

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Srovnání konceptu KONTAKT a HRQoL
u klientů domova důchodců/domova pro seniory

Diplomová práce

Autor: Bc. Marie Bílková

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

17. 8. 2011

Abstrakt

Diplomová práce na téma „Srovnání konceptu Kontakt a HRQoL u klientů domova důchodců/domova pro seniory“ se skládá z teoretické a praktické části.

V teoretické části je nejdříve podrobněji definován pojem kvalita života a kvalita života podmíněná zdravím (HRQoL – health related quality of