity, není v našem sociokulturním kontextu ošetrovatelství dostatečně rozpracována.

„Diagnostikovat“ kvalitu života, je základem pro úspěšnost ošetrovatelských intervencí.

Některé studie naznačily, že hodnocení kvality života neukazuje pouze životní zkušenosti lidí s akutními nemocemi, ale také to bývá neocenitelné při plánování zásahů, které mohou zlepšit kvalitu života lidí. Další otázkou jsou faktory ovlivňující kvalitu života, která následně ovlivňuje všechny životní dimenze jednotlivce.

Spousta studií přispěla k pochopení kvality života související se zdravím. Většina z těchto studií, které se zaměřují na vztah mezi kvalitou života a zdravím, se soustředí primárně či v mnoha případech i výhradně na objektivní ukazatele, jako je nemoc, úroveň příjmů a sociální status. Ukazatele vztahující se k subjektivnímu vnímání kvality

života nebo subjektivní pohody, což ukazuje, jak je člověk celkově spokojený se svým životem, zůstávaly do značné míry v nečinnosti. S cílem zajistit ukazatele, které by se týkali subjektivní kvality života, vypracovali Ware a Sherbourne dotazník s 36 položkami ve zkrácené formě (SF-36) „... pro použití v klinické praxi a výzkumu, zdravotní politika hodnocení a průzkumy obecné populace.“ Normativní data pro dotazník SF-36 poskytl Oxfordský průzkum zdravého života (1991/1992), který byl proveden výzkumnou jednotkou zdravotnických služeb na Oxfordské univerzitě v Anglii.

**Medicínský přístup** ke kvalitě života je nejrozšířenější. Lze ho dělit na klinický a výzkumný. Klinický přístup se vyznačuje především ukazateli jako například: minimalizování utrpení (bolesti), dosažení nezávislosti jedince, zvládnutí zátěžových situací, samostatné zabezpečení života a materiálních potřeb, spokojenost s vlastním životem a radost ze života (Vokurka a Hugo, 1995).

Naproti tomu výzkumný přístup se zabývá touto otázkou nejkompexněji. Světová zdravotnická organizace tento přístup reprezentuje v projektu WHOQOL z roku 1997. vyplývá z toho, že zdraví je východiskem pro předpoklad dobré kvality života a je v interakci s prostředím, ve kterém jedinec žije (Vokurka a Hugo, 1995). Dalším přístupem je **přístup psychologický**. Zde se hodnocení týká především seberealizace, sebehodnocení, hodnocení osobnosti, sebeaktualizace, negativní indikátory (deprese, krize, poruchy nálad), zaměřuje se hlavně na well-being , což je především subjektivní pohoda (Kováč, 2000). **Filozofický přístup** je zaměřen na vnímání smyslu života. Nejvyšší myšlenka tohoto přístupu je svoboda a schopnost naší vůle jednat nezávisle na vnějších příčinách (Špalek, 2000). U **ekologického přístupu** hraje významnou roli prostředí, které ovlivňuje zdraví a tím i kvalitu života populace převážně ve vyspělých zemích. Činitelé: doprava, energie, bydlení, hluk, odpady, zemědělství, chemikálie, práce, vzduch, průmysl, klima, přírodní katastrofy a jiné (Doležalová, 2002).

**V ošetřovatelství** se hodnocení kvality života zaměřuje na člověka ve specifické životní situaci ve vztahu ke zdravotnímu stavu. Aby bylo možno kvalitu života pacientů zlepšit, je potřeba ji nejprve přesně definovat a následně změřit, tohle je základem pro úspěšnost ošetřovatelských intervencí, které se zaměřují na zlepšení kvality. Tato pozice hodnotícího kritéria, které vybírá konkrétní intervence, je důvodem, proč je nutné vymezit její význam v kontextu ošetřovatelství. Ten nabývá na intenzitě, díky, v

současnosti tak zmiňované, praxi založené na důkazech. (Gurková, 2011) Ošetřovatelství založené na důkazech by mělo posilnit status sestry v jejích rozhodovacích procesech. Nejčastější bariérou je nedostatek času, neochota změnit praxi, náročný přístup ke zdrojům, struktura hierarchie, nedostatečná motivace na vykonávání praxe založené na důkazech, nedostatek podpory od lékařů. (Hudáková, Majerníková, 2013)

### **Definice kvality života dle WHO**

Tato definice je platná od roku 1948, v anglickém originále zní: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*“ Vymezuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouhou nepřítomnost nemoci nebo slabosti.

Kvalitu života lze hodnotit na základě subjektivních a objektivních přístupů. Nejpodstatnější je však subjektivní hodnocení jedince tak, jak vnímá svou životní a zdravotní situaci, včetně svého sebeuplatnění v životním a pracovním prostředí. K takovému hodnocení se dají použít dotazníky, kterých je celá řada. Dělí se na dva typy: Dotazníky generické a specifické. Některé zdroje uvádějí ještě třetí typ dotazníku, tzv. standardizovaný behaviour test, který zjišťuje fyzické a kognitivní funkce.

Generické dotazníky hodnotí celkový stav jedince, dají se použít u jakýchkoliv skupin populace bez ohledu na pohlaví a věk. Mezi nejznámější dotazníky hodnotící kvalitu života patří SQUALA (Subjective Quality of life Analysis), SF36 (RAND 36 – Item Health Survey), ADL (Activities of Daily Living), WHOQOL-100, WHOQOL BREF-26 a další.

Specifické dotazníky jsou tvořeny pro jednotlivé typy onemocnění. Mnohdy je jejich součástí i generický dotazník. Jako příklad lze uvést dotazník zjišťování kvality života u nemocných s chronickým selháváním ledvin (Kidney Disease Quality of Life Instrument – KDQOL), jehož součástí je i dotazník SF36.

### **Kvalita života ve stáří**

Vzhledem k všeobecně známým skutečnostem, že naše populace stárne, je téma kvalita života ve stáří stále aktuálnější. Zdraví a kvalita života ve vyšším věku jsou

podmíněny do značné míry životními podmínkami a je potřeba zaměřit se na specifické potřeby v různém věku. Zde si můžeme položit otázku, co je to stáří? Je to poslední část lidského života, vysoký věk. Nelze určit, kdy přesně stáří nastupuje, protože fyziologické změny v procesu stárnutí v lidském organismu probíhá neustále.

Členění středního a vyššího věku dle WHO:

- a. Období středního věku (45-59let)
- b. Období raného stáří (60-70let)
- c. Období vlastního stáří (75-89 let)
- d. Období dlouhověkosti (nad 90 let)

Aspekty stáří jsou:

1. Pokles tělesné hmotnosti, výšky, proporcí
2. Zvýšení rizika úrazu
3. Snížená pohyblivost jedince
4. Snížení výkonnosti srdce, plic, cévního systému
5. Menší výkonnost žláz s vnitřní sekrecí
6. Změna vzhledu a vlastností kůže
7. Zhoršení zraku
8. Zhoršení sluchu
9. Změna termoregulace
10. Lá mavost vlasů, nehtů, šednutí vlasů
11. Vyšší náchylnost k nemoci

Stárnutí je ovlivněno mnoha okolnostmi, jako jsou změny tělesné, psychické a sociální. Působení těchto změn má velký dopad fyzické stárnutí a tím i na kvalitu života. Tím se rozlišují aspekty stárnutí na biologické, psychologické a sociální (Malíková, 2011, s. 19). Vlivy, které ovlivňují kvalitu života můžeme rozdělit na přímé, kde patří finance, prostředí, dostatek informací, doprava, volnočasové aktivity, zdravotnické služby a na vlivy nepřímé, kde řadíme subjektivní spokojenost se zdravím a depresivní symptomy (Halvorsrud, 2010, s. 55). Kvalita života je převážně záležitost subjektivního vnímání, nikoli objektivní údaj. Je to individuální vnímání prožívání a hodnocení jednotlivých oblastí jedincem (Mareš, 2014, s. 23).

Ve stáří se mění fyziologické potřeby člověka. Mění se chuť k jídlu důsledkem ubývání chuťových pohárků, s touto změnou souvisí potřeba vyprazdňování, senioři často trpí zácpou a může začít nastupovat i inkontinence. Důležitý je pro seniora také spánek, vzhledem k tomu, že se rychleji unaví i při běžných činnostech. Spánek probíhá ve více fázích, nejen v noci. Do pozadí ustupují potřeby, jako je potřeba příjmu tekutin, hygienické potřeby sexuální potřeby a úprava zevnějšku. Mezi psychosociální potřeby je prioritní potřeba jistoty a bezpečí jako sociální, tak ekonomické. Senioři prožívají různé obavy jak z onemocnění, tak ze ztráty životního partnera či fyzické závislosti na jiné osobě. Ke konci svého života senioři hodnotí svůj dosavadní život a začínají si pokládat otázky o smyslu svého života.

Kvalita života ve stáří vyžaduje komplexní pohled a spolupráci v celém spektru vědních i společenských oborů. Je nutné usilovat o pochopení potřeb seniorů, aby nedošlo k poklesu kvality jejich života. To se týká i služeb, které jsou seniorům poskytovány. Kvalita života seniorů je spojena s historickým, geografickým, ekonomickým i společenským kontextem. Kvalita života je ovlivněna také životními zkušenostmi, životními podmínkami a subjektivním vnímáním. Pohled na kvalitu života se mění s věkem, zdravotním stavem a mnoha dalšími věcmi, včetně transkulturních vlivů.

Ke zvýšení kvality života u seniorů je důležité dát v průběhu života všem lidem příležitost pro aktivní život. Hranice jednotlivých fází života se tak stávají méně vyhraněné a flexibilnější. I starší lidé by měli být hodnoceni jako jednotlivci na základě svých schopností a potřeb.

Za velmi významné je považováno zkoumání kvality života v domovech pro seniory, což je důležité pro jejich spokojený a důstojný život. (Dvořáčková, 2012)

V geriatrických oborech je důležité a také nevyhnutelné hodnocení potenciálu zdraví, funkčního stavu a následné stanovení intervencí ve smyslu jeho zlepšení. Velice důležitá je i kontinuální podpora kvality života, podmíněná zdravím seniora. Ošetrovatelská péče o seniory by měla uspokojovat jejich potřeby, zohledňovat geriatrické syndromy, respektovat specifika geriatrického věku a zajišťovat standartní péči. (Hudáková, Majerníková, 2013)

Ministerstvo práce a sociálních věcí si připravilo program Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025. Tento program se zabývá přípravou populace na stárnutí a zajišťuje aktivní stárnutí seniorů. Program je zaměřen na různé oblasti, např. finanční situaci, bydlení, instituce zaměřené na péči o seniory. Do tohoto programu je aktivně zahrnut jak stát, tak i kraje a obce.

### 1.3 Deprese u seniorů

*„Deprese je stav patologického afektu s převahou smutné nálady, působící na vnímání, poznávání a emoční zkušenost. Přítomny jsou příznaky psychické, somatické a behaviorální.“*

U seniorů je předpokládán multikauzální původ deprese, tj. vliv genetický, neurochemický a sociální. Deprese postihuje asi 30% seniorů, kteří jsou hospitalizováni či v dlouhodobé ošetrovatelské péči. Nejvíce jsou ohroženi senioři osamělí, s nízkým socioekonomickým statusem nebo s kognitivní a somatickou poruchou. Deprese zvyšuje mortalitu i morbiditu. Zhoršuje průběh chronických onemocnění, soběstačnost, výživu...

Vývoji deprese napomáhá:

- Reaktivní začátek (dlouhodobá porucha přizpůsobivosti)
- Aktuální ztráta (patologická reakce smutku déle než 6 měsíců)
- Chronická bolest
- Neurologický podíl (chronická depresivita, porucha osobnosti)
- Organický podíl (multimorbidita, multimedikace)
- Endogenní deprese)genetická dispozice, neznámý faktor)

Hlavní příznaky deprese:

- Depresivní nálada
- Ztráta zájmů
- Bezútěšnost
- Nedostatek podnětů
- Zvýšená únavnost



Další příznaky jsou ranní pesimismus, neschopnost se radovat, agitování bolesti hlavy, ztráta sil a energie, bludy, pocitové prázdnoty, poruchy pozornosti, poruchy soustředění, sebepodceňování, pocit bezcennosti, pesimistický pohled na vlastní budoucnost, sebevražedné myšlenky, poruchy spánku, zažívací potíže, nechutenství, úbytek tělesné hmotnosti. (Češková, 2013)

Při diagnostice deprese je důležité navázat s pacientem vztah a získat informace, které se netýkají přímo diagnózy. Pacient by měl mít možnost říct svůj příběh, popsat své pocity. Tím se zvyšuje možnost mluvit i o citlivějších tématech, které mohou být příčinou nynějšího stavu. U takovýchto rizikových pacientů se provádí screening depresivních symptomů pomocí standardizovaných škál, jako například Geriatrická škála deprese dle Yesavage, která je nejčastěji používaná nebo Beckova sebe posuzující škála deprese, Hamiltonova škála deprese (HAM-D), škála deprese Montgomeryho a Asberga, samoposuzovací škála deprese dle Zunga. (Psychiat. pro Praxi, 2007)

Fáze deprese:

- Lehká deprese – dva hlavní a dva doplňující příznaky
- Střední deprese – dva hlavní a tři až čtyři doplňující příznaky
- Těžká deprese – tři hlavní a minimálně čtyři doplňující příznaky, trvající minimálně dva týdny

Deprese bývá často nerozeznána a zaměňována s demencí, psychózou, Parkinsonovou nemocí nebo hypotyreózou. Někdy dochází ke spontánnímu uzdravení, ale jsou i případy suicidálních pokusů. Mimo rozhovoru s pacientem, kterým se začíná, je také prováděno orientační tělesné vyšetření, jako je hmotnost, soběstačnost (ADL), kognitivní funkce (MMSE), neurologické vyšetření, laboratorní vyšetření, EKG. (Češková, 2013)

Při syndromu deprese nejsou schopni nemocí využívat své kognitivní funkce, i když nejsou tyto funkce postiženy, proto je mnohdy je snadné zaměnit příznaky deprese s demencí. Tento stav se nazývá depresivní pseudodemence. (Psychiat. pro Praxi, 2007)

Je důležité zaměřit se kromě rodinné a osobní anamnézy také na anamnézu lékovou (léky působící depresi – např. neuroleptika, benzodiazepiny, ATB, cytostatika, hormony). Jako pomocné vyšetření lze zařadit cílené psychologické vyšetření, zobrazovací metody nebo speciální laboratorní vyšetření. Dále má také nezastupitelnou roli i vyšetření psychologické, které nám je schopno určit míru organicity, stupeň deteriorace intelektu a paměť. (Češková, 2013)

Významný vliv na vznik deprese ve stáří mají faktory jako např. „syndrom opuštěného ptačího hnízda“, při odstěhování dětí z domova, které začínají žít vlastní život. Jako další faktory lze zařadit abúzus alkoholu či návykových látek, ztráta pocitu významnosti, snížení ekonomického statusu, odchod do důchodu, reakce na somatické choroby, jako třeba ztráta sluchu, porucha hybnosti po mozkových příhodách, a podobně. (Psychiat. pro Praxi, 2007)

### **Riziko vzniku deprese v zařízeních péče o seniory**

To, že stárnutím přibývají tělesné změny, má za následek větší soustředění na zdravotní stav. Systém zdravotní péče je převážně zaměřen na symptomy a tím pak vzniká v pacientovi dojem, že pečující personál nic jiného nezajímá. Proto při potřebě kontaktu pacienta s okolím nabízí pacient příznak a tím si získává pozornost pečujícího personálu. Senior tím reaguje na změnu situace, která nastala změnou jak povahových rysů stárnoucího člověka, tak i změnou sociální situace dotyčného a odloučení se od jemu známého okolí. Proto je velice důležité rozlišovat chování způsobené změnami ve stáří od duševních či somatických poruch. Aby byla adaptace seniora na nové prostředí co nejsnadnější, je potřeba jej o všem dobře informovat a vše vysvětlit:

1. Příprava seniora na změny ve stáří, především na stěhování do zařízení pro seniory
2. Seznámení klienta i rodiny se zvyklostmi daného zařízení
3. Znalost rituálů, zvyků a o možná nejširší přizpůsobení seniorovi
4. Ponechání osobních věcí, umožnění kontaktu s lidmi a prostředím na které je senior zvyklý.
5. Přístup ke člověku, „jaký byl před vstupem do sociálního zařízení.
6. Akceptace povahových rysů. V seniorském věku si nemůžeme činit nároky na změnu povahy.

7. Respektování přání klienta. Vše co poskytuje zařízení, bereme jako nabídku, možnost. Zapojení se do každodenních aktivit je svobodná vůle klienta. I když víme, že nečinnost zhoršuje zdravotní i psychický stav, nutit nikoho nebudeme. (Venglářová, 2007)

Přístup k depresivním klientům je velice obtížný, vidíme je jako klienty, kteří jsou uzavření do sebe a nemají zájem o spolupráci ani kontakt. V krajním případě mohou odmítat péči agresí. Základem je empatie ke stavu nemocného. Je lepší nabízet než nutit. Při závažném stavu je nutné zajistit potřeby, včetně péče o hygienu, stravování... Při poruše spánku hledáme nejprve nefarmakologické možnosti, především nenechávat pospávat klienta během dne. I při neustálém odmítání klientem, je potřeba stále navazovat kontakt. Největší chyby v přístupu u klienta trpícího depresí jsou: bagatelizace či zlehčování jeho obtíží (člověk trpící depresí propadá dojmu, že jeho situaci nikdo nerozumí), neustále doporučování nových aktivit (přetěžují nemocného a působí zvýšené nároky na adaptaci), nucení k rozhodování, přílišná liberálnost – ponechání nemocného sama sobě (může se stát, že nezvládne běžné denní činnosti). (Venglářová, 2011)

## **1.4. Péče o válečné veterány**

### **Válečný veterán**

Zákon č. 170/2002 Sb. § 3, o válečných veteránech specifikuje, kdo se může tímto veteránem stát. Viz příloha číslo 1.

### **Druhoválečný veterán**

Druhoválečným veteránem je nositel osvědčení dle § 1 odst. 1 písm. a) – f) zákona č. 255/1946 Sb., který rovněž splňuje podmínky pro vydání osvědčení dle zákona č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech, ve znění pozdějších předpisů. Druhoválečným veteránem může být jak příslušník Československé armády, tak partyzán nebo další účastník domácího odboje.

Ze strany státu a Ministerstva obrany je druhoválečným veteránům poskytována kontinuální péče, a to již od roku 1990, kdy došlo k přijetí řady odškodňovacích zákonů, na základě kterých došlo k realizaci finančního odškodnění. Podle zákona č. 357/2005 Sb. tak válečným veteránům náleží příplatek k důchodu a také zvláštní příspěvek

k důchodu. Mimo toto mají nárok na bezplatnou pečovatelskou péči (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). V roce 2002 došlo k přijetí zákona č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech ve znění pozdějších předpisů, který kromě morálního ocenění válečných veteránů řešil i zřízení domovů péče o válečné veterány atd. Dalšími novelami tohoto zákona, pak byly uzákoněny možnosti válečným veteránům poskytovat ze strany Ministerstva obrany různé výhody. Ministerstvo obrany zajišťuje důchodcům – válečným veteránům zdravotní péči, příznivé podmínky pro stravování, vytváří pro ně podmínky pro uspokojování kulturních, rekreačních a tělovýchovných potřeb, aj. K zajištění nadstandardní péče o druhoválečné veterány v domovech sociální péče vyhláší Ministerstvo obrany ČR dotační programy ([www.veterani.army.cz](http://www.veterani.army.cz), 2020).

### **Novodobý válečný veterán**

Za novodobého válečného veterána je považován příslušník ozbrojených sil, Armády ČR, Vojenské policie či Policie ČR, který nepřetržitě alespoň po dobu 30 kalendářních dnů konal službu v místě ozbrojeného konfliktu nebo službu v mírových operacích podle rozhodnutí mezinárodní organizace, jejímž členem je také Česká republika (např. v jednotkách KFOR v Kosovu, v úkolovém uskupení ISAF v Afghánistánu apod. (Meca, 2010, s. 2).

Existují ale rovněž „novodobí“ váleční veteráni, kterých máme v České republice přes 15 tisíc. Jde o muže a ženy, kteří po roce 1990 působili v zahraničních operacích naší armády. Počínaje Perským zálivem, přes nasazení na území bývalé Jugoslávie, Irák, Afghánistán, v současné době Mali, Sinaj a další místa. Je to nesmírně různorodá skupina lidí, může jim být kolem 80, ale třeba i jen 24 let ([www.info.cz](http://www.info.cz), 2020).

### **Péče o válečné veterány v ČR**

V České republice je zajišťována péče o válečné veterány Ministerstvem obrany ČR. Jsou rozděleni na válečné veterány novodobé, a válečné veterány z druhé světové války. Spadá zde spousta spolků a sdružení, které pomáhají péči zajišťovat, např. Československá obec legionářská, Český svaz bojovníků za svobodu, Sdružení válečných veteránů ČR a mnoho dalších. Tyto spolky poskytují válečným veteránům mimo jiné i informace o možnostech podpory jejich zdraví. 1x ročně mohou zažádat o

finanční podporu na lázeňskou, rehabilitační péči nebo rekreační pobyt, veteráni, kteří jsou ve starobním důchodě nebo invalidním důchodu III. stupně, mohou využívat výhody z Fondu kulturních a sociálních potřeb Ministerstva obrany. Dále mohou požádat o umístění v LDN, na sociální lůžko, v domově se zvláštním režimem či v Domově péče o válečné veterány. Tyto zařízení jsou spravovány vojenskou nemocnicí v Praze nebo v Olomouci.

Oddělení péče o vojenské důchodce – na základě dotace provozuje Československou obec legionářskou, zde spadají terénní pracovníci, domovy péče o válečné veterány, LDN a sociální lůžka pro válečné veterány a jiné.

Péče o válečné veterány:

- LDN VN Praha – 26 lůžek
- Domov Vlčí mák – 10 lůžek + Domov se zvláštním režimem 30 lůžek
- Domov péče o válečné veterány – 8 lůžek
- LDN VN Olomouc – 27 lůžek
- Domov péče o válečné veterány Karlovy Vary – 28 lůžek
- Terénní pracovníci pro válečné veterány
- Příspěvky na lázně a rekreace
- Příspěvky na stravování v resortních stravovacích zařízeních

S přijetím zákona o péči o válečné veterány byla přijata i Koncepce péče o účastníky národního boje za osvobození, vojenské důchodce a důchodce resortu. Tato koncepce nastínila věcný, právní a finanční záměr řešení sociální péče. Cílem bylo navázat na systém státní sociální péče, tím vytvořit předpoklady k tomu, aby se oprávněné osoby mohly podílet bez větších problémů na společenském životě, zachovaly si vytvořené společenské styky a zájmy a mohly uspokojovat své životní potřeby, tím se vyrovnaly s podmínkami života, které přináší proces stárnutí.

Z výše uvedeného je patrné, jak velký význam má péče o válečné veterány. Tato péče je zakotvena legislativně zakotvena v českém právním řádu a v mnoha nařízeních, směrnicích a koncepcích, které má za úkol vypracovávat a inovovat Ministerstvo obrany ČR.

V roce 2002 byla přijata koncepce péče Ministerstva obrany o účastníky národního boje za osvobození - nositele osvědčení podle zákona č. 255/1946 Sb., o příslušnících československé armády v zahraničí a o některých účastnících národního boje za osvobození, ve znění zákona č. 101/1964 Sb., vojenské důchodce a důchodce resortu, která vytvořila směr a rozsah právního a věcného rámce pro vztah Ministerstva obrany k adresátům sociální péče, tj. k občanům těchto sociálních skupin.

Jako první svého druhu popsala právní postavení účastníků národního boje za osvobození, vojenských důchodců a důchodců resortu. Nastínila věcný, právní i finanční záměr řešení sociální péče o výše uvedené kategorie osob.

Koncepce měla za cíl navázat na systém státní sociální péče a vytvořit předpoklady k tomu, aby se oprávněné osoby mohly bez problémů podílet na společenském životě, zachovaly si již vytvořené společenské styky a své zájmy a mohly přiměřeně uspokojovat své životní potřeby a tím se vyrovnaly s podmínkami života, které přinášejí proces stárnutí.

Mezi zákonem definované činnosti, kterým musí ministerstvo obrany věnovat v souvislosti s válečnými veterány pozornost, patří:

- vydávání daným osobám osvědčení válečného veterána a vede evidenci vydaných osvědčení,
- umožnění občanským sdružením, která sdružují převážně válečné veterány, bezplatné využívání objektů, s nimiž hospodaří ministerstvo a právnické osoby jím zřízené, k provozování schůzové činnosti nebo pořádání kulturních a společenských akcí,
- zabezpečení oslavy Dne válečných veteránů, (11. listopadu)
- zřizování a spravování domovů péče o válečné veterány, které jsou součástí příspěvkové organizace zřízené ministerstvem, popřípadě poskytuje dotace poskytovatelům sociálních služeb provozujícím zařízení sociálních služeb obdobná domovům, ve kterých je poskytována péče válečným veteránům a jejich manželkám nebo manželům,
- rozhodování o přijetí válečného veterána a jeho manželky nebo družky (manžela nebo druha) do domova a rozhodnutí o přerušení nebo ukončení jeho (jejího) pobytu v domově,

- poskytnutí příspěvku na lázeňskou péči nebo rekreační pobyt, a to nejen válečným veteránům, ale také jejich manželkám (manželům) (viz zákon o válečných veteránech)
- zabezpečování slavnostních a pietních akcí s účastí válečných veteránů, zejména u příležitosti státních svátků a významných výročí účasti ozbrojených sil v ozbrojených konfliktech a mírových operacích,
- od roku 2007 mají váleční veteráni možnost získat příspěvek na stravování ve vojenských stravovacích zařízeních,
- od roku 2007 existuje možnost jmenovat válečné veterány do vyšší vojenské hodnosti, aj. (zákon č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech).
- Ministerstvo obrany má fungující systém péče o válečné veterány, který je postaven na těchto třech pilířích:
  - Přímá pomoc jednotlivým válečným veteránům;
  - Spolupráce s občanskými sdruženími;
  - Poskytování péče v domovech péče o válečné veterány zřízených Ministerstvem obrany.

V roce 2007 byla přijata podobná koncepce s názvem „Zlepšení kvality života válečných veteránů“. Tato koncepce v mnohém vychází z předešlé uvedené koncepce a klade si za cíl tyto aktivity, které by měly vést ke zkvalitnění péče o válečné veterány:

- analýza počtu a úkolů terénních pracovníků (původně také regionální pracovníci), kteří v současné době působí v rámci krajů ve prospěch vojenských důchodců (při krajských vojenských velitelstvích). Jejich působnost rozšířit o zjišťování počtů druhoválečných veteránů na svém teritoriu, o aktivní vyhledávání sociálně potřebných druhoválečných veteránů, o informování druhoválečných veteránů o možnostech, které mohou v rámci sociálního systému ČR využívat, apod.
- dokončení výstavby do konce roku 2008 dvou LDN pro dlouhodobě nemocné druhoválečné veterány, přičemž je koncipovat jako více účelové sociální zařízení;

- žádosti o spolupráci při zabezpečení péče o druhoválečné veterány adresované ministru práce a sociálních věcí, ministru zdravotnictví a hejtmanům krajů;
- spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví v oblasti bezplatného zajištění léků pro druhoválečné veterány;
- Zkvalitnění komunikace druhoválečných veteránů s okolím a úřady. Z tohoto účelu připravit z úrovně MO informační materiál o všech výhodách, které mohou čerpat ze státního sociálního systému;
- řešení otázky jmenování druhoválečných veteránů do vyšších vojenských hodností a povolení nošení vojenského stejnokroje;
- zachování systému poskytování příspěvků na lázeňskou péči a rekreační pobyty;
- zachování dotačního programu k zajištění pobytu a poskytnutí nadstandardní péče nositelům osvědčení dle zákona č. 255/1946 Sb. a zákona č. 170/2002 Sb., v zařízeních sociálních služeb, která provozují poskytovatelé sociálních služeb registrovaní podle zákona č. 108/2006 Sb.;
- důstojné zajištění pietních a vzpomínkových akcí jak na celostátní úrovni, tak i na úrovni regionální;
- vyčlenění plánovaných finančních prostředků na péči o druhoválečné veterány, aj. ([www.veterani.army.cz](http://www.veterani.army.cz), 2020).



## **Přímá pomoc jednotlivým válečným veteránům**

Mezi přímou pomoc, kterou poskytuje ministerstvo obrany jednotlivým válečným veteránům, patří například příspěvky na lázeňskou péči a rekreační pobyty.

Přímá pomoc jednotlivým válečným veteránům je poskytována v několika formách:

- Poskytování příspěvku na lázeňskou péči a rekreační pobyty;
- Pomoc při umísťování válečných veteránů do zařízení sociální péče ([www.army.cz](http://www.army.cz), 2020).

Příspěvky na lázeňskou péči a rekreační pobyt jsou poskytovány Ministerstvem obrany na základě zákona o válečných veteránech. Na základě rozkazu ministra obrany je válečným veteránům a jejich manželkám (manželům) poskytnut 1x ročně:

- příspěvek na lázeňskou péči příspěvkovou,
- příspěvek na lázeňskou péči komerční a to až do výše 25 000,- Kč;
- příspěvek na rekreační pobyt v České republice, a to až do výše 6000,- Kč;
- příspěvek na rekreační pobyt v zahraničí, a to až do výše 12 000,- Kč
- příspěvek na stravování ve vojenských stravovacích zařízeních (tento příspěvek je omezen jen na zařízení při krajských vojenských velitelstvích či posádek,
- dary při životních výročí válečných veteránů (tyto dary jsou předávány válečným veteránům prostřednictvím krajských vojenských velitelství, a to na základě seznamů předložených terénními sociálními pracovníky pro válečné veterány) (<http://www.veterani.army.cz/lazne-rekreace-stravovani>, 2020).

## **Pomoc při umísťování válečných veteránů do zařízení sociální péče**

Kromě poskytování dávek a služeb sociální péče, pomáhá Ministerstvo obrany při umísťování válečných veteránů do zařízení sociální péče nebo také přímo poskytuje péči v domovech péče o válečné veterány, jejichž zřizovatelem je přímo ministerstvo obrany. K zajištění plošného a rychlého umísťování válečných veteránů v civilních zařízeních sociální péče vyhláší ministerstvo již od roku 2002 dotační program zvaný „Poskytování nadstandardních sociálních služeb válečným veteránům“. Dotace

jsou poskytovány při přijetí a na zajištění nadstandardní péče o oprávněné osoby. Dotace se poskytuje přímo zařízení, které poskytuje válečnému veteránu sociální péči.

### **Domov péče o válečné veterány**

Do těchto zařízení jsou přednostně umísťováni váleční veteráni. Vyhláška č. 191/2005 Sb. stanovuje zdravotní překážky, pro které nemůže být veterán přijat a jaký bude způsob úhrady nákladů za pobyt v daném domově. Ministerstvo obrany aktivně pomáhá i těm veteránům, kteří z různých důvodů nemohou využít rezortní zařízení, např. s hledáním volného místa v Domově pro seniory či jiném civilním zařízení. Žádosti o umístění do domova si mohou váleční veteráni – důchodci vyzvednout na Ministerstvu obrany nebo cestou terénního pracovníka, případně stáhnou na webových stránkách daného zařízení. Spolu s žádostí o umístění do DPVV žadatel zašle: - vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele - kopii osvědčení válečného veterána - kopii důchodového výměru. Přijetí do domova péče o válečné veterány se řídí zákonem č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech a ve znění pozdějších předpisů, Vyhláškou č. 191/2005 Sb., o zdravotním postižení vylučujícím přijetí do domova péče o válečné veterány, úhradě nákladů za pobyt v domově péče o válečné veterány a případech, kdy se úhrada nákladů za pobyt v domově péče o válečné veterány nepožaduje.

Ministerstvo obrany zřídilo na základě zákona č. 170/2002 Sb. dva Domovy péče o válečné veterány, a to v Karlových Varech a v Praze. V těchto zařízeních jsou umístěni váleční veteráni, u kterých není potřebná trvalá péče, a jsou schopni se o sebe sami postarat. V těchto zařízeních jsou společně se svými manželkami či družkami. Nedojde-li k naplnění kapacity domova, může být v tomto zařízení umístěna také jiná osoba. To lze ale pouze dočasně a za plnou úhradu veškerých finančních nákladů, na rozdíl od válečných veteránů (Vrabcová 2018).

*„Klient se podílí na úhradě nákladů na bydlení, stravu a služby s pobytem spojené. Výše úhrady a způsob jejich úhrady jsou stanoveny vyhláškou č. 191/2005 Sb., o zdravotním postižení vylučujícím přijetí do domova péče o válečné veterány, úhradě nákladů za pobyt v domově péče o válečné veterány a o případech, kde se úhrada nákladů za pobyt v domově péče o válečné veterány nepožaduje“.*

V roce 2001 byl zřízen Domov péče o válečné veterány Vlčí mák při Ústřední vojenské nemocnici Vojenské fakultní nemocnici v Praze. Domov péče o válečné veterány

Karlovy Vary vznikl vlivem cílené celkové přestavby Lázeňského domu Bílý Kříž a otevřen byl v roce 2005.

*„Provozovatelem Domovů pro válečné veterány je Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnici Praha a jsou v nich poskytovány rezidenční sociální služby (Domov péče o válečné veterány [on-line]). Domov péče o válečné veterány Vlčí mák při Ústřední vojenské nemocnici - Vojenské fakultní nemocnici Praha poskytuje dva typy sociálních pobytových služeb - domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Domov pro seniory disponuje 7 jednolůžkovými pokoji s kuchyňským koutem a příslušenstvím a 1 dvoulůžkovým pokojem s kuchyňským koutem a příslušenstvím. Kapacita domova se zvláštním režimem je 30 lůžek a je držitelem certifikátu Vážka, který uděluje Česká alzheimerovská společnost. Kvalitu péče v Ústřední vojenské nemocnici - Vojenské fakultní nemocnici Praha potvrdilo absolutní vítězství v soutěži Nejlepší nemocnice 2016 a 2. místo v této soutěži za rok 2017“ (Vrabcová 2018).*

Uživatelé mají v Domově péče o válečné veterány Bílý kříž v Karlových Varech k dispozici celkem 28 míst v bytech různého typu, a to v 16ti jednolůžkových a 6ti dvoulůžkových bytech. Pro kvalitní život veterána v tomto zařízení má každý jednopokojový byt má kuchyňku, ložnici a koupelnu a vybaven krásným nábytkem. Dvoupokojové byty jsou určeny pro manželské páry. Zařízení poskytuje navíc pečovatelskou službu a bezbariérovost všech prostor (Vrabcová 2018, s. 21).

Ministerstvo obrany ve spolupráci s terénními pracovníky Československé obce legionářské aktivně pomáhá rovněž těm veteránům, jež nemohou z různých důvodů využít rezortní zařízení. Těmto veteránům je pomáháno např. s hledáním volného místa v domově pro seniory nebo jiném civilním zařízení (Vrabcová 2018).

Válečný veterán je přijímán do domova na základě písemné žádosti podané ministerstvu. Žádost může podat též zdravotnické zařízení nebo občanské sdružení. K žádosti se přiloží ověřený opis osvědčení válečného veterána a vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele. Válečný veterán podává žádost o přijetí do domova i za manželku nebo družku (manžela nebo druha), a to s jejím (jeho) souhlasem.

*„V případech hodných zvláštního zřetele, zejména ze zdravotních důvodů, může ministerstvo do domova přijmout válečného veterána s manželkou nebo družkou*

*(manželem nebo druhem). V případě úmrtí válečného veterána lze jeho manželku nebo družku (manžela nebo družu) v domově ponechat, pokud o to požádá. Vyhovuje-li se žádosti o přijetí do domova, určí se doba pobytu a nevydává se rozhodnutí (zákon č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech, v aktuálním znění).“*

V domově se poskytuje zejména bydlení, strava, zaopatření a služby s pobytem spojené a v případě potřeby osobní vybavení. Péče se poskytuje formou trvalého nebo dočasného pobytu, přičemž dočasným pobytem se rozumí časově omezený pobyt válečného veterána v domově trvajícím nejméně 7 po sobě jdoucích kalendářních dnů a nejvíce 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců.

Válečný veterán se rovněž podílí na úhradě nákladů na bydlení, stravu a služby. O výši tohoto podílu rozhoduje ministerstvo na základě prokázaných příjmů válečného veterána. Po úhradě podílu nákladů za bydlení, stravu a služby musí válečnému veteránovi zůstat alespoň 15 % jeho příjmu, kdy se příjmem pro účely úhrady rozumí příjmy podle zákona o životním a existenčním minimu. Příjmem tedy není příspěvek na péči (§ 6 zákona č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech).

### **Léčebny dlouhodobě nemocných**

Váleční veteráni, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobější následnou zdravotnickou péči nebo jim neumožňuje soběstačný pobyt v Domově péče pro válečné veterány, mohou být umístěni ve vojenské nemocnici v Léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) nebo na lůžku sociální péče. V případě LDN je pobyt omezen třemi, resp. šesti měsíci a pobyt a péče jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Lůžka sociální péče časové omezení pro pobyt válečného veterána nemají a financování pobytu a péče probíhá dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pro tyto případy poskytují Úřady práce příspěvek na péči.

Léčebna dlouhodobě nemocných v Olomouci se nachází ve zrenovovaném Hospodářském dvoře, který je součástí olomoucké vojenské nemocnice. Tato nemocnice je nejstarším vojenským zařízením svého druhu na našem území. Středisko péče pro válečné veterány s profilem ošetrovatelských a léčebných lůžek zajistí komplexní zabezpečení veteránů, jejichž zdravotní stav neumožňuje pobyt v penzionech, tedy těm, kteří potřebují lékařskou a ošetrovatelskou péči. Kapacita zařízení je 23 lůžek pro dlouhodobě nemocné. Lůžka je možné provozovat také

v režimu zdravotně-sociálních lůžek (aktuálně se jedná o jedno lůžko). Zároveň je zcela unikátní v tom, že se jedná o zařízení, kde je počítáno s poskytováním ošetrovatelské, ale dle potřeby i léčebné péče v návaznosti na specializovaná oddělení Vojenské nemocnice v Olomouci. Organickou součástí jsou i rehabilitační služby.

Na základě analýzy, kterou provedlo Ministerstvo obrany, budou v nejbližší době do domovů péče o válečné veteráni přijímáni výhradně váleční veteráni 2. světové války. Z dosavadních zkušeností při umísťování válečných veteránů do domovů popř. „civilních“ sociálních zařízení vyplývá, že veteráni chtějí být umístěni v blízkosti své rodiny, resp. svého dosavadního bydliště. Tyto jejich požadavky jsou řešeny prostřednictvím dotační politiky Ministerstva obrany tak, že Ministerstvo obrany finančně přispívá na pobyt válečných veteránů v zařízeních sociálních služeb různého charakteru.

Váleční veteráni, kteří se zúčastnili misí po roce 1990, tzv. novodobí veteráni, nemají v současné době žádné požadavky na umístění do domova. Z celkového počtu cca 12.000 registrovaných osob se osoby starší 60 let dají počítat v řádu desítek. Lze očekávat, že potřeba umístění do domovů po dosažení věku 65 let se významněji projeví až u skupin osob, kterým je v současné době 45 a méně let, tj. kolem roku 2025.

### **Terénní péče**

Terénní sociální práce je jedním z nejvýznamnějších a účinných nástrojů, jak předcházet sociálnímu vyloučení jednotlivců, rodin či celých sociálních skupin z určitých interakcí a z provozu sociálních institucí, které jsou ve společnosti přístupné většině (Nedělníková, 2004).

*„Terénní sociální práce je realizována prostřednictvím terénních forem sociálních služeb. Sociální službou se přitom rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem jejich sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (Matoušek, 2007, s. 11).“* Tyto sociální služby jsou naplňovány v přirozeném sociálním prostředí – v rodině, domácnosti, v místě, kde tito lidé pracují, vzdělávají se či realizují běžné sociální aktivity (např. otevřená drogová scéna apod.) (Bednářová, Pelech, 2000, s. 47).

Specifikem terénní sociální práce je, že pomáhající vyhledává potenciální uživatele sociálních služeb v jejich přirozeném prostředí a společná setkání tak obvykle

neprobíhají na půdě organizace, která terénního sociálního pracovníka/terénního pracovníka zaměstnává (Sociální práce, 2008, s. 35). Tento způsob práce umožňuje kontakt s lidmi, kteří z různých důvodů sami institucionální pomoc nevyhledávají, případně z počátku i odmítají. Návštěvy v domácnostech uživatelů v rámci práce v přirozeném prostředí také poskytují příležitost ke spolupráci s celou rodinou a širším společenstvím. V případě práce ve vyloučených lokalitách se nabízí možnost skupinové či komunitní práce. Tato specifika v sobě obsahují takové příležitosti a potenciál, které při práci s jednotlivcem v poradenském zařízení či na úřadě není možné využít. Na druhou stranu vstup do soukromého prostoru jednotlivců, rodin a celých společenství klade vysoké nároky na profesionalitu a etické chování pracovníků, stejně tak jako vstup do teritorií cílové skupiny, jež se zpravidla nachází ve veřejném sektoru (Nedělníková, 2004). V případě terénní sociální práce jde o to, že sociální pracovník vstupuje do prostoru, již veteráni vnímají jako svůj a nemusí tedy sociálního pracovníka vnímat pozitivně, ale naopak jako jakéhosi vetřelce. Sociální pracovník si v této souvislosti musí být vědom toho, že může být nepřijat (Matoušek, 2005).“ Terénní sociální práce je velmi náročná a to zejména rizikem odmítnutí, ale i tím, že je obtížné tuto práci organizovat a vykazovat její účinnost. Řídící pracovník by měl určit, kolik času kterému druhu činností má terénní pracovník věnovat. Bez kvalitní supervize je terénní práce nepředstavitelná.

Pokud jde o válečné veterány, tak v roce 2006 byl zřízen Ministerstvo obrany institut terénních pracovníků pro válečné veterány 2. světové války. Díky činnosti těchto pracovníků jsou známy nejen aktuální počty a adresy žijících druhoválečných veteránů, ale také jejich zdravotní stav a sociální poměry. Na základě dotačního řízení je provozován od 1. února 2010 institut terénních pracovníků Československá obec legionářská..

Hlavní úkoly pracovníků:

- jednou za čtvrt roku osobně navštívit každého válečného veterána ve své působnosti, tím je aktualizována databáze válečných veteránů
- poradenská pomoc při čerpání sociálních a zdravotních programů
- informování o činnosti MO, Armády ČR, místní samosprávy a orgánů sociální péče
- poskytování informací veteránům o možnostech zvýhodnění

- zapojení válečných veteránů do přednáškové činnosti ve školách, do spolupráce s mládežnickými organizacemi, do aktivní účasti na pietních a vzpomínkových akcích regionu.

## 1.5 Možnosti péče o seniory v České republice

### Sociální služby pro seniory

V České republice byla oblast péče o seniory dlouhou dobu tradičně na okraji společenského i politického zájmu. Poskytovatelé péče o seniory se po dlouhou dobu museli vypořádávat s akutním nedostatkem finančních prostředků a namísto úsilí o zlepšování kvality spíše bojovali o přežití. V roce 2006 však došlo ke změnám právního rámce, který se týkal právě oblasti služeb sociální péče. Tato legislativní změna přinesla zavedení zcela nových instrumentů, jež kromě definice příspěvku na péči nebo stanovení povinnosti služby plánovat, přinesly rovněž nové požadavky určené pro poskytovatele služeb v oblasti řízení kvality.

Historický mezník v oblasti sociálních služeb představoval zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vstoupil v platnost 14. března 2006 a v účinnost 1. ledna 2007. Zákon o sociálních službách vymezil některé důležité body, které se vztahují také k péči o seniory. Jedná se o tyto pojmy: sociální služba, nepříznivá sociální situace, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, sociální začleňování, sociální vyloučení, zdravotní postižení, plán rozvoje sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Viz příloha číslo 2.

Zákon o sociálních službách stanovuje základní druhy a formy sociálních služeb, jimiž jsou služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství. Dále zákon definuje formy poskytování sociálních služeb, a to jako ambulantní, pobytové a terénní (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Pobytovými službami jsou služby, které jsou vždy spojené s ubytováním klienta v některém ze zařízení sociálních služeb.

Ambulantní služby v sobě zahrnují ty služby, za kterými dochází osoba dochází do některého z zařízení sociálních služeb. Ambulantní služba nikdy neposkytuje ubytování.

Terénní služba představuje službu, jež je klientovi poskytována v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Zákon o sociálních službách rovněž vymezuje okruh základních činností, které je třeba realizovat při poskytování sociálních služeb. Jde např. o pomoc při zvládnutí běžných úkonů v oblasti péče o vlastní osobu, o pomoc při zvládnutí osobní hygieny či poskytnutí podmínek nutných pro osobní hygienu. Dále se jedná o pomoc při zajištění stravy či přímé poskytnutí stravy, o poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti klienta, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu dané osoby se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů jedince, pomoc při obstarávání jeho osobních záležitostí, o telefonickou krizovou pomoc, o podporu vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností, apod. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Sociální služby seniorům poskytuje stát, obce, neziskové a další organizace. Nejčastěji jde o pobytové služby pro seniory v zařízeních, které jsou pro ně určeny, o pečovatelskou službu, domácí péči, respitní péči či o denní centra pro seniory.

Zákon o sociálních službách přináší jednotné označení pro všechny rezidenční sociální služby určené seniorům, a to označení „domov pro seniory“. V minulosti jsme se mohli v této oblasti setkat s názvy jako je domov důchodců, domov s pečovatelskou službou nebo penzion pro důchodce. V rámci služeb poskytovaných seniorům mají velký význam zdravotnická zařízení, jež se řídí principy paliativní medicíny – hospice. V rámci těchto zařízení se sociální práce soustřeďuje nejen na potřeby umírajícího člověka, ale rovněž na potřeby jeho rodiny, a to nejen v době umírání klienta, ale také po jeho smrti. Mezi klienty hospiců převládají především lidé s pokročilým stádiem onkologického onemocnění. Tito nemocní tráví v hospici v průměru 3 - 4 týdny, přičemž i za tuto krátkou dobu lze pro klienta mnohé udělat. V naší zemi neexistují pouze hospice, které poskytují pobyty, ale realizují se zde rovněž agentury poskytující hospicovou péči také v domácím prostředí. Základní službu ambulantního typu, která je určena pro seniory, je pečovatelská služba, kterou zřizují buď obce, neziskové a další organizace. Pečovatelská služba poskytuje především základní pomoc klientům v jejich domácnosti nebo dovážku jídla. (Matoušek, 2007)



Po roce 1989 dochází v České republice ke vzniku agentur domácí péče, přičemž cílem těchto agentur je poskytnutí jak zdravotní, tak sociální péče klientovi. Rovněž došlo k rozšíření sítě denních center, kdy tato centra jsou pro klienty pouze krátkodobou úlevou, jež ulehčí život pečující rodině i samotnému uživateli. Část neziskových organizací se věnuje poskytování respitní (úlevové) péče, především ve formě návštěvy v bytě seniora. (Matoušek, 2007)

Významným poskytovatelem sociálních služeb v nestátním sektoru je Charita Charita České republiky, které klientům z řad seniorů poskytuje např. domovy pro seniory, domácí péči, osobní asistenci, denní stacionář, hospice. Většinu z těchto služeb si hradí klienti sami.

### **Typy sociálních služeb poskytovaných seniorům**

Pokud jde o péči o seniory, existuje v praxi řada různých druhů sociálních služeb, jež seniorům nabízí stát, obce, neziskové či další organizace. Jedná se zejména o nabídku pobytů seniorů v zařízeních pro ně určených, o pečovatelskou službu, domácí péči, respitní (odlehčovací) péči či denní centra pro seniory, apod., o čemž bude blíže psáno dále v této kapitole.

Po vstupu zákona o sociálních službách v platnost jsou označovány jednotlivé rezidenční sociální služby pro seniory kategorií „domov pro seniory“. Dříve se jednalo

o názvy jako domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou či domovy-penziony pro důchodce. (Matoušek, 2007)

Jednotlivé typy poskytovaných služeb seniorům jsou následující:

#### **Domovy pro seniory**

Jedná se o pobytová zařízení, je jsou klientům těchto domovů poskytovány pobytové služby. Umísťovány zde jsou osoby mající vlivem věku sníženou soběstačnost nebo se nacházejí v situaci, kdy vyžadují pravidelnou a každodenní pomoc od jiných fyzických osob.

Služby poskytované v domovech pro seniory obsahují zejména poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při zvládnání osobní hygieny. Dále se pak jedná o aktivizační činnosti,

sociálně terapeutické činnosti, umožnění kontaktu člověka se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů jedince. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

### **Centra denních služeb**

V těchto zařízeních dochází k poskytnutí ambulantních služeb těm osobám, u kterých je snížená soběstačnost vlivem věku či jejich zdravotního nebo chronického onemocnění.

Centra denních služeb nabízejí svým klientům zejména tyto služby:

- a) pomoc při osobní hygieně (popř. poskytnutí podmínek pro osobní hygienu jedince),
- b) poskytnutí stravy (popř. pomoc při zajištění stravy),
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) zprostředkování kontaktu člověka se společenským prostředím,
- e) sociálně terapeutické činnosti,
- f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů,
- g) pomoc při obstarávání osobních záležitostí jedince, apod. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

### **Denní stacionáře**

V těchto zařízeních sociálních služeb jsou seniorům poskytovány ambulantní služby různého typu, mezi které patří:

- a) poskytnutí stravy,
- b) pomoc při zvládnutí běžných úkonů člověka v rámci péče o vlastní osobu,
- c) pomoc při osobní hygieně,
- d) aktivizační činnosti,
- e) výchovné a vzdělávací aktivity,
- f) sociálněterapeutické činnosti,
- g) zprostředkování kontaktu člověka s jeho společenským prostředím,
- h) pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů jedince,
- i) pomoc při obstarávání osobních záležitostí jedince, aj. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

### **Agentury domácí péče**

Agentury domácí péče představují organizace poskytující pečovatelskou a zdravotní péči pro všechny věkové kategorie potřebných klientů, ať pro seniory, chronicky nemocné, děti nebo umírající.

*„Domácí péče je nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo při propuštění z nemocnice, ošetřujícího lékaře příslušného oddělení (nemocniční doporučení má platnost maximálně 14 dní).“*

(Kalvach, 2011)

Cílem domácí péče je udržení, podpora nebo navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti klienta a zmírnění jeho utrpení, nevléčitelně nemocným zajištění klidného umírání v jejich domácím prostředí a snížení potřeby ústavní a pobytové sociální péče.

Formami domácí péče je akutní domácí péče (domácí hospitalizace), dlouhodobá domácí péče, preventivní domácí péče a hospicová (paliativní) domácí péče.

### **Odlehčovací služby**

Jedná se o pobytové, ambulantní a terénní služby, jež se poskytují osobám se sníženou soběstačností, kterou mají z důvodu svého věku, z důvodu svého zdravotního onemocnění nebo chronického zdravotního postižení, přičemž o tyto osoby se jinak pečuje v jejich přirozeném sociálním prostředí, ale přechodně dochází k využití odlehčovacích služeb za účelem odpočinku rodiny od péče.

Účelem odlehčovací služby je poskytnout klientovi ubytování a pomoc postiženému či starému člověku zvládnout jeho běžné úkoly týkající se péče o vlastní osobu a hygienu, poskytnutí stravy a zajištění kontaktů klienta s jeho přirozeným společenským prostředím. Dále tato služba přináší klientovi dle zákona o sociálních službách v případě jeho zájmu sociálně terapeutické činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování jeho práv a oprávněných zájmů a při obstarávání jeho osobních záležitostí. (Kozlová, 2005)

### **Zdravotnická péče**

V případě, že nepřipouští zdravotní stav seniora domácí péči, je nutná jeho hospitalizace. Jelikož ale po nástupu do dlouhodobé ústavní péče hrozí vznik tzv. geriatrického hospitalizmu, jež se projevuje např. rozvojem imobilizačního

syndromu, a také s ohledem na nedostatek míst v zařízeních dlouhodobé péče, měla by být hospitalizace vždy opodstatněná. (Hrozenská, 2013)

Mezi typy zdravotnické péče, která je poskytována seniorům, řadíme níže uvedené:

- 1) léčebná péče – jedná se o zdravotnické služby určené pro pacienty ve smyslu určení diagnózy, provedení vyšetření a stanovení postupu léčby,
- 2) ošetrovatelská péče – jejím účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví,
- 3) paliativní péče – cílem je zmírnění utrpení a zachování pacientovy kvality života,
- 4) rehabilitační péče,
- 5) nemocniční péče – lůžková péče o seniory, ambulantní péče, akutní péče, následná a dlouhodobá péče
- 6) léčebna LDN,
- 7) léčebna TRN – jedná se o odborný léčebný ústav a zařízení lůžkové péče poskytující následnou specializovanou péči
- 8) psychiatrická léčebna,
- 9) rehabilitační ústav,
- 10) ostatní odborné léčebné ústavy – zařízení lůžkové péče poskytující úzce specializovanou následnou a dlouhodobou péči,
- 11) lůžkové zdravotnické zařízení, aj. (Wija, Bareš, Žofka, 2019)

## **2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ**

V rámci této kapitoly bude představeno realizované výzkumné šetření, jeho cíle, metody, získaná data, způsob zpracování a vyhodnocení těchto dat, a závěrečná prezentace výsledků výzkumného šetření.

### **2.1 Etické aspekty práce**

V rámci výzkumného šetření byly respektovány etické náležitosti výzkumu. Diplomová práce byla schválena etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci dne 26. 11. 2017 - příloha číslo 3. Veškeré údaje o respondentech, byly číselně kódovány tak, aby byla dodržena ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Dále bylo potřeba povolení autorů studie, která byla použita v této diplomové práci - příloha číslo 4. Samozřejmostí je rovněž mlčenlivost uzavřená mezi autorkou práce a zařízeními, ve kterých šetření probíhalo. Veškerá povolení k výzkumnému šetření byla písemně schválena vedením daných organizací v listopadu a prosinci roku 2017 - příloha číslo 5, 6, 7. Veškerá povolení prošla právní kontrolou oslovených organizací. Všem dotazovaným bylo vysvětleno, čeho se šetření týká, jaký je cíl šetření, co se od nich očekává a především možnost odmítnout se šetření účastnit či kdykoli během vyplňování dotazníků od šetření odstoupit, případně při nepochopení otázky, požádat o vysvětlení - příloha číslo 8. Bylo také umožněno nahlédnout do povolení k výzkumnému šetření, které schválila daná organizace. Všichni klienti těchto zařízení, kteří se šetření zúčastnili, podepsali informovaný souhlas o poskytnutí údajů k výzkumnému šetření.

### **2.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky**

Předmětem výzkumného šetření bylo zjištění kvality života válečných veteránů v ČR a míra jejich deprese a porovnání s respondenty kontrolní skupiny. Výzkumným vzorkem byli zvoleni druhováleční veteráni, z toho důvodu, že výzkum měl být zaměřen na skupinu osob v seniorském věku. U válečných veteránů se jedná přímo o specifickou skupinu osob v seniorském věku a také pro to, že se mělo jednat o osoby umístěné v zařízeních péče pro válečné veterány. Jako výzkumné nástroje byly použity dotazníky SF-36 o zdravotním stavu - příloha číslo 9 a Geriatrická škála deprese dle Yesavage – příloha 10. Oba dotazníky jsou volně dostupné a k jejich použití není potřeba souhlasu autorů. K porovnání výsledků posloužila kontrolní skupina, která byla

složena s osob běžné populace, která se neúčastnila války a aktuálně se nacházela na Geriatricko-doléčovacím oddělení Slezské nemocnice v Opavě. Vybraná zařízení poskytla seniorům obdobné podmínky k vyplnění dotazníků.

Cíl výzkumu:

1. Je míra deprese u válečných veteránů větší než u osob běžné populace?
2. Vnímají váleční veteráni kvalitu života hůře než osoby běžné populace?

K uvedeným cílům byly formulovány hypotézy:

Ad 1)

H<sub>0</sub>: Celkové skóre GDS-15 se pro válečné veterány a běžnou populaci neliší.

H<sub>A</sub>: Celkové skóre GDS-15 se pro válečné veterány a běžnou populaci liší.

Ad 2)

H<sub>0</sub>: Skóre v jednotlivých doménách dotazníku se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.

H<sub>A</sub>: Skóre v jednotlivých doménách dotazníku se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Cílem výzkumu bylo zjistit pomoci geriatrické škály deprese dle Yesavage rozdíl míry deprese u válečných veteránů a u kontrolní skupiny osob, které válkou neprošli. Kolik válečných veteránů a osob z kontrolní skupiny odpovědělo shodně na dané otázky, viz tabulka číslo 3 a 4. U Dotazníku SF-36 o zdravotním stavu bylo cílem zjistit rozdíl vnímání kvality života vzhledem ke zdravotnímu stavu u válečných veteránů a u kontrolní skupiny osob, které válkou neprošli. Celkem dotazník vyplnilo 21 válečných veteránů a 60 osob skupiny kontrolní jako u dotazníku Geriatrické škály deprese dle Yesavage.

## **2.3 Charakteristika souboru a metoda sběru dat**

Výzkumné šetření bylo prováděno kvantitativní metodou pomocí dotazníků SF36 zdravotním stavu a Geriatrické škály deprese dle Yesavage. Kvantitativní metoda byla zvolena proto, že nálezy je možno generalizovat na populaci. Výše uvedené dotazníky byly zvoleny proto, že dotazník SF-36 o zdravotním stavu lze aplikovat jak

na skupinu populace specifickou, tak i na obecnou a je vhodný pro široké věkové rozmezí. Geriatrická škála deprese dle Yesavage byla zvolena z toho důvodu, že respondenti byli všichni ve věku seniorském. Respondenti z obou skupin se pohybovali ve věkovém rozmezí 76 – 93 let dotazníky vyplnilo celkem 81 osob z 92 dotazovaných. Šetření se odmítlo zúčastnit 11 osob (Tabulka 1: Respondenti) Dotazníky byly vyplňovány s válečnými veterány osobně v LDN VN Praha, Domov Vlčí mák a Domov se zvláštním režimem Praha, Domov páče o válečné veterány VN Olomouc a LDN VN Olomouc. Věkový rozptyl respondentů z řad válečných veteránů byl 86-93 let, pohlaví byli převážně muži. Jako další demografický údaj bylo zjišťováno vzdělání. Většina dotazovaných uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání výuční list, dále pak uváděli maturitu a 3 z dotazovaných měli vzdělání vysokoškolské (Tabulka 2: Vzdělání respondentů). Všichni váleční veteráni se přímo účastnili boje. Po válce se však většina věnovala civilnímu povolání. Dotazníky vyplnilo celkem 21 válečných veteránů z 32. dotazovaných. Všichni byli předem seznámeni s výzkumným šetřením a obsahem dotazníků.

Kontrolní skupina respondentů, po konzultaci se statistikem, čítala 60 osob, převážně mužského pohlaví, ve věku 76-92. let. Šetření probíhalo ve Slezské nemocnici v Opavě na oddělení Geriatricko-doléčovacím, pavilony F a L3. Tak jako u válečných veteránů bylo všem dotazovaným vysvětleno výzkumné šetření a obsah vyplňovaných dotazníků. Při dotazu na nejvyšší dosažené vzdělání uvedla většina respondentů z kontrolní skupiny, že dokončili pouze učiliště. (Tabulka 2: Vzdělání respondentů).

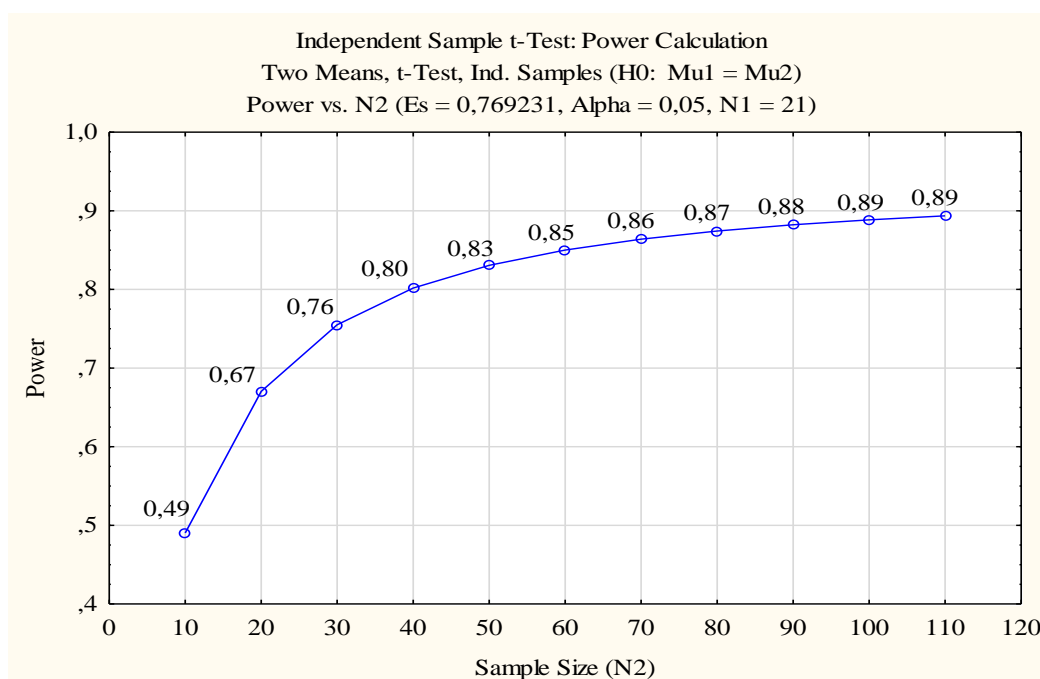
Při šetření byl brán v potaz zdravotní stav respondentů, vzhledem k věku a polymorbiditě byli na místě vybíráni pouze ti hospitalizovaní váleční veteráni a osoby do kontrolní skupiny, kteří byli v rámci svého zdravotního stavu schopni pochopit obsah dotazníků a odpovídat na ně. Jako hlavním vylučujícím kritériem byla brána demence a zmatenost, dále bylo bráno v potaz to, že někteří pacienti byli zbaveni svéprávnosti. Tyto skutečnosti byly zjišťovány na místě vyplňování dotazníků, tj. v zařízeních péče o válečné veterány v Praze a Olomouci a dále na Geriatricko-doléčovacím oddělení Slezské nemocnice v Opavě. Vhodní respondenti byli vždy určeni vrchní či staniční sestrou daného oddělení, následně byli osloveni mou osobou, vše jim bylo řádně vysvětleno a s těmi, kteří souhlasili, byly vyplněny dotazníky.

## 2.4 Výpočet velikosti minimálního vzorku subjektů kontrolní skupiny

K výpočtu potřebného počtu respondentů v kontrolní skupině bylo potřeba zvolit:

1. Předpokládaný rozdíl průměrů v GDS skóre mezi veterány a kontrolní skupinou.
2. Předpokládanou směrodatnou odchylku GDS skóre.
3. Hladinu významnosti testu.
4. Požadovanou sílu testu.

Na základě rešeršní činnosti a prostudování studie, která hodnotí užitečnost verze GDS-15 u seniorů s kognitivní poruchou, ve které byla stanovena směrodatná odchylka 2,6 ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701937/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701937/)). Pokud budeme vycházet z výše uvedené studie a budeme předpokládat průměrný rozdíl mezi válečnými veterány a respondenty z kontrolní skupiny rozdíl dvou bodů, tj. že počet odpovědí, které odpovídají depresi, se pro tyto dvě skupiny bude lišit o 2. Při rozdílu průměrů 2 a směrodatné odchylce 2,6 je odhadovaná velikost efektu rovna 0,769. Při této velikosti efektu, počtu veteránů 21 a hladině významnosti 0,05 je závislost síly testu na počtu respondentů v kontrolní skupině dána dle následujícího grafu:



**Tabulka 1 Závislost síly testu na počtu respondentů**

Hladina významnosti byla zvolena standardně, tj. 0,05. Původní požadovaná síla testu byla také zvolena standardně, a to 0,8. Ale po zjištění, že při 60 respondentech dosahujeme síly testu 0,85. Pro sílu testu 0,9 by bylo potřeba již 110 respondentů.



Zvolila jsem 60 respondentů a sílu testu 0,85, protože to byl rozumný kompromis mezi počtem potřebných respondentů a silou testu. 0,8 je nejnižší hranice, která se na sílu testu klade, a 20 respondentů navíc, abychom se dostali na 0,85, není zas tak moc. Bylo by potřeba o 50 respondentů navíc, abychom se dostali ze síly testu 0,85 (60 respondentů) na sílu testu 0,9 (110 respondentů), už je hodně, na to že tím zvýšíme sílu testu jen o dalších 5 %. Proto bylo v tomto výzkumném šetření zvoleno 60 respondentů, což odpovídá požadované síle testu 0,85..

## **2.5 Realizace výzkumného šetření**

Výzkumné šetření u válečných veteránů probíhalo v zařízeních péče o válečné veterány v LDN VN Praha, Domov Vlčí mák a Domov se zvláštním režimem Praha, Domov péče o válečné veterány VN Olomouc a LDN VN Olomouc a šetření kontrolní skupiny probíhalo na Geriatricko-doléčovací oddělení Slezské nemocnice v Opavě. Probíhalo pomocí dvou dotazníků, a to Geriatrické škály deprese dle Yesavage a Dotazníku SF-36 o zdravotním stavu.

### **2.5.1 Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS-15)**

GDS-15 je screeningový nástroj s velice dobrou výpovědní hodnotou, je široce využíván ve světových studiích. Je to test zaměřený na zdravé, somaticky nemocné a mírně až středně kognitivně omezené seniory. Původní verze byla tvořena 30. otázkami. V současnosti je nejvíce využívána verze o 15. otázkách (GDS-15). Tato verze má stejně dobré psychometrické vlastnosti jako verze původní. Je možné také používat nejkratší variantu, která čítá 5 otázek a jejíž zodpovězení trvá minutu, přesto tato varianta má srovnatelnou screeningovou účinnost. Již dvě depresivní odpovědi hodnotíme jako pozitivní výsledek. Používají se otázky 1,4,8,9,14 z GDS-15. Test je hojně využíván jak v akutních oborech, tak v dlouhodobé péči. Otázky se vztahují k období za několik posledních týdnů. Vyplňuje ho pacient, případně vyšetřující osoba. Hodnocení provádí vždy vyšetřující osoba. Lze dosáhnout maximálního počtu bodů, tj. 15

Hodnocení GDS-15:

- 0-5 normální afekt

- 6-10 mírná depresivita – u tohoto skóre je indikována možnost depresivní poruchy a je potřeba podrobného vyšetření
- 11 + těžká depresivita – zde se jedná téměř o jistotu depresivní poruchy

([http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti\\_2018\\_sbornik.pdf#page=80](http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2018_sbornik.pdf#page=80))

Pro všechny otázky dotazníku byly vytvořeny kategorizované sloupcové grafy s absolutními a relativními četnostmi, které porovnávají skupinu válečných veteránů s kontrolní skupinou. Celkové skóre GDS-15 vyjadřující míru deprese bylo vypočteno v souladu s manuálem jako počet otázek zodpovězených způsobem, který ukazoval na depresi. Mohlo teoreticky nabývat hodnot mezi 0 a 15. Vzhledem k tomu, že u tohoto skóre nebylo možné předpokládat normální rozdělení hodnot, bylo porovnání skóre veteránů a kontrolní skupiny statisticky otestováno pomocí Mann-Whitneyho testu. Pro obě srovnávané skupiny byly navíc vypočteny průměr a směrodatná odchylka a pomocí kategorizovaného krabicového grafu zobrazeny pořadové statistiky – medián, dolní a horní kvartil, minimum a maximum.

### **2.5.2 Dotazník SF-36 o zdravotním stavu**

Dotazník Short Form – 36 (SF-36) je nástroj spravovaný neziskovou organizací RAND Corporation sloužící k subjektivnímu ohodnocení zdravotního stavu, resp. kvality života pacientem. Tento dotazník vytvořil John E. Ware Jr. Ph.D v 80. letech. Jako spoluautoři jsou uváděni: Medical Outcome Trust, 31 Health Assessment Laboratories and Quality Metric Incorporated. První citace studií, kde byl tento dotazník použit, jsou z roku 1988. Použití dotazníku není zpoplatněno a je dostupný na internetových stránkách v mnoha světových jazycích. Překladem do češtiny se zabývali např. Z. Sobotík z lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové nebo P. Petr z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Tento dotazník obsahuje celkem 36 položek, které jsou rozděleny do 8 dimenzí. Každá otázka obsahuje několik navržených odpovědí založených na principu škálové stupnice.

#### **Dimenze dotazníku:**

- Fyzické fungování
- Fyzická omezení
- Tělesná bolest
- Všeobecné zdraví
- Vitalita
- Sociální fungování
- Emoční problémy
- Duševní zdraví

Využitím a aplikací této kvantitativní výzkumné metody, jako je dotazník SF-36, je možné vědecky posoudit dimenze kvality života. Na základě výsledků hodnocení individuální zkušenosti s kvalitou života spojenou se zdravím mohou být provedeny specifické intervence, jako je například vhodná léčba nebo psychologické poradenství a tím se zlepšila fyzická, psychická a sociální pohoda pacienta.

Dotazník SF-36 také umožňuje porovnat vnímání lidí trpících špatným zdravím na jedné straně a lidí, kteří se těší dobrému zdraví, na straně druhé.

Dále dotazník obsahuje jednu položku nepatřící do žádné dimenze. Položka popisuje současné zdraví. Na tuto otázku je pět možných odpovědí. Vyplnění dotazníku trvá přibližně 20-30 minut. Položky v dotazníku jsou postaveny tak, že vyšší skóre ukazuje lepší kvalitu života související se zdravím (Tabulka 5: Popis dimenzí). Rozmezí skóre je 0-100. skóre pod 50 bývá interpretováno jako norma obecné populace. Nižší skóre signalizuje horší zdravotní stav, dlouhodobé onemocnění.

Vzorec pro výpočet skóre jednotlivých dimenzí (Ware, 1993):

$$\text{Skóre dimenze} = \frac{\text{Celkový součet skóre dimenze} - \text{nejnižší možné skóre dimenze}}{\text{rozsah možného skóre dimenze}} * 100$$

Nejnižší možné skóre dimenze a rozsah možného skóre dimenze najdeme v příručce pro hodnocení SF 36, stejně tak, jako další údaje potřebné k hodnocení.

SF 36 poskytuje spolehlivá data pro odhad úrovně kvality života v souvislosti se zdravím v osmi dimenzích, pokud je dodržen předepsaný postup zpracování dat (Ware, 1993).

K vypočtení skóre dotazníku slouží také tabulka vytvořena počítačovým programem MS Excel. Tato tabulka obsahuje všechny otázky. Na konci dotazníku se ukáže konečné skóre, vypočtené dle zadaných odpovědí. Viz příloha číslo 11.

## **2.6 Metoda zpracování dat**

Dotazník SF-36 o zdravotním stavu a Geriatrická škála deprese dle Yesavage byly vyhodnocovány dle doporučení autorů.

Pro všechny otázky dotazníku GDS-15 byly vytvořeny kategorizované sloupcové grafy s absolutními a relativními četnostmi variant odpovědí pro skupinu válečných veteránů a kontrolní skupinu. Celkové skóre GDS-15 vyjadřující míru deprese bylo vypočteno v souladu s manuálem jako počet otázek zodpovězených způsobem, který ukazoval na depresi. Mohlo teoreticky nabývat hodnot mezi 0 a 15. Vzhledem k tomu, že u tohoto skóre nebylo možné předpokládat normální rozdělení hodnot (na základě Shapiro-Wilkova testu a histogramu), bylo porovnání skóre veteránů a kontrolní skupiny statisticky otestováno pomocí Mann-Whitneyho testu. Pro obě srovnávané skupiny byly pro skóre GDS-15 navíc vypočteny průměr a směrodatná odchylka a pomocí kategorizovaného krabicového grafu zobrazeny pořadové statistiky – medián, dolní a horní kvartil, minimum a maximum.

Cílem statistického testování dotazníku SF-36 bylo porovnat skóre v jednotlivých doménách kvality života pro veterány a kontrolní skupinu. Vzhledem k tomu, že dle posouzení na základě histogramů a Shapiro-Wilkova testu byla pro některá porovnání data na hraně předpokladu normálního rozdělení, byly pro porovnání použity jak Welchův t-test (předpokládá normální rozdělení), tak Mann-Whitneyho test (nepředpokládá normální rozdělení). Kromě výsledných p-hodnot byly pro srovnávané skupiny v tabulkách reportovány průměr, směrodatná odchylka a medián a pomocí grafů zobrazeny jejich pořadové statistiky (medián, dolní a horní kvartil, minimum a maximum).

Všechny výpočty byly provedeny pomocí programu STATISTICA EN 13. Počet respondentů potřebných v kontrolní skupině byl vypočten na základě nástroje Independent sample t-test: power calculation. Hladina významnosti pro rozhodnutí o nulové hypotéze činila 5 %.

## 3 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 3.1 Demografické údaje

Mezi zjišťované demografické údaje patřilo, pohlaví a vzdělání. Věkový rozptyl respondentů z řad válečných veteránů byl 86-93 let, pohlaví byli převážně muži. Většina dotazovaných uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání výuční list, dále pak uváděli maturitu a 3 z dotazovaných měli vzdělání vysokoškolské (Tabulka 2: Vzdělání respondentů). Všichni váleční veteráni se přímo účastnili boje. Po válce se však většina věnovala civilnímu povolání.

Varianta	Pohlaví			
	Veteráni		Kontrolní skupina	
	Počet	%	Počet	%
Žena	4	19	20	33
Muž	17	81	40	67
Celkem	21	100,0	60	100,0

**Tabulka 2 Pohlaví respondentů**

V rámci skupiny veteránů bylo celkem 21 respondentů, z nichž byly 4 ženy (19 %) a 17 mužů (81 %). V rámci kontrolní skupiny bylo celkem 60 respondentů, z nichž 20 byly ženy (33 %) a 40 muži (67 %).

Varianta	Vzdělání			
	Veteráni		Kontrolní skupina	
	Počet	%	Počet	%
Učební obor	13	62	18	30
Středoškolské s mat.	5	24	42	70
Vysokoškolské	3	14	0	0
Celkem	21	100,0	60	100,0

**Tabulka 3** Vzdělání respondentů

Dle stupně dosaženého vzdělání převažovali u skupiny veteránů respondenti s učebním oborem (13 respondentů, 62 %), následování 5 respondenty se středoškolským vzděláním (24 %) a 3 respondenty s vysokoškolským vzděláním s maturitou (14 %). Naopak u kontrolní skupiny převažovali respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou (42 respondentů, 70 %) následování 18 respondenty s učebním oborem (30 %).

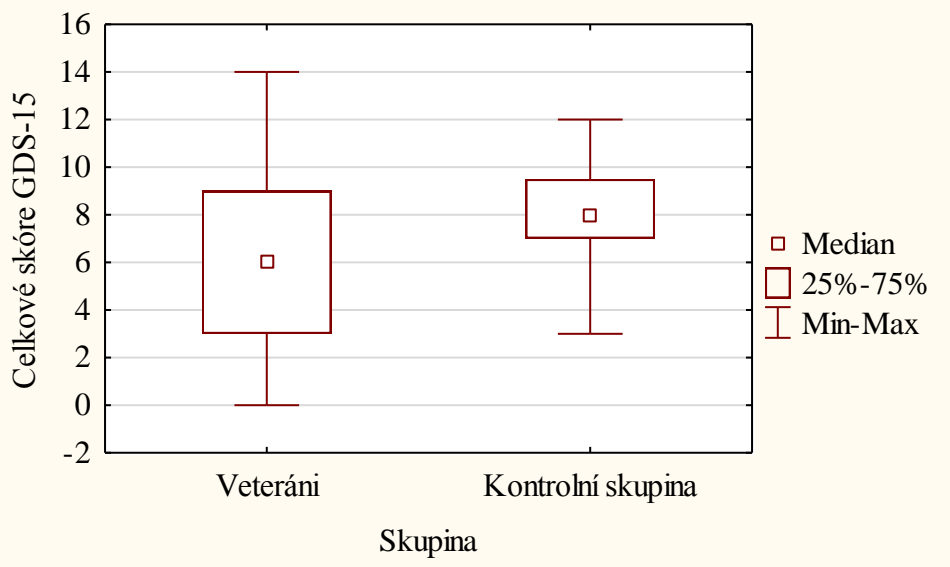
Kategorizované histogramy s absolutními a relativními četnostmi variant vzdělání a pohlaví pro veterány i kontrolní skupiny jsou součástí přílohy číslo 11.

### **3.2** Ověření platnosti hypotéz u Geriatrické škály deprese dle Yesavage

Celkové skóre GDS-15 činilo pro veterány v průměru 6,3 při směrodatné odchylce 3,8 a pro kontrolní skupinu v průměru 8,0 při směrodatné odchylce 2,0. Celkové skóre tedy bylo pro skupinu veteránů ve srovnání s kontrolní skupinou v průměru o 1,7 nižší.

P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,039, tj. nižší než 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl v celkovém skóre GDS-15 mezi válečnými veterány a běžnou populací. Celkové skóre GDS-15 bylo pro válečné veterány ve srovnání s kontrolní skupinou statisticky významně nižší.

Pořadové statistiky (medián, dolní a horní kvartil, minimum a maximum) byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.



H<sub>0</sub>: Celkové skóre GDS-15 se pro válečné veterány a běžnou populaci neliší.

H<sub>A</sub>: Celkové skóre GDS-15 se pro válečné veterány a běžnou populaci liší.

Dvouvýběrové testy: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	průměr	sm. odch.	medián	M-W p
Veteráni	6,3	3,8	6,0	0,039
Kontrolní	8,0	2,0	8,0	

**Tabulka 4 Výsledky GDS-15**

Celkové skóre GDS-15 bylo u válečných veteránů ve srovnání s kontrolní skupinou nižší v mediánu, dolním i horním kvartilu. Maximální možná hodnota skóre činila 15 (15 položek dotazníku), přičemž nejvyšší zjištěná hodnota v rámci veteránů byla 14 a v rámci kontrolní skupiny 12. Minimální možná hodnota byla nulová, přičemž nejnižší zjištěná hodnota v rámci veteránů byla nulová a v rámci kontrolní skupiny 3.

Absolutní a relativní četnosti odpovědí na jednotlivé položky dotazníku GDS-15 pro veterány i kontrolní skupinu jsou uvedeny v příloze číslo 12.

### 3.3 Ověření platnosti hypotéz u Dotazníku SF-36 o zdravotním stavu

H<sub>0</sub>: Skóre v doméně Fyzická aktivita se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.

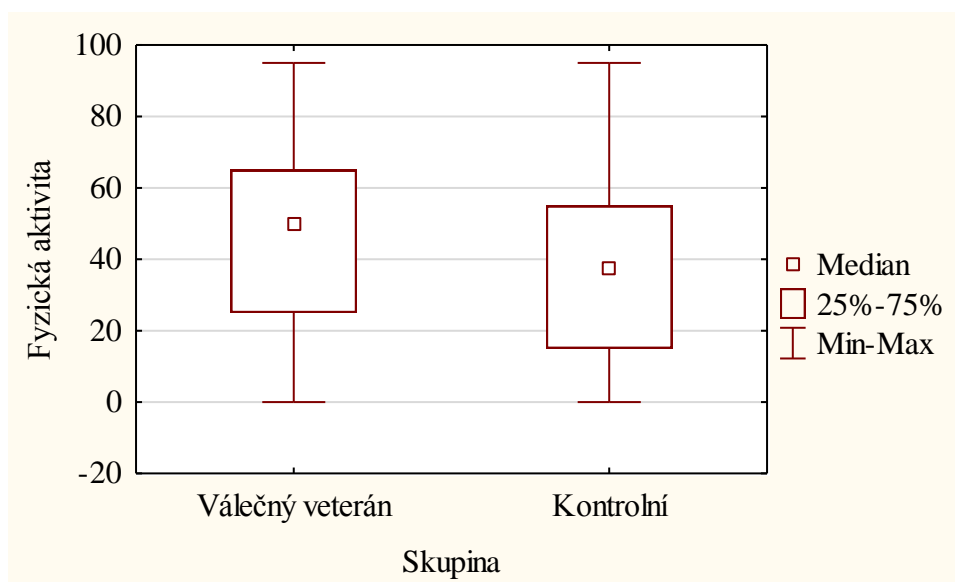
H<sub>A</sub>: Skóre v doméně Fyzická aktivita se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Dvouvýběrové testy: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	průměr	sm. odch.	medián	t-test p	M-W p
Veteráni	44,5	28,7	50,0	0,471	0,480
Kontrolní	39,4	25,4	37,5		

**Tabulka 5 Fyzická aktivita**

Skóre v doméně Fyzická aktivita činilo pro veterány v průměru 44,5 při směrodatné odchylce 28,7 a pro kontrolní skupinu v průměru 39,4 při směrodatné odchylce 25,4. P-hodnoty obou testů byly vyšší než 0,05, tj. nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre domény Fyzická aktivita mezi veterány a kontrolní skupinou.



H<sub>0</sub>: Skóre v doméně Omezení fyzické aktivity se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.



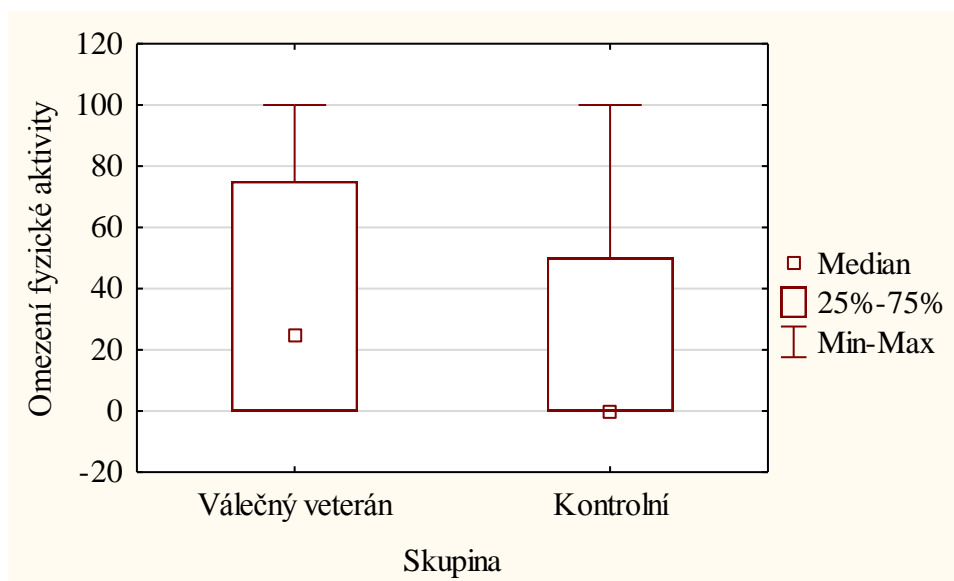
H<sub>A</sub>: Skóre v doméně Omezení fyzické aktivity se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Dvouvýběrové testy: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	průměr	sm. odch.	medián	t-test p	M-W p
Veteráni	40,5	41,4	25,0	0,194	0,203
Kontrolní	27,1	34,5	0,0		

**Tabulka 6 Omezení fyzické aktivity**

Skóre v doméně Omezení fyzické aktivity činilo pro veterány v průměru 40,5 při směrodatné odchylce 41,4 a pro kontrolní skupinu v průměru 27,1 při směrodatné odchylce 34,5. P-hodnoty obou testů byly vyšší než 0,05, tj. nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre domény Omezení fyzické aktivity mezi veterány a kontrolní skupinou.



H<sub>0</sub>: Skóre v doméně Omezení způsobené emočními problémy se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.

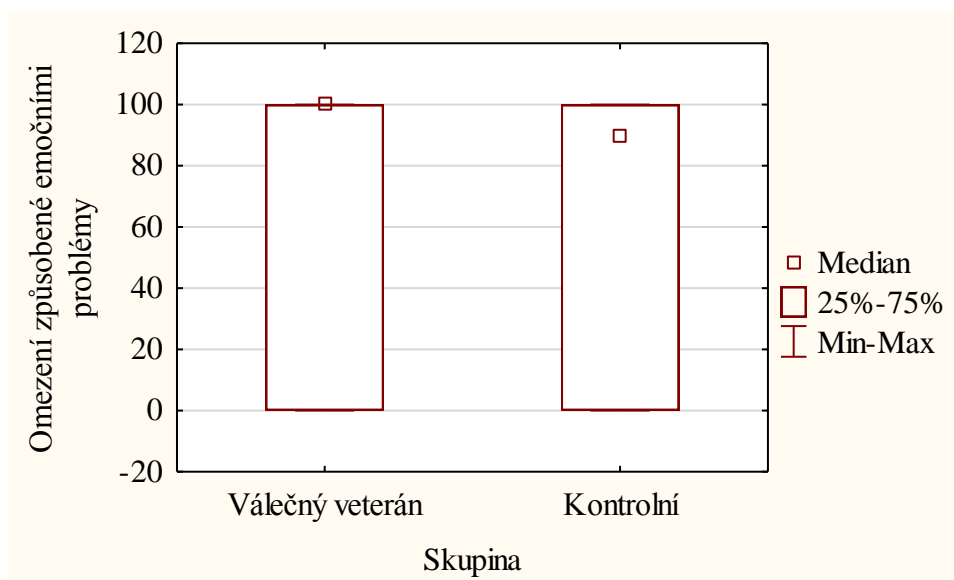
H<sub>A</sub>: Skóre v doméně Omezení způsobené emočními problémy se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Dvouvýběrové testy: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	průměr	sm. odch.	medián	t-test p	M-W p
Veteráni	57,1	48,5	100,0	0,863	0,763
Kontrolní	59,3	45,5	90,0		

**Tabulka 7 Omezení způsobené emočními problémy**

Skóre v doméně Omezení způsobené emočními problémy činilo pro veterány v průměru 57,1 při směrodatné odchylce 48,5 a pro kontrolní skupinu v průměru 59,3 při směrodatné odchylce 45,5. P-hodnoty obou testů byly vyšší než 0,05, tj. nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre domény Omezení způsobené emočními problémy mezi veterány a kontrolní skupinou.



$H_0$ : Skóre v doméně Vitalita se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.

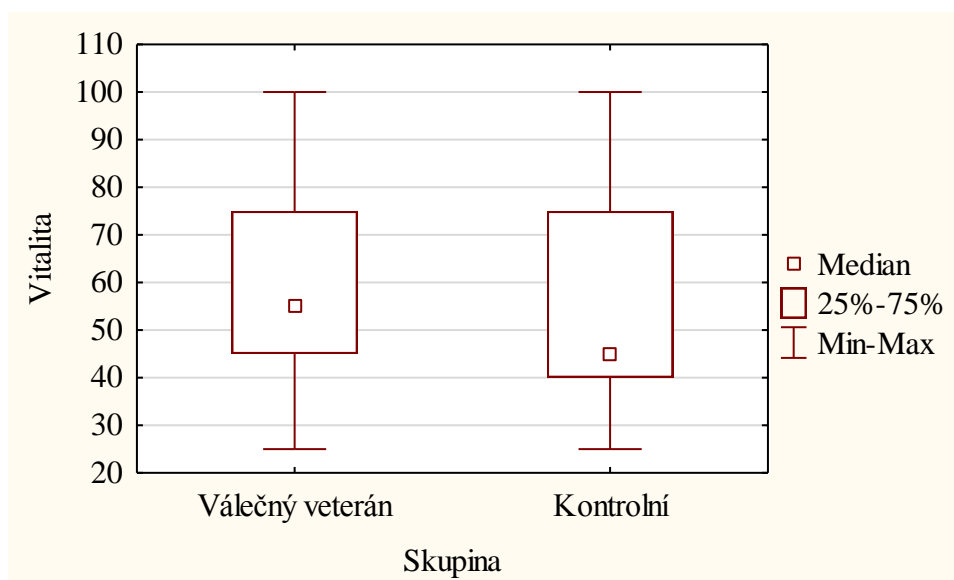
$H_A$ : Skóre v doméně Vitalita se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Dvouvýběrové testy: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	průměr	sm. odch.	medián	t-test p	M-W p
Veteráni	57,4	19,1	55,0	0,233	0,168
Kontrolní	51,5	19,3	45,0		

**Tabulka 8 Vitalita**

Skóre v doméně Vitalita činilo pro veterány v průměru 57,4 při směrodatné odchylce 19,1 a pro kontrolní skupinu v průměru 51,5 při směrodatné odchylce 19,3. P-hodnoty obou testů byly vyšší než 0,05, tj. nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre domény Vitalita mezi veterány a kontrolní skupinou.



$H_0$ : Skóre v doméně Celkové psychické zdraví se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.

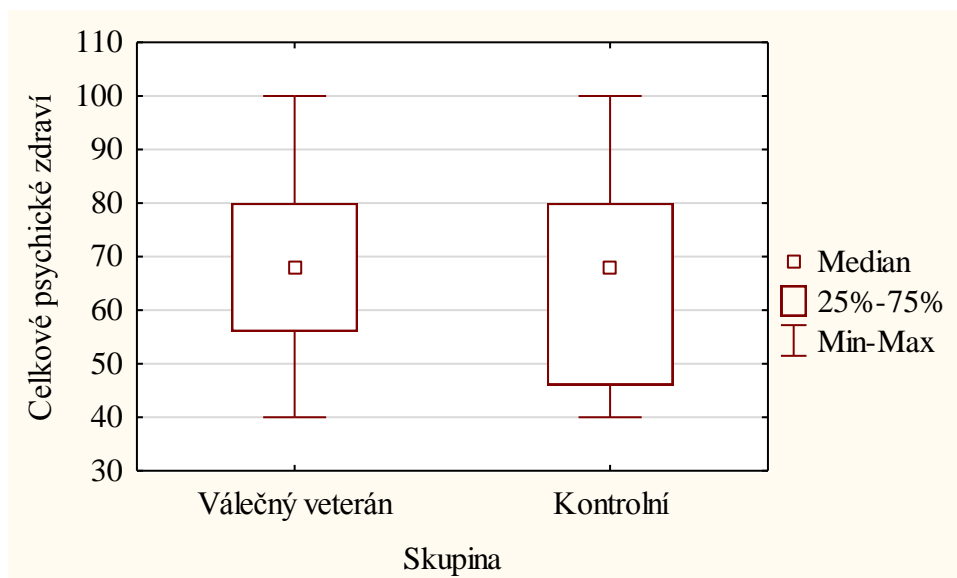
$H_A$ : Skóre v doméně Celkové psychické zdraví se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Dvouvýběrové testy: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	průměr	sm. odch.	medián	t-test p	M-W p
Veteráni	66,5	16,1	68,0	0,226	0,260
Kontrolní	61,4	16,6	68,0		

**Tabulka 9 Celkové psychické zdraví**

Skóre v doméně Celkové psychické zdraví činilo pro veterány v průměru 66,5 při směrodatné odchylce 16,1 a pro kontrolní skupinu v průměru 61,4 při směrodatné odchylce 16,6. P-hodnoty obou testů byly vyšší než 0,05, tj. nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre domény Celkové psychické zdraví mezi veterány a kontrolní skupinou.



H<sub>0</sub>: Skóre v doméně Společenská aktivita se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.

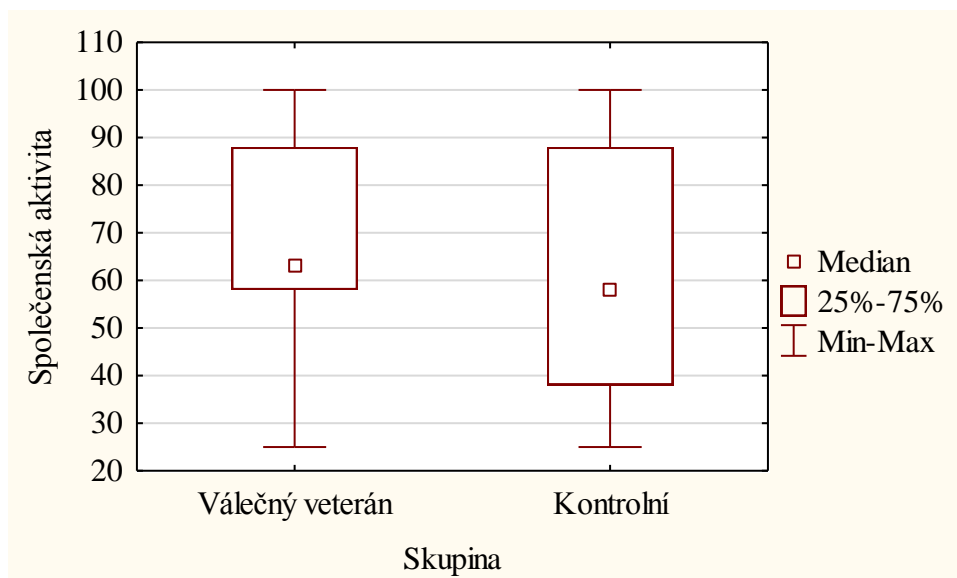
H<sub>A</sub>: Skóre v doméně Společenská aktivita se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Dvouvýběrové testy: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	průměr	sm. odch.	medián	t-test p	M-W p
Veteráni	70,3	21,2	63,0	0,079	0,093
Kontrolní	60,1	25,2	58,0		

**Tabulka 10 Společenská aktivita**

Skóre v doméně Společenská aktivita činilo pro veterány v průměru 70,3 při směrodatné odchylce 21,2 a pro kontrolní skupinu v průměru 60,1 při směrodatné odchylce 25,2. P-hodnoty obou testů byly vyšší než 0,05, tj. nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre domény Společenská aktivita mezi veterány a kontrolní skupinou.



H<sub>0</sub>: Skóre v doméně Tělesná bolest se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.

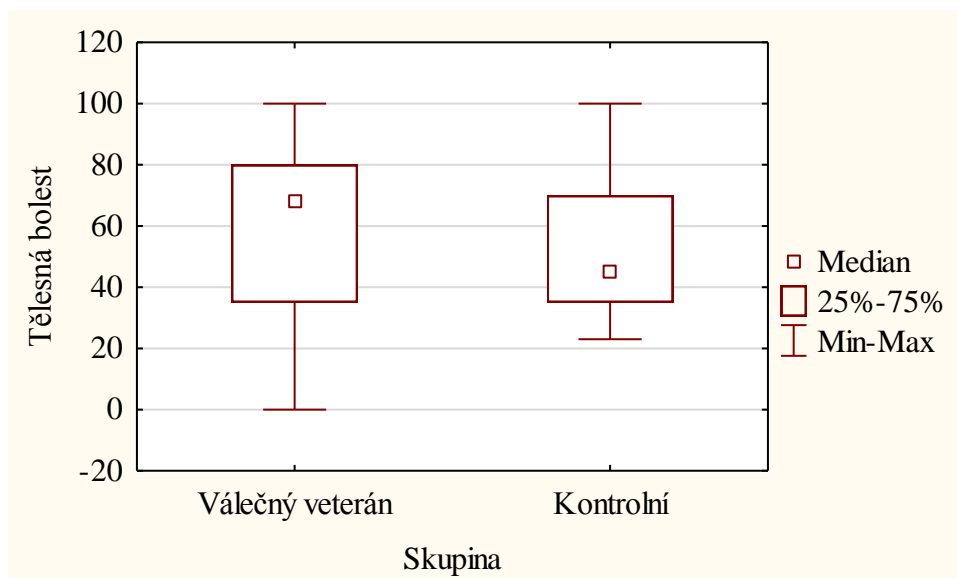
H<sub>A</sub>: Skóre v doméně Tělesná bolest se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Dvouvýběrové testy: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	průměr	sm. odch.	medián	t-test p	M-W p
Veteráni	60,2	29,4	68,0	0,556	0,568
Kontrolní	56,0	25,1	45,0		

**Tabulka 11 Tělesná bolest**

Skóre v doméně Tělesná bolest činilo pro veterány v průměru 60,2 při směrodatné odchylce 29,4 a pro kontrolní skupinu v průměru 56,0 při směrodatné odchylce 25,1. P-hodnoty obou testů byly vyšší než 0,05, tj. nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre domény Tělesná bolest mezi veterány a kontrolní skupinou.



$H_0$ : Skóre v doméně Celkové vnímání zdraví se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.

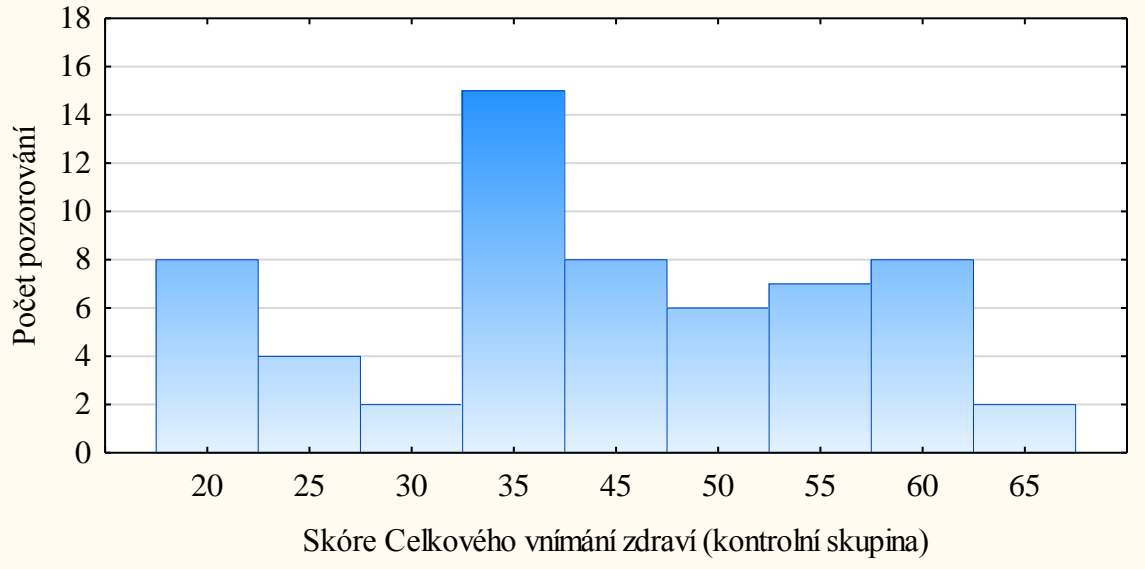
$H_A$ : Skóre v doméně Celkové vnímání zdraví se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Dvouvýběrové testy: p-hodnota a číselné charakteristiky

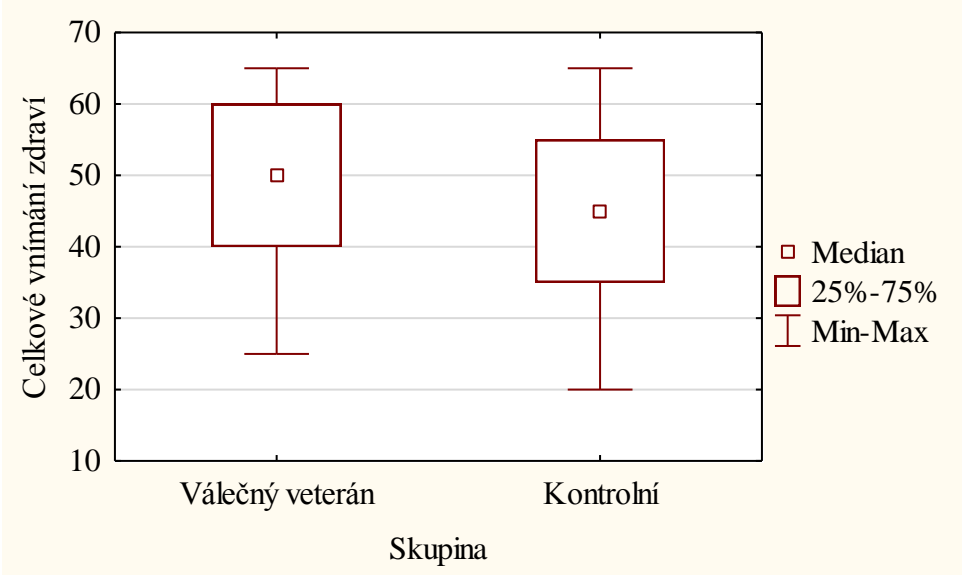
Skupina	průměr	sm. odch.	medián	t-test p	M-W p
Veteráni	48,3	11,8	50,0	0,039	<b>0,065</b>
Kontrolní	41,7	13,9	45,0		

**Tabulka 12 Celkové vnímání zdraví**

Skóre v doméně Celkové vnímání zdraví činilo pro veterány v průměru 48,3 při směrodatné odchylce 11,8 a pro kontrolní skupinu v průměru 41,7 při směrodatné odchylce 13,9. P-hodnota Welchova t-testu byla nižší než 0,05, zatímco p-hodnota Mann-Whitneyho testu byla vyšší než 0,05. Předpoklad normálního rozdělení nebyl pro kontrolní skupinu dle Shapiro-Wilkova testu splněn. Rozložení hodnot je uvedeno v následujícím histogramu.



Vzhledem k tomu, že v tomto případě nelze normální rozdělení předpokládat, byla hypotéza vyhodnocena na základě Mann-Whitneyho testu, jehož p-hodnota byla vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre domény Celkové vnímání zdraví mezi veterány a kontrolní skupinou.



H<sub>0</sub>: Skóre v doméně Změna zdraví se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.

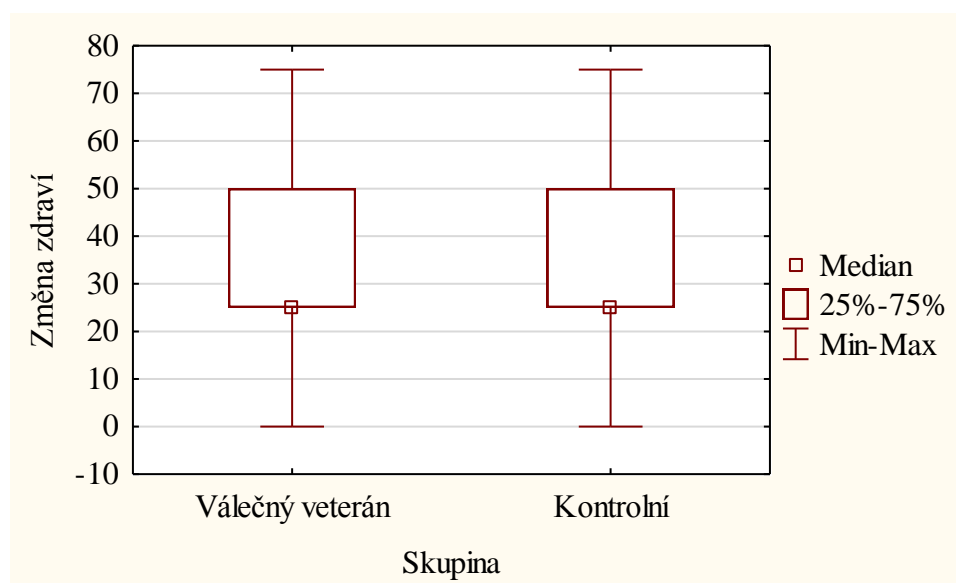
H<sub>A</sub>: Skóre v doméně Změna zdraví se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Dvouvýběrové testy: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	průměr	sm. odch.	medián	t-test p	M-W p
Veteráni	34,5	20,1	25,0	0,744	0,643
Kontrolní	32,9	16,3	25,0		

**Tabulka 13 Změna zdraví**

Skóre v doméně Změna zdraví činilo pro veterány v průměru 34,5 při směrodatné odchylce 20,1 a pro kontrolní skupinu v průměru 32,9 při směrodatné odchylce 16,3. P-hodnoty obou testů byly vyšší než 0,05, tj. nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl ve skóre domény Změna zdraví mezi veterány a kontrolní skupinou.





## 4 DISKUSE

Tato diplomová práce se zabývá kvalitou života válečných veteránů a mírou deprese u této skupiny respondentů. Teoretická část je zaměřena na definování pojmů kvalita života, deprese, válečný veterán, popisuje péči o seniory a válečné veterány v České republice a pro srovnání péči o válečné veterány ve světě. Výzkumné šetření probíhalo za pomoci dvou dotazníků. Dotazníku SF-36 o zdravotním stavu a Geriatrické škály deprese dle Yesavage, kdy se tyto dotazníky dají použít u různých onemocnění, jelikož jsou citlivé ke všem zdravotním problémům, dají se také použít u populace jak specifické, tak obecné.

Po stanovení klinických otázek a jejich hypotéz, které zněly,:

1. Je míra deprese u válečných veteránů větší než u osob běžné populace?

Ho: Celkové skóre GDS-15 se pro válečné veterány a běžnou populaci neliší.

HA: Celkové skóre GDS-15 se pro válečné veterány a běžnou populaci liší.

2. Vnímají váleční veteráni kvalitu života hůře než osoby běžné populace?

Ho: Skóre v jednotlivých doménách dotazníku se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.

HA: Skóre v jednotlivých doménách dotazníku se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Bylo zahájeno kvantitativní dotazníkové výzkumné šetření u dvou skupin respondentů. První skupinou byli již zmiňováni druhováleční veteráni, kteří se aktuálně nacházeli v zařízeních péče o válečné veterány v Olomouci a v Praze a pacienti v zařízení Geriatricko-doléčovacího oddělení ve Slezské nemocnici v Opavě, kteří byli vybráni jako kontrolní skupina. Výzkum probíhal za pomoci výše uvedených dotazníků. Respondenti byli seznámeni s cílem výzkumného šetření, s dotazníky a s možností se šetření zúčastnit. Z demografických údajů vyplývá, že se šetření zúčastnilo 21 válečných veteránů, z toho byly 4 ženy. Celkový počet oslovených válečných veteránů bylo 32. Respondentů z kontrolní skupiny bylo dotazovaných 60 a výzkumného šetření se zúčastnili všichni, to je 40 mužů a 20 žen. Věk všech respondentů byl v rozmezí 76-93 let. Nejnižší věková hranice u veteránů byla 86 let a u kontrolní skupiny 76 let. Naopak u nejvyšší věkové hranice to bylo podobné, váleční veteráni měli nejvíce 93

let a kontrolní skupina měla let 92. Jako další demografický údaj bylo zjišťováno vzdělání. Jak u válečných veteránů, tak u osob z kontrolní skupiny byl jako nejnižší dosažené vzdělání určen učební obor bez maturity. Nejvyšší vzdělání u válečných veteránů čítalo vzdělání vysokoškolské, a u respondentů kontrolní skupiny to byla maturitní zkouška.

Výsledky šetření u Geriatrické škály deprese dle Yesavage ukázaly, že celkové skóre GDS-15 činilo pro veterány v průměru 6,3 při směrodatné odchylce 3,8 a pro kontrolní skupinu v průměru 8,0 při směrodatné odchylce 2,0. Celkové skóre tedy bylo pro skupinu veteránů ve srovnání s kontrolní skupinou v průměru o 1,7 nižší.

P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,039, tj nižší než 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl v celkovém skóre GDS-15 mezi válečnými veterány a běžnou populací. Celkové skóre GDS-15 bylo pro válečné veterány ve srovnání s kontrolní skupinou statisticky významně nižší.

Pořadové statistiky (medián, dolní a horní kvartil, minimum a maximum) byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu. Viz příloha číslo 12. Tudíž byla vyvrácena hypotéza nulová a potvrzena hypotéza alternativní. Kdyby se celkové skóre válečných veteránů lišily, celkové vyhodnocené skóre veteránů je nižší, což ukazuje, že mají nižší stupeň deprese oproti běžné populaci, která byla zastoupena kontrolní skupinou.

Naopak u šetření pomocí dotazníku SF-36 o zdravotním stavu, kdy byly hodnoceny jednotlivě všechny domény daného dotazníku, se ukázalo, že byly vyvráceny hypotézy nulové pro každou hodnocenou dimenzi dotazníku a potvrdila se hypotéza alternativní, což je, že váleční veteráni a osoby kontrolní skupiny vnímají kvalitu života zaměřenou na zdraví stejně.

Data, která byla zjištěna při vyhodnocování Geriatrické škály deprese dle Yesavage a následně byla statisticky zpracována, nám ukázala, že u obou skupin dotazovaných byla dle bodového hodnocení dotazníku ve výsledcích mírná deprese. Celkové skóre GDS-15 bylo u válečných veteránů ve srovnání s kontrolní skupinou nižší v mediánu, dolním i horním kvartilu. Maximální možná hodnota skóre činila 15 (15 položek dotazníku) a minimální možná hodnota byla nulová, přičemž nejvyšší zjištěná hodnota

u válečných veteránů byla 14, nejnižší zjištěná hodnota v rámci veteránů byla nulová, u kontrolní byla nejvyšší zjištěná hodnota skupiny 12 a nejnižší zjištěná hodnota 3. Celkové skóre činilo pro veterány v průměru 6,3 při směrodatné odchylce 3,8 a pro kontrolní skupinu v průměru 8,0 při směrodatné odchylce 2,0. Celkové skóre tedy bylo pro skupinu veteránů ve srovnání s kontrolní skupinou v průměru o 1,7 nižší. P-hodnota Mann-Whitneyho testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,039, to je nižší než 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl v celkovém skóre GDS-15 mezi válečnými veterány a běžnou populací. Celkové skóre GDS-15 bylo pro válečné veterány ve srovnání s kontrolní skupinou statisticky významně nižší. Odpověď na první položenou klinickou otázku tedy zní, že míra deprese u válečných veteránů není vyšší než u osob běžné populace, ale významně nižší.

U dotazníku SF-36 o zdravotním stavu, se hodnotily dimenze, které dotazník obsahuje a ty byly následně statisticky zpracovány. Vyšší skóre ukazuje lepší kvalitu života spojenou se zdravím. Zde byla u každé z dimenzí potvrzena nulová hypotéza, která udávala, že se kvalita života neliší u osob, které prošly válkou od osob, které válkou neprošly. Tudíž je odpověď na stanovenou klinickou otázku taková, že kvalitu života váleční veteráni nevnímají hůře než osoby z kontrolní skupiny běžné populace, ale vnímají ji stejně.

Pro orientační srovnání výsledku tohoto výzkumného šetření poslouží australská studie z roku 2009 s názvem: Life satisfaction and quality in Korean War veterans five decades after the war. Pro možnost použití studie v této diplomové práci bylo potřeba požádat o souhlas vydavatelskou skupinu BMJ, souhlas byl udělen na základě vyplnění dotazníku, a to bezplatně, viz příloha číslo 3. Této studii se účastnili váleční veteráni, kteří byli přímými aktéry války v Koreji, jako kontrolní skupina posloužili muži náhodně vybraní z volebního seznamu. Věkové rozmezí účastníků obou skupin bylo 66-99 let. Ze 7525 oslovených veteránů vrátilo vyplněný dotazník 6122 osob. Z oslovené kontrolní skupiny, která čítala 2964 osob, splnilo podmínky 1510 dotazovaných. Obě skupiny vyplnily dotazník Světové zdravotnické organizace Quality of Life (WHOQOL-Bref) a stupeň bojové expozice. Výsledky studie ukázaly, že váleční veteráni měli výrazně nižší procento životní spokojenosti oproti kontrolní skupině. Tyto výsledky byly spojeny s nízkou hodnotou a závažností bojové expozice. Průměrné skóre, které se týkalo kvality života spojeného se zdravím, hodnoceného výše

uvedeným dotazníkem, což je podstatné pro tuto diplomovou práci, bylo výrazně nižší než u osob kontrolní skupiny. Pokud chceme srovnat výsledky kvality života zaměřeného na zdraví, kterými se zabývá tato diplomová práce, se studií kvality života 50 let po válce v Koreji, i když byly hodnoceny rozdílnými dotazníky, můžeme dle výsledků říct, že váleční veteráni z Koreje vnímají svou kvalitu života spojenou se zdravím hůř, než čeští váleční veteráni, kteří se účastnili 2. světové války. Jako další studie, byla zvolena studie, která hodnotí užitečnost Geriatrické škály deprese dle Yesavage pro hodnocení depresivních symptomů u seniorů s kognitivními poruchami a bez nich, tato studie posloužila i k vypočtení minimálního počtu respondentů do kontrolní skupiny. Do tohoto výzkumu se zapojilo celkem 651 účastníků z 834 oslovených. Účastníci byli ve věkovém rozmezí 85 a více let. Platnost souběžných kritérií byly hodnoceny výpočtem mezi GDS-15 a Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) a Mini-Mental State Examination (MMSE). Výsledky této studie ukázaly celkovou užitečnost GDS-15 u lidí s MMSE, kteří měli skóre 10 a více.

Péči o válečné veterány se v České republice v neziskovém sektoru věnují různé organizace, zejména Československá obec legionářská a Sdružení válečných veteránů. Obě tyto organizace sdružují na celorepublikové úrovni válečné veterány, organizují pro ně různé akce, vytvářejí podpůrné programy, udržují památníky a čestná pohřebiště veteránů atd. Sídlem Československé obce legionářské (dále jen ČsOL) je Praha. Tato organizace má také své jednoty v jednotlivých krajích. ČsOL sdružuje bývalé vojáky československé zahraniční armády z doby 2. světové války a taky novodobé válečné veterány. Kromě toho přispívá k obnovení národní hrdosti, demokratických a bojových tradic v armádě, usiluje o zachování míru a bezpečnosti v souladu s Chartou Spojených národů a dodržování lidských práv a svobod. Spolupracuje s historickými ústavy, školami a jinými institucemi při zpracování dějin a jejich využití při výuce, napomáhá při obnově, zřizování a udržování památníků, čestných pohřebišť a jiných památných míst bojů českých vojáků a to jak v České republice, tak v zahraničí. Je členem Světové organizace válečných veteránů. ČsOL úzce spolupracuje a prohlubuje vztahy s Armádou České republiky ([www.veterani.army.cz](http://www.veterani.army.cz), 2020).

Sídlem Sdružení válečných veteránů ČR je také Praha. Rovněž tato organizace má své pobočky v jednotlivých krajích. Sdružení válečných veteránů ČR sdružuje osoby, které jsou válečným veteránem ve smyslu zákona č. 170/2002 Sb. Cílem sdružení je

především trvalá péče o zdravotní a sociální potřeby válečných veteránů ČR. Aktivně se podílí na činnostech směřujících k šíření dobrého jména ČR, historie a úspěchů Československé armády, Armády České republiky a Policie ČR. Je členem Světové organizace válečných veteránů. Úzce spolupracuje s Československou obcí legionářskou.

Sdružení válečných veteránů České republiky od roku 1992 sdružuje vojáky (ně) v činné službě a v záloze - účastníky válečných a riskantních operací v zahraničí. Sdružení válečných veteránů navazuje na tradice Československé obce legionářské, velmi úzce spolupracuje s ČsOL, členové SVV vstupují do jednot ČsOL a jsou přirozenými pokračovateli bojových tradic ČsOL. Jedním z hlavních úkolů tohoto sdružení je řešení sociálních, zdravotních a pracovně-právních problémů svých členů a pomoc při vytváření účinného celospolečenského systému, který bude schopen řešit problémy válečných veteránů ([www.legionar.org](http://www.legionar.org), 2020). Dalším cílem je zlepšení povědomí veřejnosti o důležitosti a významu zahraniční spolupráce a účasti naší země při mírových operacích.

Aktuálně probíhajícími projekty tohoto sdružení jsou projekt „Veteráni samoživitelé“, projekt „Civilní zaměstnání pro válečné veterány“ a „Koncepce péče o válečné veterány v letech 2018 – 2021“ ([www.legionar.org](http://www.legionar.org), 2020).

V roce 2007 zahájilo Ministerstvo ČR projekt pomoci válečným veteránům prostřednictvím činnosti terénních pracovníků, kteří v rámci jednotlivých krajů poskytují informační, poradenskou, sociální a osobní pomoc všem žijícím druhoválečným veteránům. Je to Projekt Československé obce legionářské „Péče o válečné veterány“. Součástí tohoto institutu byla i bezplatná informační linka pro válečné veterány, kterou provozovala VLRZ. Zřízení této linky bylo ze strany veteránů velice pozitivně hodnoceno a velmi rychle se ji naučili využívat a v mnoha případech došlo k navázání přátelských a mnohdy i velmi osobních vztahů mezi válečnými veterány a terénními pracovníky. Většina terénních pracovníků pochází z řad členů ČsOL z kategorie novodobých válečných veteránů, a tak dochází i v rámci této organizace k předávání zkušeností, ideového odkazu, vzpomínek a tradic mezi staršími a mladšími bratry ([www.csol.cz](http://www.csol.cz), 2020).

Cílem vyhlášeného programu Ministerstva obrany ČR s názvem „Péče o válečné veterány“ je napomáhat válečným veteránům při plnohodnotném zapojení do života

společnosti a bránění jejich sociálnímu vyloučení, a to s kvalifikovaným přihlédnutím k jejich fyzickým a psychickým schopnostem a možnostem.

Projekt je zaměřen na poskytnutí individuální péče a podpory členům cílové skupiny, omezení rizik a důvodů, které mohou veterány ve vysokém věku přivést do kategorie osob sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených, a to s přihlédnutím k jejich fyzickým a psychickým schopnostem a možnostem. Tohoto bude dosaženo prostřednictvím vytvoření databáze válečných veteránů, zřízením a provozováním bezplatné linky pomoci, sestavením týmu terénních pracovníků, kteří budou zajišťovat pravidelný osobní styk s veterány, informační a poradenskou pomoc při čerpání sociálních a zdravotních programů, při řešení sociálněprávních a sociálně zdravotních problémů a při informování o možnosti využívání různých programů. Projekt předpokládá informování veteránů o činnosti Ministerstva obrany, Armády ČR a jejich zapojení do spolupráce s mládežnickými organizacemi, záchrannou službou, ČsOL, SVVČR a zprostředkování styků veteránů s veřejností. Nedílnou součástí projektu je i dobrovolná aktivita jednot ČsOL se zapojením členské základny obce do osobního styku s veterány.

Cílovou skupinou jsou váleční veteráni, nositelé osvědčení dle § 1 odst. 1 písm. a) – f) zákona č. 255/1946 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kteří rovněž splňují podmínky pro vydání osvědčení dle zákona č. 170/2002 Sb., o válečných veteránech ve znění pozdějších předpisů.

Důležitou úlohu má především spolupráce s orgány sociální péče a s orgány místní samosprávy, zpracovávání a předávání získaných informací, spolupráce s Ministerstvem obrany a s Československou obcí legionářskou.

Hlavním cílem tohoto projektu je napomáhat válečným veteránům při plnohodnotném zapojení do života společnosti a bránění jejich sociálnímu vyloučení. Jedná se o poskytnutí individuální péče a podpory členům cílové skupiny, druhoválečným veteránům, omezit rizika a důvody, které mohou veterány ve vysokém věku přivést do kategorie osob sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených, a to s přihlédnutím k jejich fyzickým a psychickým schopnostem a možnostem ([www.csol.cz](http://www.csol.cz), 2020).

Základním realizačním prvkem projektu je terénní pracovník, který zodpovídá za péči o válečné veterány v určitém konkrétním sektoru a dále zodpovídá za řádný chod

projektu. Pravidelně, nejméně jednou v kalendářním čtvrtletí, osobně kontaktuje válečné veterány za účelem zjištění potřeby řešit jejich sociálněprávní nebo sociálně zdravotní problémy. Dále pak terénní pracovník poskytuje veteránům informace o možnostech využívání různých programů v oblasti sociálního zabezpečení a sociálních služeb pro tyto osoby včetně možností pomoci ze strany Ministerstva obrany a předává získané informace svému koordinátorovi, místním orgánům sociální péče a dalším. Terénní sociální pracovník spolupracuje s orgány sociální péče a orgány místní samosprávy. Mimo jiné se podílí rovněž na zapojení válečných veteránů do přednáškové činnosti ve školách, do spolupráce s mládežnickými organizacemi, do aktivní účasti na pietních a vzpomínkových akcích v regionu a v celé České republice.

Sociální pracovník se také v rámci tohoto programu podílí na aktivním vyhledávání osob ohrožených sociálním vyloučením, a to především pokud se jedná o nositele osvědčení dle zákona č.170/2002 Sb.

Projekt zapojuje rovněž jednotlivé jednoty ČsOL v daných krajích, což je uskutečněno za přímé účasti předsedů jednotlivých jednot ČsOL, kteří mají praktické zkušenosti s organizováním podobných akcí, případně z dalších členů výborů jednot či z řad členů ([www.csol.cz](http://www.csol.cz), 2020).

Ve Velké Británii se o válečné veterány stará ministerstvo obrany, tak jak je tomu i v ČR, ale v úzké spolupráci s ministerstvem zdravotnictví. Jsou zde pro veterány připravovány různé programy podpory zdraví jak tělesného, tak i zdraví duševního. Čtyři britské zdravotnické oddělení a Charity Combat Stress spolupracují na pilotním projektu nového modelu komunitní péče o duševní zdraví. Tento projekt je zaměřen a praktického lékaře a klienta. Mělo by to pomoci podpořit a získat přístup k informacím a pomoci pro ty, kteří pracovali v ozbrojených silách. Služby budou vedené terapeutem. První pilotní projekt začal ve Staffordu. Dále budou pokračovat v Cornwallu a ve Skotsku. Program také nabízí odborné lékařské hodnocení duševního stavu všem veteránům s duševním onemocněním, kteří působili ve vojenských operacích. Program zdravotní evaluace ministerstva obrany – Program lékařského hodnocení (MAP) je program poskytující psychiatrické vyšetření všem válečným veteránům, kteří byli aktivní od roku 1982. Program zkoumá obavy pacientů v oblasti duševního zdraví, diagnostikuje duševní porucha a zajišťuje vhodnou péči těmto pacientům. MAP se nachází v Londýně v nemocnici St. Thomase. Dalšími

programy pro péči o válečné veterány ve Velké Británii je i program péče o veterány bezdomovce, kde se jim snaží zajistit náhradní ubytování, Prioritní zdravotní péče pro veterány, kdy má veterán přednost, pokud je jeho problém následkem vojenské služby a v neposlední řadě také program péče o veterány, kteří aktuálně pobývají ve věznici. (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121002224947/http://www.veterans-uk.info/map/faq.html>)

V USA se jako všude jinde také zabývají podporou zdraví tělesného i duševního a zlepšováním kvality péče poskytované válečným veteránům. VHA (Veterans Health Administration) je stabilizační péče pro válečné veterány. Poskytují pomoc v nouzové situaci v oblasti psychického zdraví, které může vyústit až v hospitalizaci pacienta, pokud se prokáže, že daný problém má souvislost s vykonáváním vojenské profese.

Péče o válečné veterány ve Spojených státech amerických se kupodivu objevuje až hodně pozdě – poprvé v roce 1979, kdy bylo založeno Vet Center (Štrobl, 2006). Právě v tomto roce přiznal zákon válečným veteránům „právo“ mít psychologické problémy spojené s jejich službou ve válce a také zákon veřejně deklaroval povinnost společnosti, které tito lidé sloužili, poskytnout jim v jejich návratu do společnosti pomoc. Tato pomoc je realizována právě prostřednictvím Vet Center.

Zde tedy nacházíme rozdíl mezi péčí o veterány v naší zemi a v USA. Zatímco v České republice se o veterány stará armáda, resp. Ministerstvo obrany ČR, v USA je řešení tohoto problému na celé společnosti. Má se totiž za to, že voják neslouží armádě, ale vlasti, a je tedy její povinností se po jeho návratu o něj postarat.

Vet Centra spadají pod Department of Veterans Affairs, což je úřad na úrovni našeho ministerstva. Roční rozpočet stanovuje přímo Kongres. Od války ve Vietnamu, jejímž veteránům byla Vet Centra primárně určena, prošly Spojené státy řadou dalších konfliktů a jejich účastníci se domáhají stejné péče, jakou měli jejich kolegové - vojáci z jihovýchodní Asie. Po roce 1991 byla tedy klientela těchto center rozšířena na všechny žijící účastníky válek, ve kterých byly USA nasazeny. Kromě Vietnamu a první války v Perském zálivu jsou klienty Vet Center také účastníci II. Světové války, války v Koreji, americké intervence v Libanonu, Grenadě, Panamě, Somálsku a samozřejmě je zde možno potkat také veterány „Global War on Terrorism“, což je název pro všechny vojáky, kteří se účastnili operací proti terorismu po 11. 9. 2001.

Štrobl uvádí, že „*Vet Centra fungují na bázi komunitního systému. Nejde tedy jen o*



*jakési poradny, ale o místa, kde je prvořadým cílem personálu nabídnout klientovi bezpečné místo, kam bude rád docházet, kde kromě odborné pomoci potká i kolegy veterány, a bude-li chtít, bude se moci i podílet na některých aktivitách Vet Center (Štrobl, D., 2006).“*

Je třeba říci, že postoj americké, ale vlastně jakékoli jiné západní společnosti k veteránům je stále ambivalentní. Časy, kdy byli vojáci oslavováni, skončily v šedesátých letech 20. století. Ve Vet Centrech jde tedy o to, aby vojáci dostali maximální míru přijetí sebe, svých problémů či zkušeností.

Odborný personál Vet Center tvoří psychoterapeuti a sociální pracovníci. Všichni jsou absolventy nějakého terapeutického výcviku, někteří jsou bývalí vojáci. Na tuto zkušenost je kladen velký důraz, neboť veteráni mají podstatně větší důvěru ve schopnosti a míru porozumění k bývalému příslušníku armády.

Množství služeb, které Vet Center nabízí, je až pozoruhodné. V USA neexistuje povinné zdravotní pojištění a všechny sociální služby si musí klienti hradit sami. Naopak, ve Vet Centrech jsou tyto služby bezplatné z čehož vyplývá další velká výhoda pro jejich klienty. Kromě individuálních či skupinových terapií zaměřených na lidi s různě rozvinutou posttraumatickou stresovou poruchou, se pracovníci zabývají také manželským a rodinným poradenstvím, drogovými a alkoholovými závislostmi, tématem ztráty blízké osoby, problematikou HIV, sexuálními traumaty vzniklými ve spojitosti s vojenskou službou aj. Další nabízené služby se týkají finančního poradenství a pomoci při nárokování sociálních dávek, doprovázení na jednání s úřady a poskytování informačního servisu o národních veteránských organizacích a projektech.

Vedle profesionálního týmu má Vet Center také řadu dobrovolníků, zejména z řad klientů, kteří fungují jako street-workeri. I když Vet Centra existují již delší dobu, je o nich nutné stále informovat veřejnost. Navíc Spojené státy americké mají velký problém s veterány – bezdomovci, a proto je mimo jiné úkolem street-workerů roznášet letáky a propagační materiály do míst, kde by se bývalí veteráni mohli objevovat a pomoc jim nalézt cestu do centra. Často se jedná o podniky té nejnižší úrovně, nádražní haly, místa, kde přespávají bezdomovci a chudinské čtvrti. Klienti těchto center jsou většinou černoši, afroameričané či asiáté.

Skupiny programů, které ve Vet Center probíhají, jsou otevřené i uzavřené. Zaměření

skupin se liší podle povahy problémů a podle konfliktů, kterými vojáci prošli. Existují zde tedy skupiny závislých na drogách a alkoholu, skupiny vietnamských veteránů, účastníků Pouštní bouře, války v Iráku atd.

Dovoluji si položit otázku, zda by mělo zřízení podobného centra v naší republice stejný význam jako v USA a zda by toto bylo vůbec možné.

Je zřejmé, že problematika veteránů je jen obtížně přenosná z jedné země do jiné. „Množství amerických veteránů i počet konfliktů, ve kterých byli tito lidé nasazeni, je nesrovnatelné s naší zemí (Štrobl, 2006).“ Na druhou stranu je třeba říci, že zkušenosti z budování americké systematické péče o válečné veterány by byly užitečné i u nás – např. poradna pro veterány v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Jedná se především o přístup k veteránům, o vzdělávání pracovníků nabízejících pomoc a o začlenění tohoto druhu pomoci do českého systému sociální péče a do naší legislativy. Zkušenosti našich válečných veteránů sice nejsou v celkovém pohledu tak traumatické jako zkušenosti jejich amerických kolegů, neboť se naši vojáci účastnili zejména mírových a nikoli bojových misí. Bývalí účastníci II. světové války tvoří, vzhledem k době, před kterou se konflikt odehrál, menšinu našich veteránů a skutečné bojové operace české armády se dosud týkaly jen relativně malého množství vojáků. To však neznamena, že by čeští veteráni neměli problémy a společnost by se o ně nemusela zajímat. Právě naopak. V dnešní době poznamenané bojem proti terorismu může totiž nastat situace, kdy počet veteránů s traumatickými zkušenostmi rapidně poroste. Je tedy úkolem celé společnosti se touto oblastí zabývat a pružně reagovat na potřeby bývalých vojáků a zajistit jim důstojné postavení a pokud možno plnohodnotné fungování ve společnosti (Štrobl, 2006).

V Kanadě jsou programy péče o válečné veterány zaměřeny na péči o duševní zdraví, preventivní programy, finanční pomoc, rekondiční a rekonvalescenční pobyty, psychiatrická a psychologická pomoc, edukační a informační programy pro veterány a jejich rodiny. (Veterans Affairs Canada, 2006).

Veteráni jsou rozděleni do 2 skupin a to:

Skupina A - Příjemce (veterán) smí využívat pouze benefity, jež přímo souvisejí s jeho onemocněním (např. diabetik může využívat pouze péče spojené s léčbou diabetu). Veteráni skupiny A mohou využívat pouze servis rychlé záchranné služby a převoz pacientů, nemocniční péči, základní zdravotní péči a předpis léků a Skupina B.

Skupina B - Veteráni jsou kvalifikováni jako veteráni, jež zcela zřetelně prokazují potřebu zdravotní péče, a jež mají zdravotní pojištění, které nehradí zdravotní péči pro potřeby zdravotní péče (Veterans Affairs Canada, 2006).

Benefity zdravotní péče pro skupinu B:

- Nemocniční a ambulantní péče
- Servis rychlé záchranné služby a převoz pacientů
- Pomůcky denní spotřeby
- Audio péče pro sluchově postižené
- Základní zdravotní péče
- Předpisy léků
- Zubní péče
- Poskytnutí základního zdravotního vybavení
- Ošetřovatelská péče
- Kyslíková terapie
- Protézy a ortézy
- Přidružená zdravotní péče (např. v případě diabetiků poskytnutí péče o diabetickou ránu)
- Speciální vybavení (např. invalidní vozík)
- Péče o vady zraku (předpisy brýlí, pravidelná vyšetření) (Veterans Affairs Canada, 2006).

Limitů pro tuto diplomovou práci bylo několik. Hlavním problémem byl nedostatek respondentů, převážně pro to, že se jednalo o druhoválečné veterány, kterých už není v České republice evidovaných mnoho. Jejich věk je již příliš vysoký, z čehož vyplývá i jejich polymorbidita, někteří z nich trpěli stařeckou demencí a tudíž nebyli schopni vyplnění dotazníků. Dalším limitem práce bylo, že se při vyplňování dotazníků váleční veteráni nacházeli v zařízení péče o válečné veterány, které jsou omezeny svou lůžkovou kapacitou a u nás se nacházejí takováto zařízení pouze 4. Lůžková zařízení s válečnými veterány byla vybrána proto, že s ohledem na GDPR je nebylo možno kontaktovat osobně. Všichni účastníci výzkumného šetření z řad válečných veteránů jsou členy spolku pro sdružování válečných veteránů, a to spolku Československá obec legionářská a jsou zařazeni do projektu tohoto spolku „Péče o válečné veterány“. Cílem tohoto projektu je individuální péče o válečné veterány ve vysokém věku a

omezení rizika, které by mohly vést k sociálnímu vyloučení. Tuto činnost provádí terénní pracovník, který má pod sebou určitý sektor. Pravidelně osobně kontaktuje veterány, informuje je o novinkách a možnostech čerpání výhod, které jsou pro ně určené a pomáhá jim řešit jejich sociálně právní nebo sociálně zdravotní problémy. A v případě potřeby jim pomůže zařídit umístění v některém ze zařízení péče o válečné veterány. Kontrolní skupina byla vybrána z klientů Geriatricko-doléčovacího oddělení ve Slezské nemocnici v Opavě. Významným limitem, ovlivňujícím validitu výstupu, může být hodnocení dotazníkovou metodou, kterou mohl ovlivnit aktuální zdravotní stav. Vzhledem k tomu, že se v této diplomové práci jednalo o první hodnocení druhoválečných veteránů, kteří jsou umístěni zařízení péče o válečné veterány, dotazníkovým šetřením pomocí dotazníku SF-36 o zdravotním stavu a Geriatrickou škálou deprese dle Yesavage, v České republice, není možno tyto výsledky porovnat a zhodnotit, zda se kvalita života závislá na zdravotním stavu a míra deprese, s odstupem času, u obou dotazovaných skupin zlepšila či nikoli. Můžeme pouze čerpat z výsledků zahraničních studií, které se tomuto šetření alespoň trochu přibližují. Do budoucna by bylo přínosné provést další výzkumy na dané téma, bylo by zajímavé zjistit například informovanost válečných veteránů o možnostech jim poskytované péče, zaměřit se také na novodobé válečné veterány a zjištěné výsledky porovnat.

## Závěr

Vzhledem k tomu, že v této diplomové práci byly stanovené klinické otázky, zda je rozdíl v kvalitě života a míře deprese u osob, které prošly válkou a které nikoli, proto se práce věnovala ve své úvodní části rovněž definování pojmu kvalita života, který byl pro tuto práci stěžejní, dále nás uvedla do problematiky deprese, přiblížila nám možnosti péče o seniory v České republice, seznámila s pojmy válečný veterán a s tím, jaká péče je poskytována válečným veteránům u nás a jakou péči mají ve světě (pro možnost srovnání). Pro účely praktické části práce byly k šetření použity dotazníky SF-36 o zdravotním stavu a Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS-15). Oba tyto dotazníky jsou velice často využívány nejen u nás, ale také v zahraničí a mají velice dobrou výpovědní hodnotu.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o výzkum osob v seniorském věku, které měli být umístěny v zařízení péče o seniory, byli váleční veteráni vyhledáni ve zdravotnických zařízeních péče o válečné veterány v Ústřední vojenské nemocnici Praha, a to na Oddělení dlouhodobé péče, Domově péče o válečné veterány a v Domově Vlčí mák. Dále šetření probíhalo ve Vojenské nemocnici Olomouc na Oddělení LDN. V obou zařízeních bylo dohromady 21 válečných veteránů, kteří byli ochotni dotazníky vyplnit. Kontrolní skupina jsou hospitalizovaní pacienti z Oddělení Geriatricko-doléčovacího Slezské nemocnice v Opavě. Kontrolní skupina byla vybírána především podle věku tak, aby se co nejvíce přiblížila věkové skupině válečných veteránů, kteří souhlasili, že se zúčastní výzkumného šetření. Věkové rozmezí válečných veteránů bylo přibližně od roku 1924 do roku 1931 a věkové rozmezí kontrolní skupiny bylo od roku 1926 do roku 1942. Podmínky pro obě skupiny byly prakticky stejné. O všechny respondenty v době, kdy probíhalo výzkumné šetření, pečoval zdravotnický personál, a proto nemohlo být šetření ovlivněno prostředím vlastního domova či péči příbuzných.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak vnímají kvalitu svého života v závislosti na jejich zdravotním stavu váleční veteráni, čili osoby, které prošly v minulosti velice traumatizujícím zážitkem, který je jistě poznamenal a jehož následky si sebou nesli celý následující život. Byly stanoveny klinické otázky a k nim i hypotézy:

1. Je míra deprese u válečných veteránů větší než u osob běžné populace?

H<sub>0</sub>: Celkové skóre GDS-15 se pro válečné veterány a běžnou populaci neliší.

H<sub>A</sub>: Celkové skóre GDS-15 se pro válečné veterány a běžnou populaci liší.

2. Vnímají váleční veteráni kvalitu života hůře než osoby běžné populace?

H<sub>0</sub>: Skóre v jednotlivých doménách dotazníku se pro válečné veterány a kontrolní skupinu neliší.

H<sub>A</sub>: Skóre v jednotlivých doménách dotazníku se pro válečné veterány a kontrolní skupinu liší.

Při vyhodnocování Geriatrické škály deprese dle Yesavage bylo zjištěno, že celkové skóre pro skupinu válečných veteránů bylo v průměru o 1,7 nižší než skóre u kontrolní skupiny seniorů. Tudíž byla nulová hypotéza zamítnuta a potvrdila se hypotéza alternativní s tím, že míra deprese je u skupiny válečných veteránů nižší než u osob ze skupiny kontrolní. Výzkumné šetření tedy prokázalo, že u osob, které si prošly traumatizujícím zážitkem, jako byla 2. Světová válka a byli jeho přímou součástí, se neukázala míra deprese vyšší než u osob z kontrolní skupiny, což by se dalo předpokládat, ale nižší.

Při výzkumném šetření pomocí dotazníku SF-36 o zdravotním stavu nebyl statisticky prokázán rozdíl ve vnímání kvality života u válečných veteránů a u osob z kontrolní skupiny v žádné z hodnocených dimenzí dotazníku.

Výsledky tohoto šetření budou poskytnuty k nahlédnutí Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Na základě této podmínky byl souhlas s výzkumným šetřením schválen na jejich pracovištích LDN, Domov Vlčí mák a Domov péče o válečné veterány.

## REFERENČNÍ SEZNAM

- BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. *Sociální práce na ulici – streetwork*. Brno: Doplněk, 2000. 102s. ISBN 80-7239-048-1
- Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. [online]. Copyright © [cit. 20.06.2019]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/002/000297.pdf?seek=1445336834>
- ČEŠKOVÁ, Eva, Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2013, ISBN 978-80-7345-316-9.
- DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. (1997) Kvalita života-vymezení, definice, historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie/Česká lékařská společnost J. E. Purkyně*. roč. 93 č. 2, s. 104. ISSN 1212-0383
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- *Fakulta vojenského zdravotnictví UO* [online]. Dostupné z: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vzl1\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vzl1_2.%20Slovacek.pdf)
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- HALVORSRUD, L. 2010. Quality of life model: Predictors of quality of life among sick older adults. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. [online] 2010, 24 (4), s. 241-259 [cit. 2017-07-06]. ISSN 1541-6577. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.24.4.241>

- Home - Veterans Affairs Canada. *Language selection - Veterans Affairs Canada / Sélection de la langue - Anciens Combattants Canada* [online]. Dostupné z: <http://www.veterans.gc.ca/eng>
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
- IKIN, J. F., M. R. SIM, D. P. MCKENZIE, et al. Life satisfaction and quality in Korean War veterans five decades after the war. *Journal of Epidemiology and Community Health* [online]. 2009, **63**(5), 359-365 [cit. 2020-11-15]. ISSN 0143005X. Dostupné z: doi:10.1136/jech.2007.061986
- KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4740-263.
- KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024731483
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-331-4.



- MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-00-X.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MAREŠ, J. 2014. Problémy se zjišťováním kvality života seniorů. *Praktický lékař [online]* 2014, 94 (1), s. 22-31. [cit. 2017-05-28]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid>.
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. 310 s. ISBN 80-7367-331-4
- MATOUŠEK, O.. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin s nimi*. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X
- MECA, V. Analýza hlavních problémů novodobých válečných veteránů mimo činnou službu s důrazem na uplatnění na trhu práce. Praha: Odbor mimorezortní spolupráce sekce personální Ministerstva obrany, 2010. 57 s.
- Mental Health Service. [online]. Copyright © Crown Copyright, images from [cit. 16.06.2018]. Dostupné z: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121002224929/http://www.veterans-uk.info/mental\\_health/announcement.html](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121002224929/http://www.veterans-uk.info/mental_health/announcement.html)
- *Mental Health Home* [online]. Copyright © [cit. 16.06.2018]. Dostupné z: [https://www.mentalhealth.va.gov/docs/Fact\\_Sheet-Emergent\\_Mental\\_Health\\_Care\\_Former\\_Service\\_Members.pdf](https://www.mentalhealth.va.gov/docs/Fact_Sheet-Emergent_Mental_Health_Care_Former_Service_Members.pdf)
- *MMSL: Main* [online]. Copyright © [cit. 25.06.2019]. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2004/01/02.pdf>

- NEDĚLNÍKOVÁ, D. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. 121s.
- | Odbor pro válečné veterány SPRáv MO. *Odbor pro válečné veterány SPRáv MO* [online]. Copyright © 2004 [cit. 13.05.2018]. Dostupné Z: <http://www.veterani.army.cz/o-nas>
- [online]. Copyright © [cit. 25.06.2019]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/aa08/ac3c784705b96e2b6ae92b048642f9e67bda.pdf>
- [online]. Dostupné z: [http://Štefflová, M. \(2001\). Psychohygienické aspekty sexuální dimenze kvality života mužů s transversální míšní lézí v kontextu speciální andragogiky. Brno. s. 150.](http://Štefflová, M. (2001). Psychohygienické aspekty sexuální dimenze kvality života mužů s transversální míšní lézí v kontextu speciální andragogiky. Brno. s. 150.)
- [online]. Dostupné z: [http:// HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9. Kapitola Jak stáří vypadá, s. 33, 31, 21](http://HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9. Kapitola Jak stáří vypadá, s. 33, 31, 21)
- OSTER, Peter, Matthias SCHULER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, ISBN 978-80-247-3013-4.
- Péče o válečné veterány. [online]Dostupné na WWW: [www.veterani.army.cz](http://www.veterani.army.cz). Cit. 2020-06-11
- Péče o válečné veterány. Československá obec legionářská. Copyright © [cit. 16.6.2020]. Dostupné z: <http://www.csol.cz/projekty/pece-o-valecne-veterany>

- Priority NHS Healthcare for Veterans. [online]. Copyright © 1999 [cit. 16.06.2018]. Dostupné z: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121002224936/http://www.veterans-uk.info/healthcare/healthcare.htm>
- Sdružení válečných veteránů. [online]. Copyright © [cit. 16.6.2020]. Dostupné z: Dostupné na WWW: <http://www.legionar.org/index.php?Agenda-sdruzeni-veteranu/&rubrika=75>.
- Stehlík: Civilista nemá v útvaru šanci, proto se musí o veterány starat voják. Copyright © [cit. 16.6.2020]. Dostupné z: <https://www.info.cz/cesko/stehlik-civilista-nema-u-utvaru-sanci-proto-se-musi-o-veterany-starat-vojak-43555.html>
- ŠTROBL, D. *Trauma z války*. Psychologie dnes, 2006. 12. ročník, 3. číslo. s. 16
- The influence of physical and mental health symptoms on Veterans' functional health status. *Office of Rehabilitation Research & Development* [online]. Dostupné z: <https://www.rehab.research.va.gov/jour/2016/536/JRRD-2015-07-0146.html>
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd., dotisk. Praha: Galén, 2010, ISBN 978-80-7262-365-6.
- Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *National Center for Biotechnology Information* [online]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701937/>
- ÚZIS ČR. ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Copyright © ÚZIS ČR 2010 [cit. 24.06.2019]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/dotaznik-kvality-zivota-sf-36v>

- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- Veterans Affairs Canada. A Guide to access vac health benefits and the veterans independence program. Blu cross, 2006. s.4
- Veterans Issues - Medical Assessment Programme (MAP). [online]. Dostupné z: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121002224947/http://www.veterans-uk.info/map/faq.html>
- Veterans' Preferences for Receiving Information About VA Services: Is Getting the Information You Want Related to Increased Health Care Utilization? | Military Medicine | Oxford Academic. *Document Moved* [online]. Copyright © 2019 Oxford University Press [cit. 20.06.2019]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/milmed/article/181/2/106/4159795>
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 5. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-81-0.
- VRABCOVÁ, Dagmar. *Dobrovolnictví v Domově péče o válečné veterány při Ústřední vojenské nemocnici - Vojenské fakulní nemocnici Praha*. Olomouc, 2018. Absolventská práce. CARITAS - Vyšší odborná škola sociální Olomouc. Vedoucí práce Doc. PaedDr. Tatiana Matulayová, Ph.D.
- Ware J.E. and C.D. Sherbourně: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual Framework and item selection. *Medical Care*. 30(6):473-483,1992
- Ware J.E., M.S. Bayliss, M. Mannocchia, G.L. Davis: Health.related quality of life in chronic hepatitis C: Impact of disease and treatment response. *Hepatology*. 30(2): 550-555, 1999.

- WIJA, P., BAREŠ, P., ŽOFKA, J. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, 2019. ISBN 978-80-907-662-2-8.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - Příručka pro personální agendu a odměňování zaměstnanců. *Obsah - Příručka pro personální agendu a odměňování zaměstnanců* [online]. Dostupné z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_108\\_2006](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006)
- *Zákony v působnosti Ministerstva obrany | Ministerstvo obrany. Ministerstvo obrany* [online]. Copyright © Ministerstvo obrany [cit. 13.05.2018]. Dostupné z: <http://www.mocr.army.cz/dokumenty-a-legislativa/zakony-v-pusobnosti-mo-172/>
- 72/19 Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025; T: 6.6.2019 | Hospodářská komora ČR. *Úvod | Hospodářská komora ČR* [online]. Copyright © 2017 [cit. 13.11.2020]. Dostupné z: <https://www.komora.cz/legislation/72-19-strategie-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2019-2025-t-6-6-2019/>
- 400 Bad Request. *Stárnutí 2021 - gerontologická mezioborová konference* [online]. Dostupné z: [http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti\\_2018\\_sbornik.pdf#page=80](http://www.konferencestarnuti.cz/files/Starnuti_2018_sbornik.pdf#page=80)

## SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
ČsOL	Československá obec legionářská
GDS-15	Geriatrická škála deprese dle Yesavage
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MMSE	Mini-Mental State Examination
PGCMS	Philadelphia Geriatric Center Morale Scale
SF36	Short form 36, dotazník o zdravotním stavu
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VN	Vojenská nemocnice
VHA	Veterans Health Administrations

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Závislost síly testu na počtu respondentů.....	str. 40
Tabulka 2 Pohlaví respondentů.....	str. 45
Tabulka 3 Vzdělání respondentů .....	str. 46
Tabulka 4 Výsledky GDS-15 .....	str. 47
Tabulka 5 Fyzická aktivita .....	str. 48
Tabulka 6 Omezení fyzické aktivity .....	str. 49
Tabulka 7 Omezení způsobené emočními problémy .....	str. 50
Tabulka 8 Vitalita .....	str. 50
Tabulka 9 Celkové psychické zdraví .....	str. 51
Tabulka 10 Společenská aktivita .....	str. 52
Tabulka 11 Tělesná bolest .....	str. 53
Tabulka 12 Celkové vnímání zdraví .....	str. 54
Tabulka 13 Změna zdraví .....	str. 56

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1: Zákon č. 170/2002 Sb. § 3, o válečných veteránech
- Příloha 2: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Příloha 3: Vyjádření etické komise FZV UP
- Příloha 4: Povolení k použití studie ke tvorbě diplomové práce
- Příloha 5: Souhlas k povolení výzkumného šetření ve Vojenské nemocnici Olomouc na oddělení LDN
- Příloha 6: Souhlas k povolení výzkumného šetření ve Vojenské nemocnici Praha na oddělení dlouhodobé péče, v Domově péče o válečné veterány, Domově Vlčí mák
- Příloha 7: Souhlas k povolení výzkumného šetření na Geriatricko-doléčovacím oddělení ve Slezské nemocnici v Opavě
- Příloha 8: Informovaný souhlas
- Příloha 9: Dotazník SF-36 o zdravotním stavu
- Příloha 10: Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS-15)
- Příloha 11: Demografické údaje respondentů
- Příloha 12: Výsledky šetření GDS-15



## Příloha 1

Zákon č. 170/2002 Sb. § 3, o válečných veteránech specifikuje, kdo se může tímto veteránem stát.

(1) Válečným veteránem je státní občan České republiky, který po 8. květnu 1945 jako voják v činné službě, příslušník armády, která v rozhodné době byla považována za armádu spojeneckou, nebo příslušník armády státu, jehož je Česká republika právním nástupcem, (dále jen "voják") anebo jako příslušník bezpečnostního sboru konal službu Válečný veterán

- a) nepřetržitě alespoň po dobu 90 kalendářních dnů v zahraniční misi v místě ozbrojeného konfliktu nebo v místě s výrazně zhoršenou bezpečnostní situací,
- b) v souhrnu nejméně po dobu 360 kalendářních dnů v jiných zahraničních misích, než je uvedeno pod písmenem a), které se uskutečnily na základě rozhodnutí mezinárodní organizace, jíž je Česká republika členem; nejkratší započítatelná doba podle tohoto ustanovení však činí nejméně 90 dnů nepřetržitého výkonu služby, nebo
- c) jednotlivě v zahraničních misích po dobu kratší než dobu podle písmene a) nebo b), kdy však celková doba služby po vzájemném sečtení činí alespoň 360 kalendářních dnů; doba výkonu služby v místě ozbrojeného konfliktu nebo v místě s výrazně zhoršenou bezpečnostní situací kratší než doba uvedená pod písmenem a) se v tomto případě do celkové doby služby započítává čtyřnásobně, pokud po tomto přepočtu dosáhne nejméně 90 dnů.

(2) Válečným veteránem je rovněž státní občan České republiky, který jako zaměstnanec ústředního orgánu státní správy, bezpečnostního sboru nebo ozbrojených sil (dále jen "zaměstnanec") plnil úkoly v místě ozbrojeného konfliktu anebo v místě s výrazně zhoršenou bezpečnostní situací nebo v jiné zahraniční misi, a to po dobu stanovenou v odstavci 1 písm. a), b) nebo c).

(5) Válečným veteránem je také občan České republiky, který byl účastníkem národního boje za osvobození v letech 1939 až 1945 a je nositelem osvědčení podle § 1 odst. 1 písm. a) až f) zákona č. 255/1946 Sb., o příslušnících československé armády v zahraničí a o některých jiných účastnících národního boje za osvobození, ve znění pozdějších předpisů.

## Příloha 2

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

- 1.) sociální služba - jde o činnosti zajišťující pomoc a podporu potřebným osobám za účelem jejich sociálního začlenění či za účelem prevence jejich sociálního vyloučení, apod.
- 2.) nepříznivá sociální situace – jedná se o situaci, která je oslabením nebo ztrátou určité schopnosti jedince vlivem jeho nepříznivého zdravotního stavu, nebo z důvodu věku, z důvodu aktuální krizové sociální situace, z důvodu jeho specifických životních návyků nebo způsobů života, z důvodu ohrožení práv nebo zájmů způsobených trestnou činností jiné fyzické osoby či z jiných závažných důvodů. Při nepříznivé sociální situaci není jedince schopen sám nějakým způsobem řešit vzniklou situaci tak, aby řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu jedince před jeho případným sociálním vyloučením.
- 3.) dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav – tento stav můžeme definovat jako takový nepříznivý zdravotní stav, který trvá dle lékařských poznatků delší dobu než 1 rok, a který vede k omezení fyzických, duševních či smyslových schopností a zásadním způsobem ovlivňuje jedince a jeho soběstačnost,
- 4.) přirozené sociální prostředí, rodina a sociální vazby k osobám blízkým – do této oblasti pochopitelně patří domácnost klienta a jeho sociální vazby k dalším osobám, s nimiž domácnost sdílí, s nimiž je v blízkém vztahu či kontaktu, apod. Přirozené sociální prostředí a tyto sociální vztahy jsou velmi důležité právě při poskytování sociálních služeb pro seniory.
- 5.) sociální začleňování – sociální začleňování je procesem, jež se snaží o to, aby sociálně vyloučené osoby dosáhly příležitostí a možností, jež by jim pomohly plně se zapojit do sociálního, ekonomického a kulturního života společnosti,
- 6.) sociální vyloučení – jedná se o vyčlenění jedince zcela nebo částečně mimo běžný život společnosti a nemožnost se do takového života zapojit vlivem jedincovy nepříznivé sociální situace,
- 7.) zdravotní postižení - tělesné, mentální, duševní, smyslové či kombinované postižení, mající na jedince takové dopady, jež činí takto postiženou osobu závislou na pomoci jiné osoby či jiných osob, plán rozvoje sociálních služeb – představuje výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb konkrétních osob na určeném území. Tento plán také představuje způsob uspokojování potřeb

daných osob za využití dostupných zdrojů. Plán rozvoje sociálních služeb přináší také popis a analýzu již existujících zdrojů a potřeb, a to včetně strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb. Dále sem patří povinnosti zúčastněných subjektů, uvedení způsobu vyhodnocování plnění tohoto plánu a způsob, kterým lze provést změny v oblasti poskytování sociálních služeb.



Fakulta  
zdravotnických věd

Genius loci ...

UPOL-141353/1040-2017

Vážená paní  
Bc. Kateřina Prusková

2017-11-26

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

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

**souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .**

Etická komise FZV UP v Olomouci upozorňuje na nutnost získání souhlasu poskytovatele zdravotních služeb s výzkumem.

S pozdravem,

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

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

## Příloha 4

16. 11. 2020

RightsLink Printable License

### BMJ PUBLISHING GROUP LTD. LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Nov 16, 2020

---

---

This Agreement between Univerzita Palackého V Olomouci -- Kateřina Prusková ("You") and BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Publishing Group Ltd.") consists of your license details and the terms and conditions provided by BMJ Publishing Group Ltd. and Copyright Clearance Center.

License Number 4950870249394

License date Nov 16, 2020

Licensed Content  
Publisher BMJ Publishing Group Ltd.

Licensed Content  
Publication Journal of Epidemiology & Community Health

Licensed Content Title after the war  
Life satisfaction and quality in Korean War veterans five decades

Licensed Content Author J F Ikin, M R Sim, D P McKenzie, K W A Horsley, E J Wilson, W K Harrex, M R Moore, P L Jelfs, S Henderson

Licensed Content Date May 1, 2009

Licensed Content  
Volume 63

Licensed Content Issue 5

Type of Use Dissertation/Thesis

<https://s100.copyright.com/AppDispatchServlet>

1/5

## Příloha 5

Mgr. Hana Zrníková  
náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči  
manažer kvality  
Sušilovo nám. 5  
Olomouc 779 00  
tel.: 973 407 061, 723 954 651  
e mail: [zrnikovah@vnol.cz](mailto:zrnikovah@vnol.cz)

Předmět:

Žádost o povolení k výzkumnému šetření na oddělení LDN

Žádám o povolení k provedení výzkumného šetření na oddělení LDN, které je součástí mé diplomové práce na téma Kvalita života válečných veteránů v ČR. Šetření bude probíhat pomocí dotazníků SF 36 a Geriatrické škály deprese.

V příloze přikládám vzor dotazníků, informovaného souhlasu a kopii schválení tématu DP etickou komisí Univerzity Palackého v Olomouci.

Žadatel:

Bc. Kateřina Prusková, Bílovecká 96, Opava 6, 747 06, t.č. 732971995,

e-mail: [katka.pruskova@seznam.cz](mailto:katka.pruskova@seznam.cz)

18.12.2014 Schváleno

VOJENSKÁ NEMOCNICE  
Mgr. Hana Zrníková  
náměstek ředitele  
pro ošetrovatelskou péči  
Sušilovo nám. 5, 771 11 Olomouc

## Příloha 6

Mgr. Lenka Gutová, MBA  
náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči  
U Vojenské nemocnice 1200  
Praha 6, 169 02  
tel.: 973 202714  
e mail: [lenka.gutova@uvn.cz](mailto:lenka.gutova@uvn.cz)

Předmět:

### Oddělení dlouhodobé péče, Domov péče o válečné veterány, Domov Vlčí mák

Žádám o povolení k provedení výzkumného šetření na výše uvedených odděleních, které je součástí mé diplomové práce na téma Kvalita života válečných veteránů v ČR. Šetření bude probíhat pomocí dotazníků SF 36 a Geriatrické škály deprese.

V příloze přikládám vzor dotazníků, informovaného souhlasu a kopii schválení tématu DP etickou komisí Univerzity Palackého v Olomouci.

Žadatel:

Bc. Kateřina Prusková  
Bílovecká 96  
Opava 6  
747 06  
t.č. 732971995,  
e-mail: [katka.pruskova@seznam.cz](mailto:katka.pruskova@seznam.cz)

V Olomouci 7.2.2018

*Souhlasím*  
Ústřední vojenská nemocnice -  
Vojenská fakultní nemocnice Praha  
Vojenská nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

*Gutová* 16.2.2018  
Mgr. Lenka Gutová, MBA

## Příloha 7

Mgr. Hana Hozová  
náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči

Slezská nemocnice v Opavě, p.o.  
Olomoucká 470/86, Opava – předměstí, 747 01

e mail:

[hana.hozova@nemocnice.opava.cz](mailto:hana.hozova@nemocnice.opava.cz)

Předmět:

### Výzkumné šetření na Geriatricko - doléčovacím oddělení

Žádám o povolení k provedení výzkumného šetření kontrolní skupiny respondentů na výše uvedeném oddělení, které je součástí mé diplomové práce na téma Kvalita života válečných veteránů v ČR. Šetření bude probíhat pomocí dotazníků SF 36 a Geriatrické škály deprese. S válečnými veterány již šetření proběhlo a to v ÚVN Praha – oddělení LDN a domov VIČI Mák, dále pak ve VN Olomouc – oddělení dlouhodobé péče.

V příloze přikládám vzor dotazníků, informovaného souhlasu a kopii schválení tématu DP etickou komisí Univerzity Palackého v Olomouci.

Žadatel:

Bc. Kateřina Prusková

Bílovecká 96

Opava 6

747 06

t.č. 732 971 995,

e-mail: [katka.pruskova@seznam.cz](mailto:katka.pruskova@seznam.cz)

Mgr. Hozová Hana  
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Slezská nemocnice v Opavě  
příspěvková organizace  
Olomoucká 470/86, 746 01 OPAVA

V Opavě 8.8.2018

Souhlasím 16.8.2018





Fakulta  
zdravotnických věd

Genius loci ...

UPOL-141353/1040-2017

**Vážená paní  
Bc. Kateřina Prusková**

2017-11-26

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

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

**souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .**

Etická komise FZV UP v Olomouci upozorňuje na nutnost získání souhlasu poskytovatele zdravotních služeb s výzkumem.

S pozdravem,

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

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

## Příloha 9

### DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

*NÁVOD: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.*

*Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.*

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

(zakroužkujte jedno číslo)

Výtečné .....	1
Velmi dobré .....	2
Dobré .....	3
Docela dobré .....	4
Špatné .....	5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem .....	1
Poněkud lepší než před rokem .....	2
Přibližně stejné jako před rokem .....	3
Poněkud horší než před rokem .....	4
Mnohem horší než před rokem .....	5

## DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

<u>ČINNOSTI</u>	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. <b>Usilovné činnosti</b> jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. <b>Středně namáhavé činnosti</b> jako posunování stolu, luxování, hraní kulek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech <b>několik pater</b>	1	2	3
e. Vyjít po schodech <b>jedno patro</b>	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze <b>asi jeden kilometr</b>	1	2	3
h. Chůze po ulici <b>sto metrů</b>	1	2	3
i. Chůze po ulici <b>několik desítek metrů</b>	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

### DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
e. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např.) jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně <b>pozorný(á)</b> než obvykle?	1	2

6. Uveďte do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu

## DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

(zakroužkujte jedno číslo)

- Vůbec ne .....1  
Trochu .....2  
Mírně .....3  
Poměrně dost .....4  
Velmi silně .....5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

- Žádné .....1  
Velmi mírné .....2  
Mírné .....3  
Střední .....4  
Silné .....5  
Velmi silné .....6

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

(zakroužkujte jedno číslo)

- Vůbec ne .....1  
Trochu .....2  
Mírně .....3  
Poměrně dost .....4  
Velmi silně .....5

## DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

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

Jak často v posledních 4 týdnech

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pocítoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pocítoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpan(a)?	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(a)?	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

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

## DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

(zakroužkujte jedno číslo)

- Pořád .....1  
Většinu času .....2  
Občas .....3  
Málokdy .....4  
Nikdy .....5

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

## Příloha 10

U každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se v posledním týdnu cítil/a:

### GERIATRICKÁ ŠKÁLA DEPRESE DLE YESAVAGE (GDS -15)

U každé otázky zakroužkujte odpověď, který nejlépe vystihuje, jak jste se v posledním týdnu cítil/a:

1. Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?	ano	ne
2. Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?	ano	ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ano	ne
4. Nudíte se často?	ano	ne
5. Jste většinou v dobré náladě?	ano	ne
6. Bojíte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne
7. Cítíte se většinou šťastný/á?	ano	ne
8. Cítíte se často bezmocný/á?	ano	ne
9. Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel/a ven a dělal/a něco nového?	ano	ne
10. Máte pocit, že v poslední době máte s pamětí více problémů než ostatní?	ano	ne
11. Máte dojem, že je pěkné žít v této době?	ano	ne
12. Připadáte si zbytečný/á?	ano	ne
13. Cítíte se pln/a energie?	ano	ne
14. Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?	ano	ne
15. Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?	ano	ne

Za každou odpověď označenou tučným písmem počítejte 1 bod. Celkové skóre ..... bodů  
Hodnocení:

0–5 normální afekt      6–10 mírná depresivita      11+ těžká depresivita

Právě proto, že je používána hodně, je více variant hodnocení. Toto je nejčastější.

Druhé obvyklé hodnocení je jen na 2kategorie:

0-5bodů norma, 6 a více bodů – významné podezření na depresi, nutné odborné vyšetření zda se o depresi jedná a případná léčba. (V případě vysokého počtu bodů už to není podezření ale jistota na 99%)

Krátká verze, GDS -5 (Hoyl 1999) :

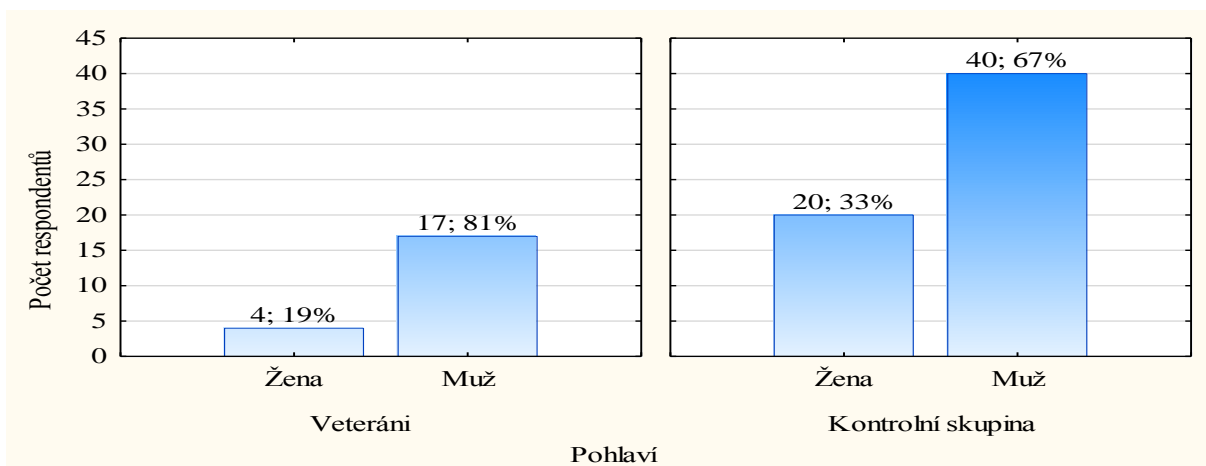
5 otázek vyznačených tučně (otázka č. 1, 4, 8, 9 a 14)

Hodnocení: 2+ suspektní deprese, potřebné další vyšetření

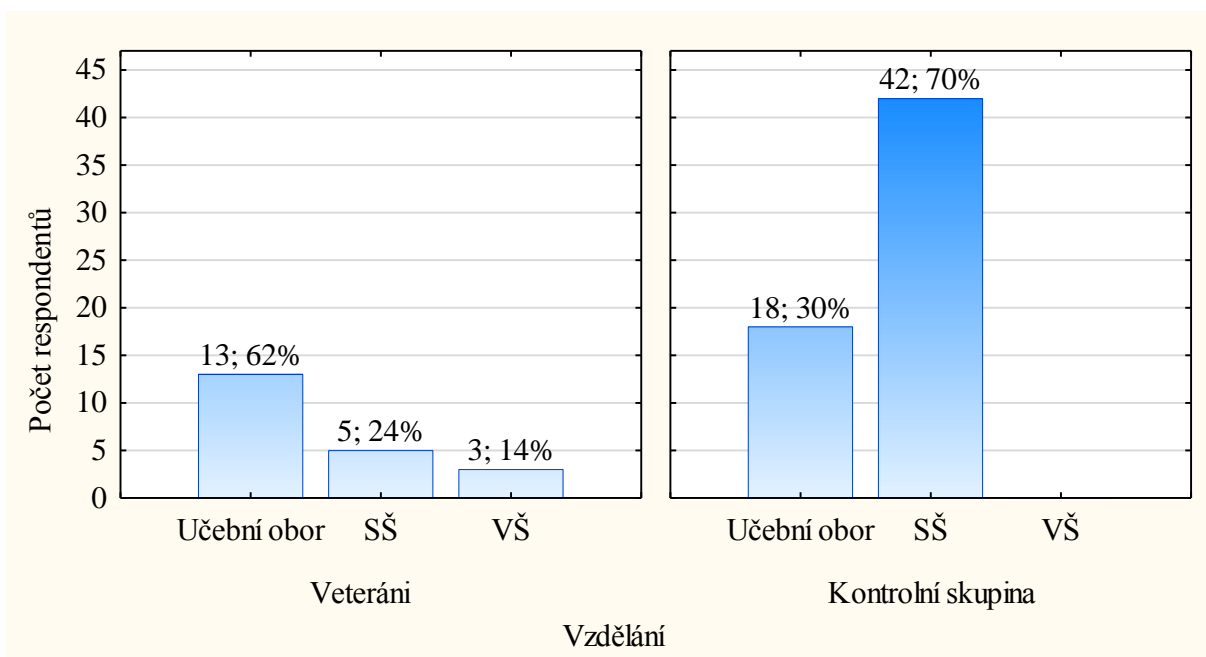
Geriatric Depression Scale je celosvětově rozšířená škála, jedna z nejčastěji používaných pro zjišťování deprese u seniorů. Česká verze je publikovaná např.: Jiráček R. 2004. Vyšetření psychických funkcí ve stáří. In *Geriatric a gerontologie*, Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, et al. (eds). Prague: Grada Publishing.



## Příloha 11 Demografické údaje respondentů

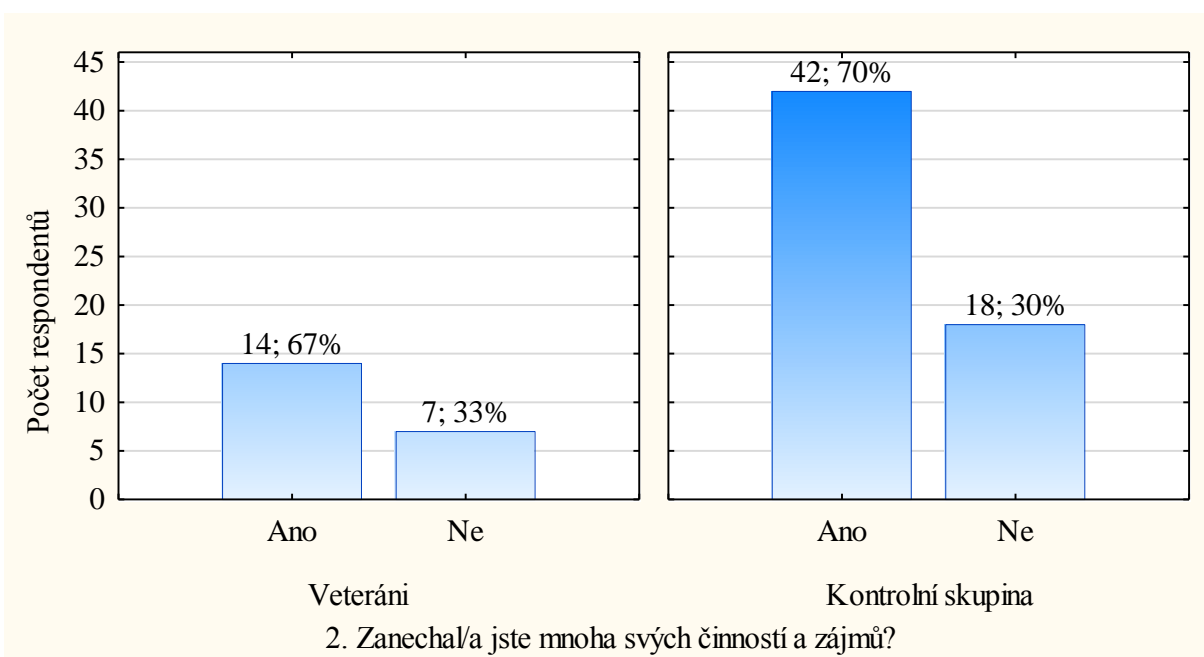
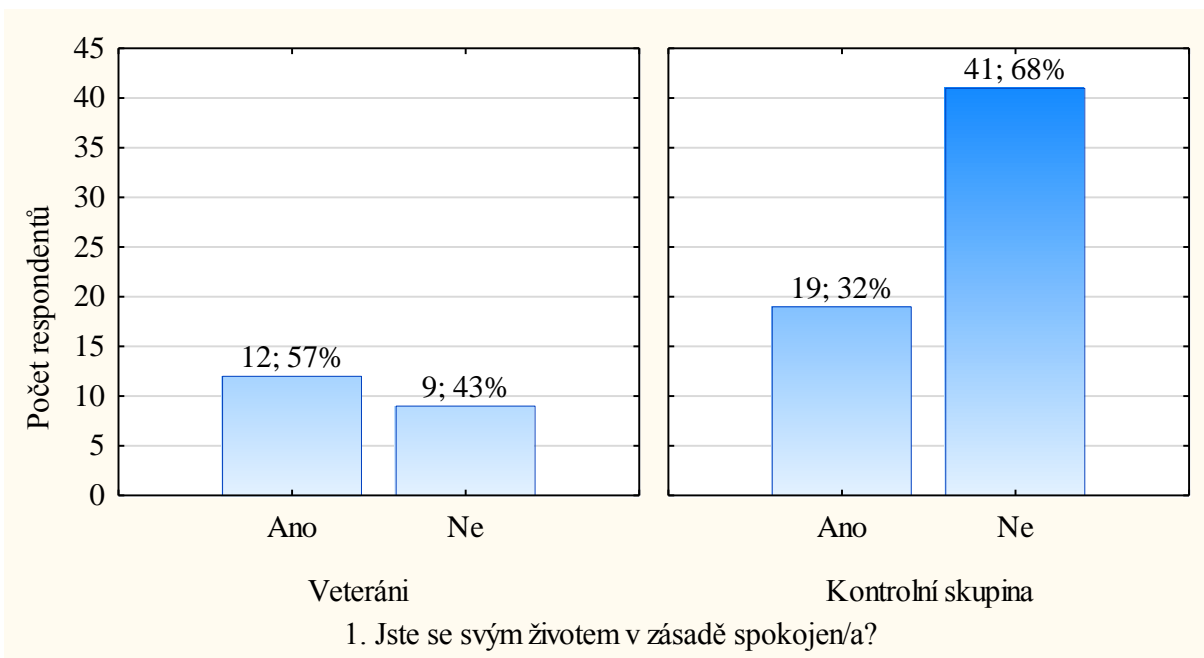


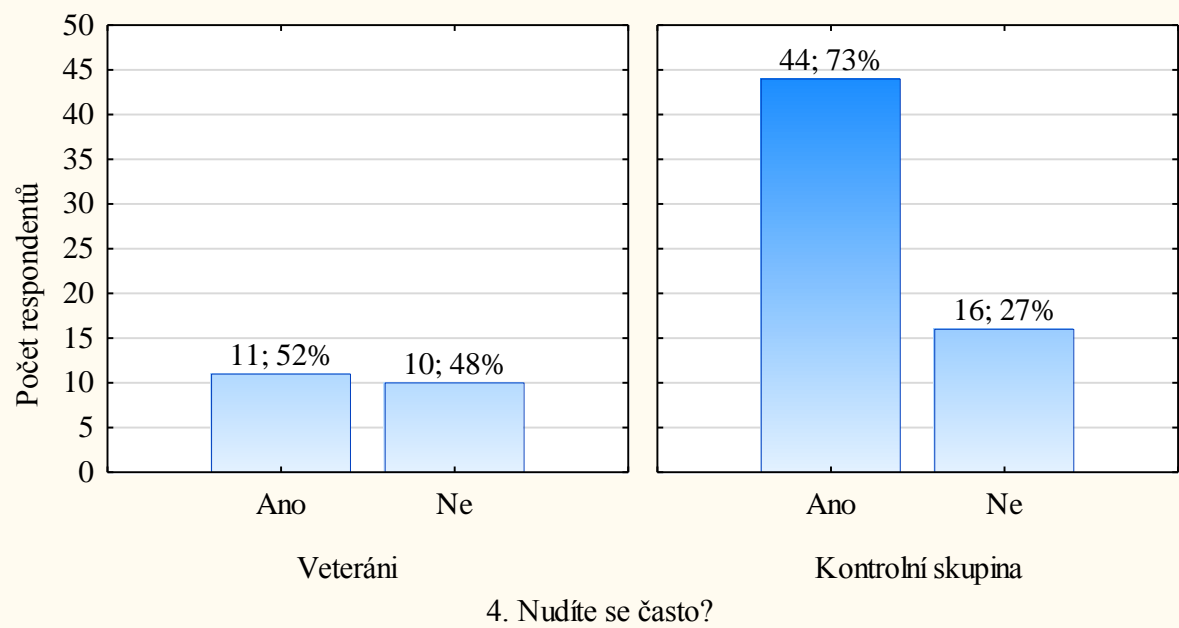
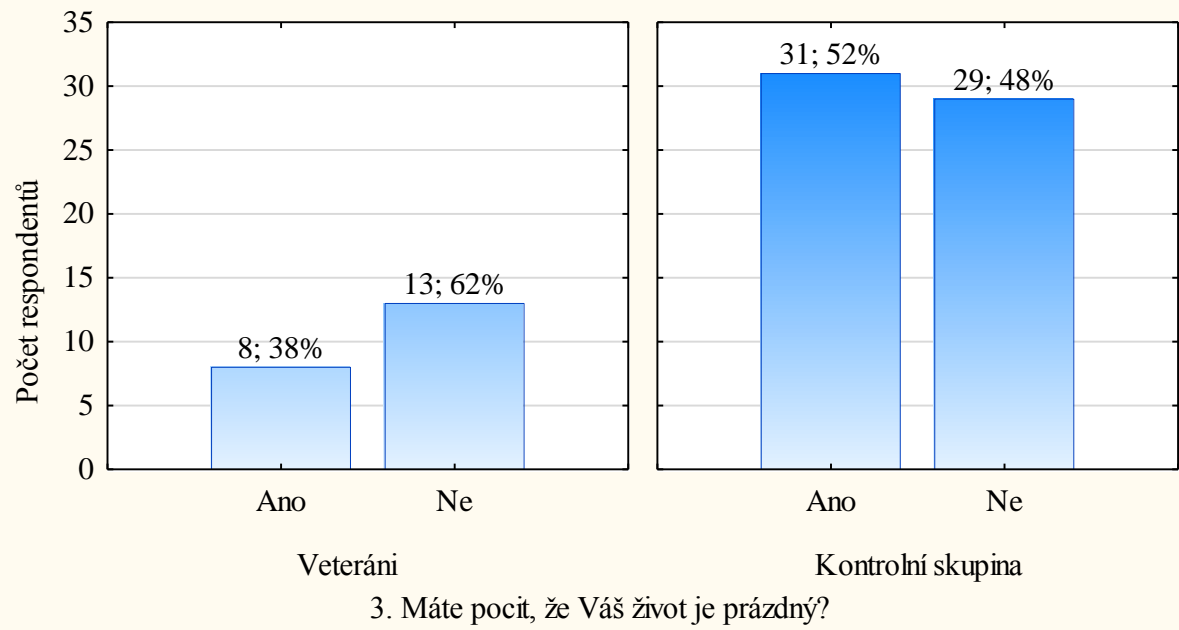
Zdroj: vlastní zpracování (Tabulka ukazuje, kolik bylo celkem dotazovaných válečných veteránů, kolik osob z kontrolní skupiny, rozděleně na muže a ženy, počet dotazovaných, kteří odmítli účast na výzkumném šetření, počet osob z každé skupiny, kteří se šetření zúčastnili.)

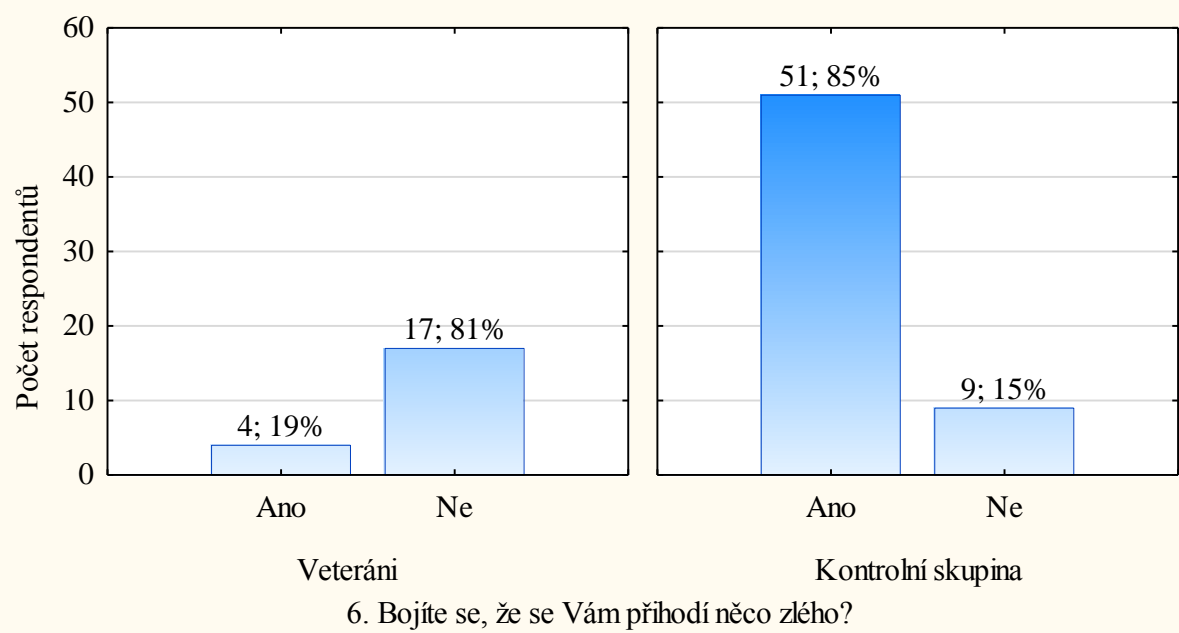
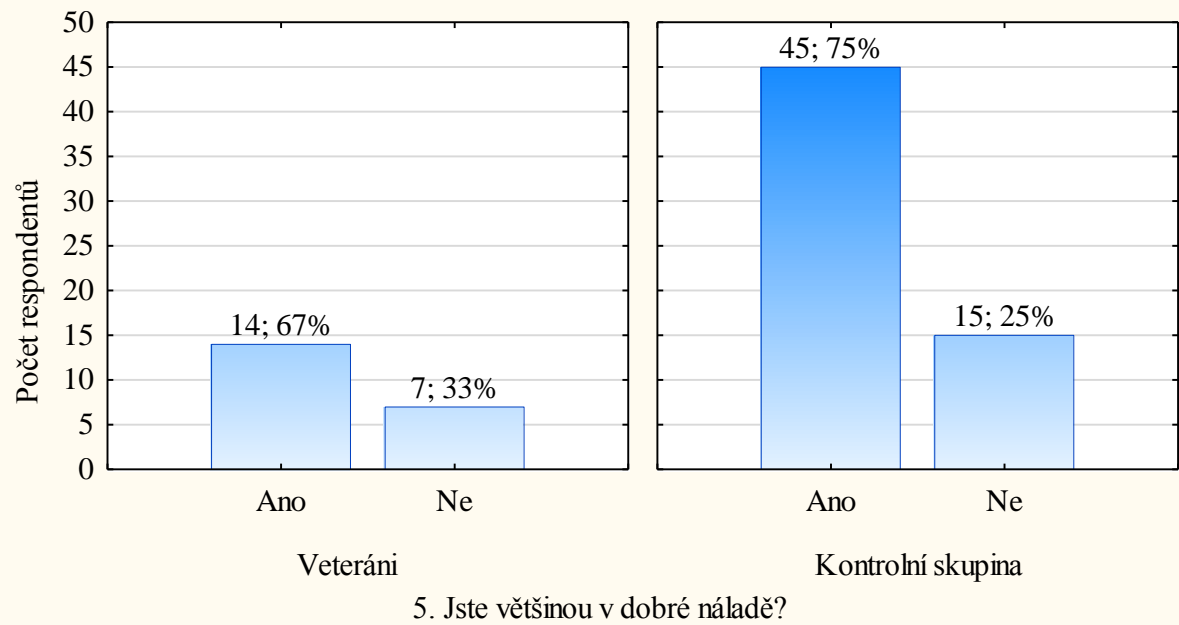


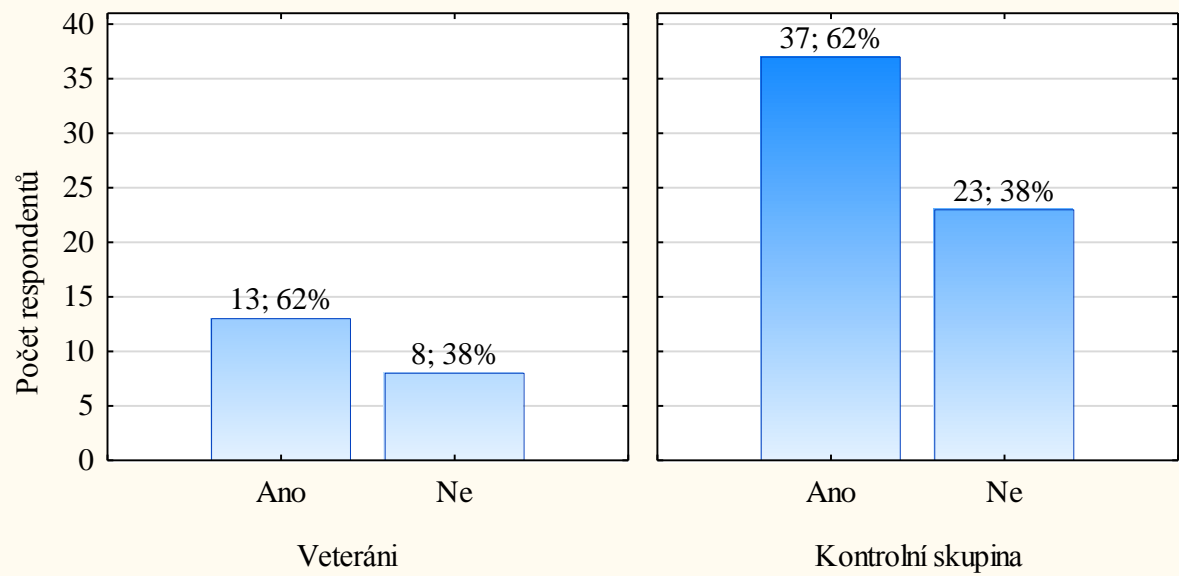
Zdroj: vlastní zpracování (Tabulka ukazuje, nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v obou skupinách.)

## Příloha 12 Výsledky šetření GDS-15

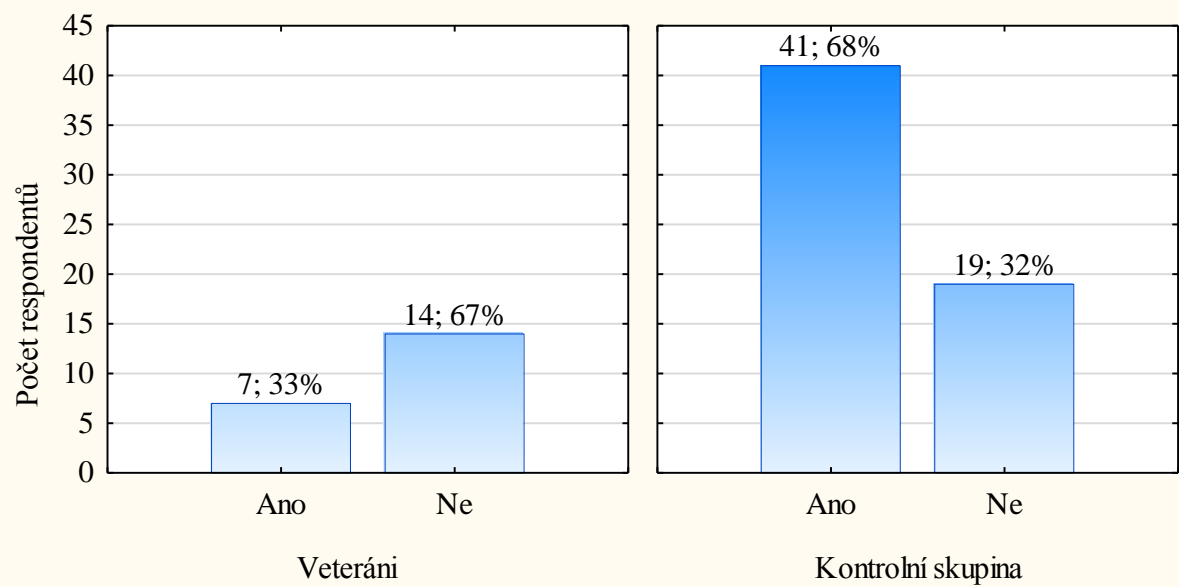




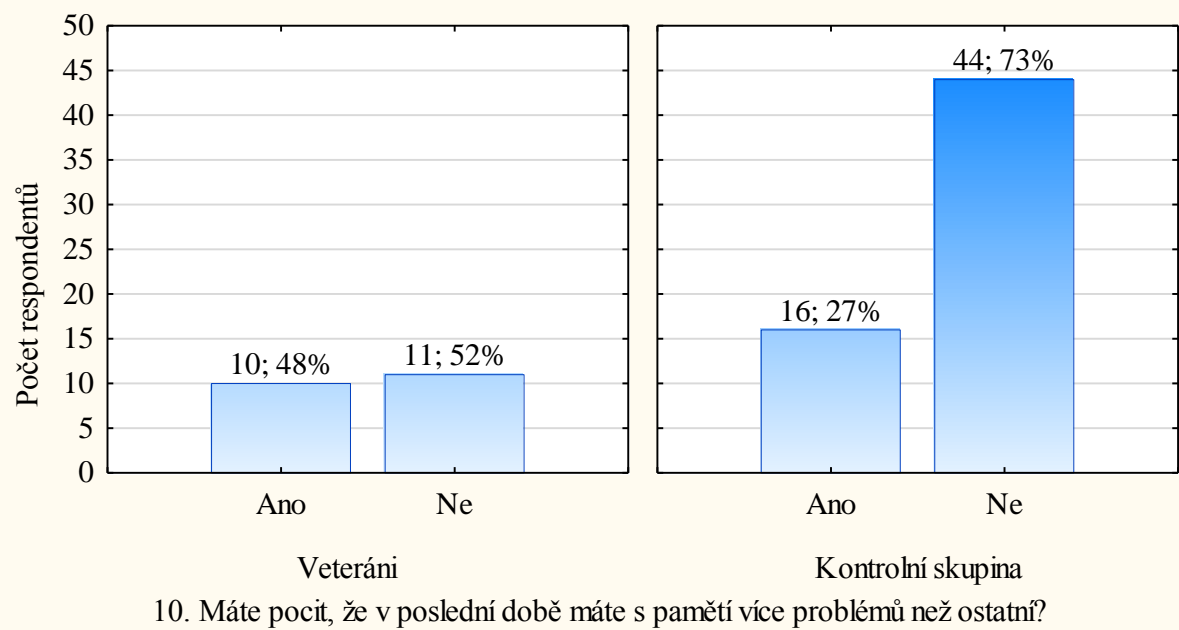
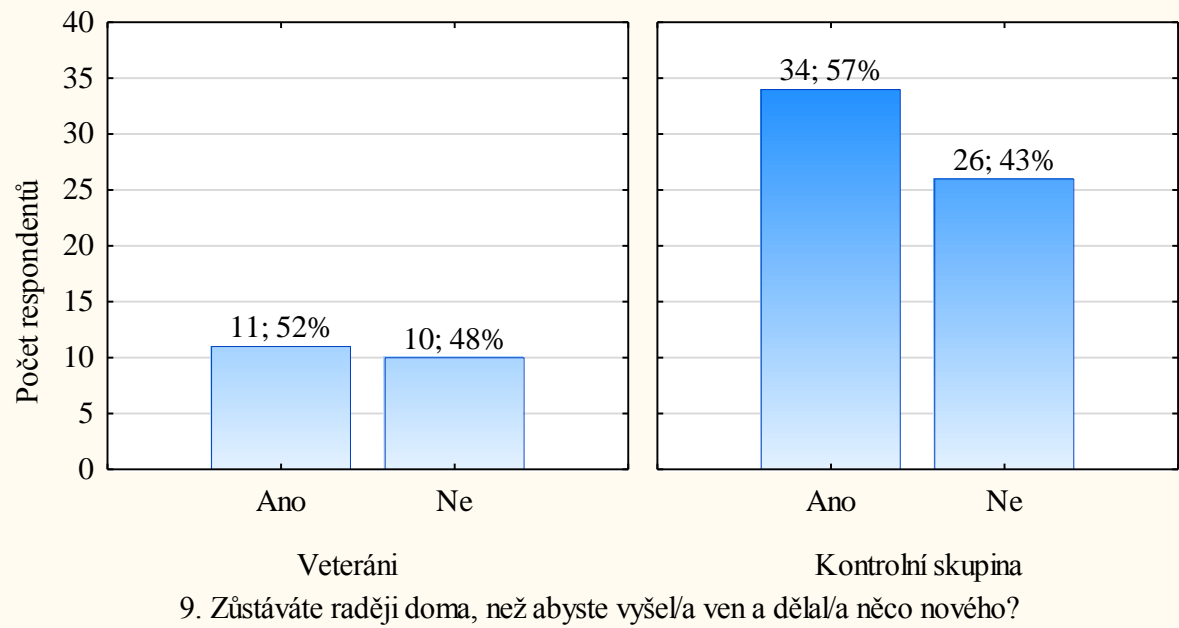


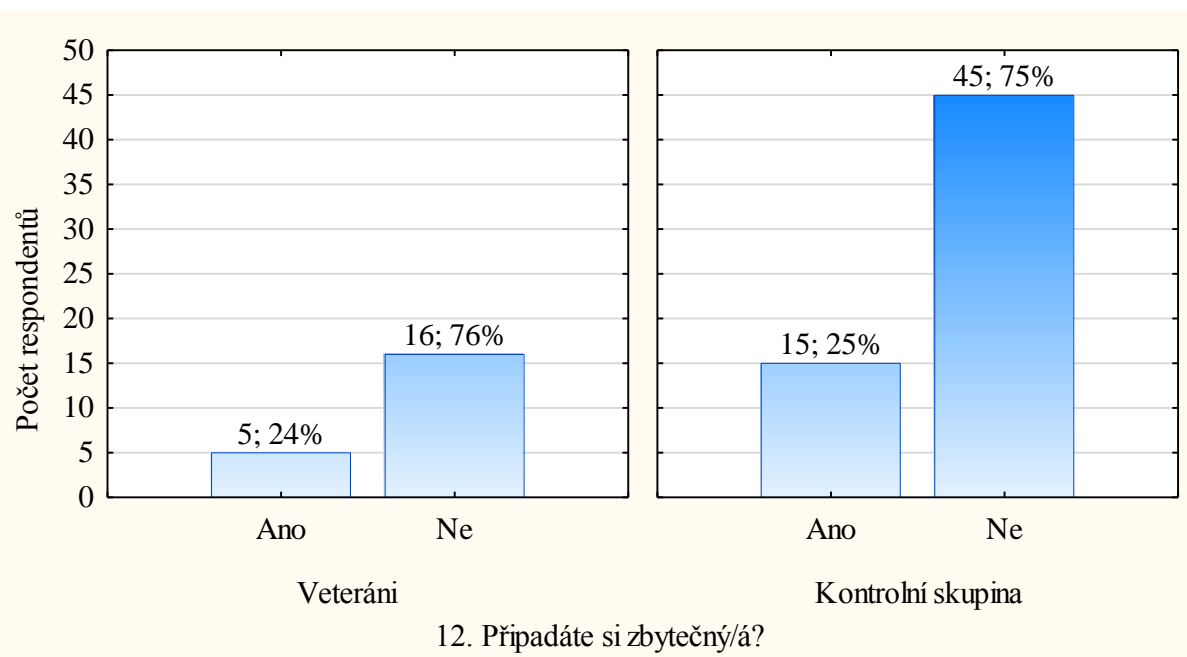
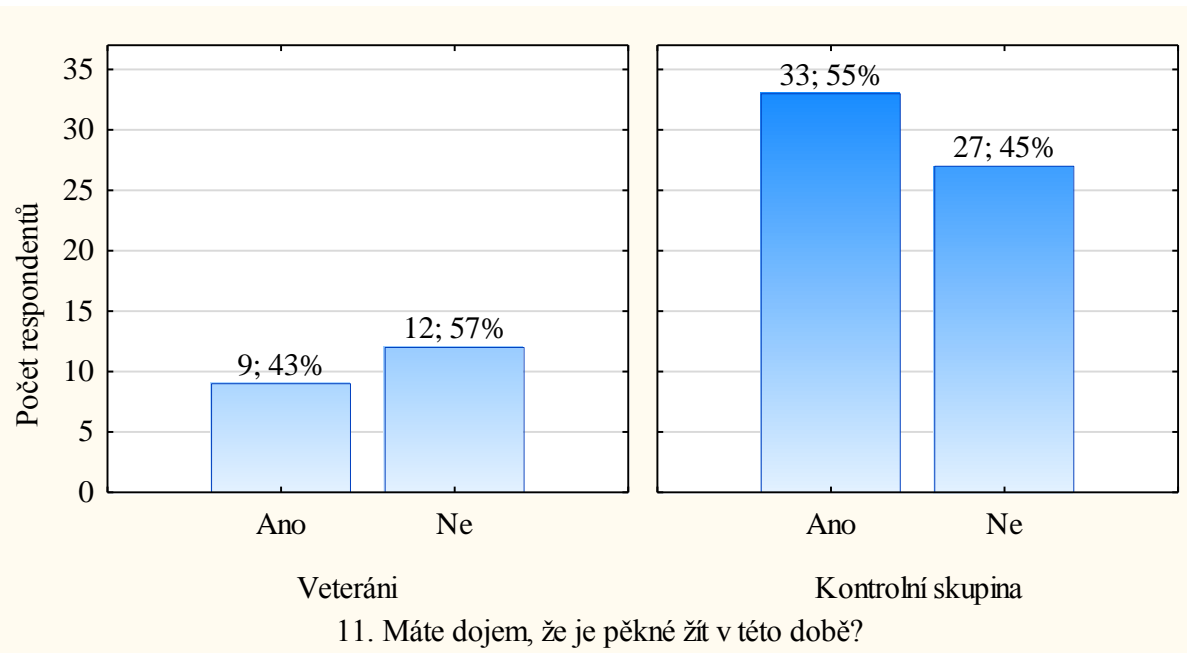


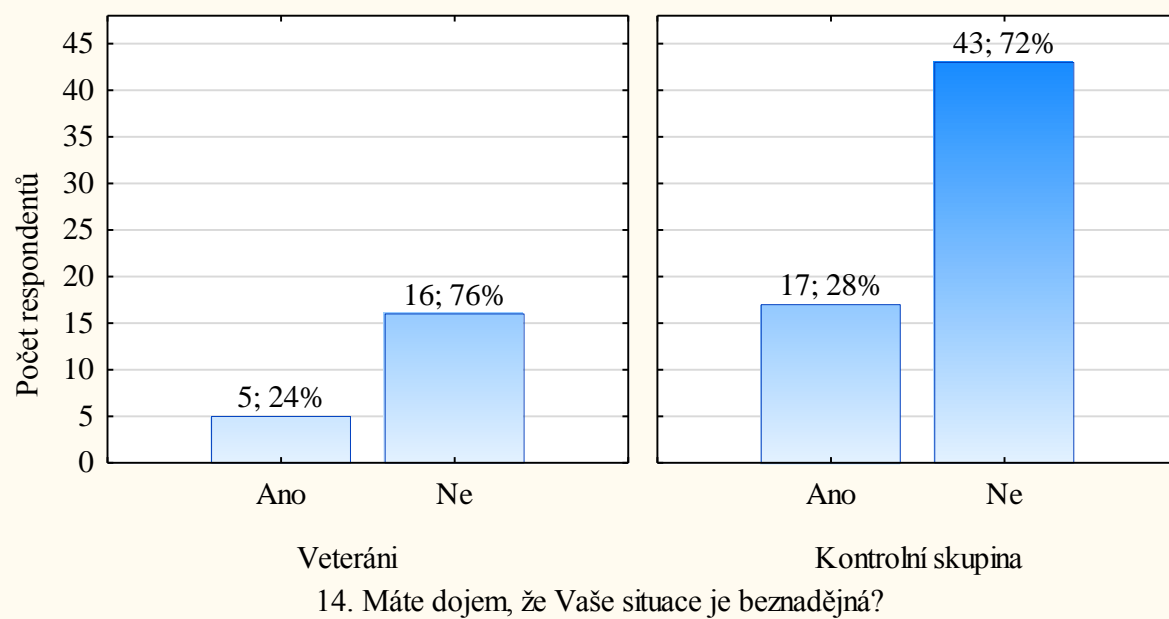
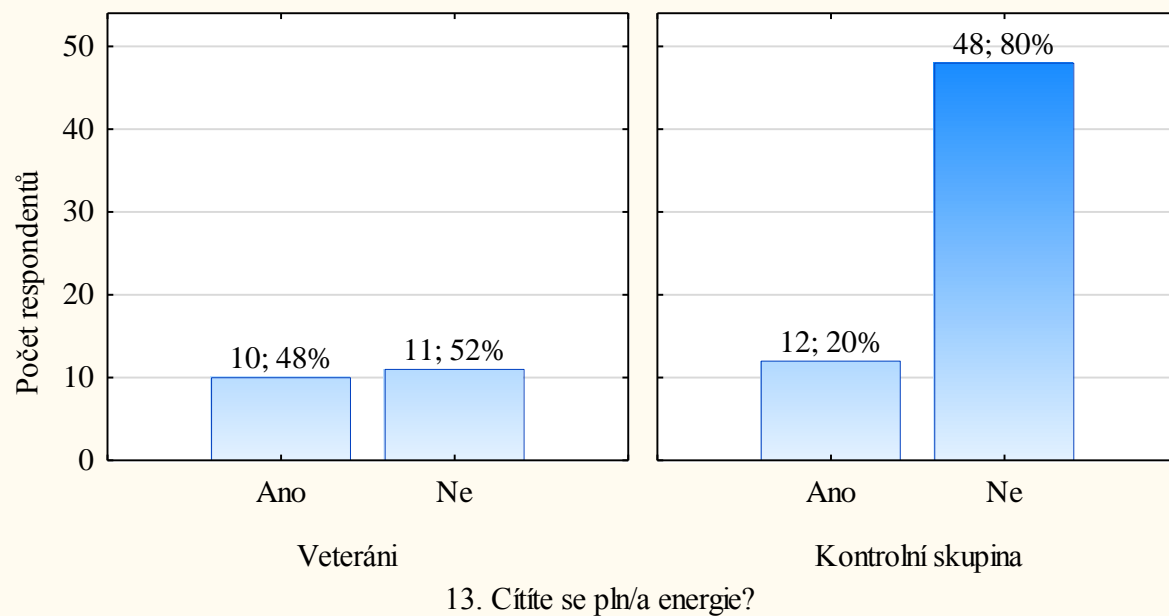
7. Cítíte se většinou šťastný/á?



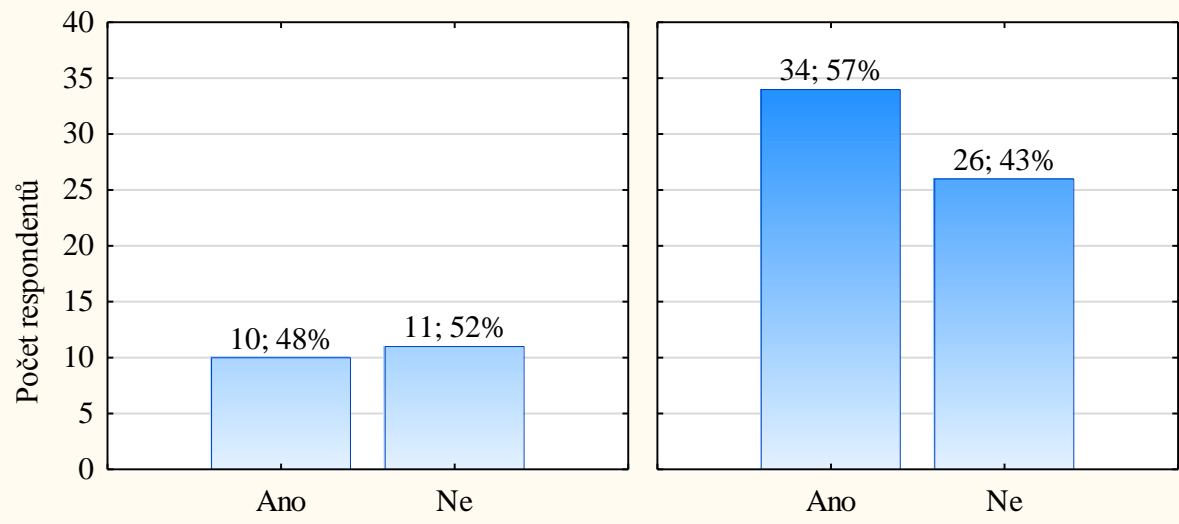
8. Cítíte se často bezmocný/á?











Veteráni

Kontrolní skupina

15. Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?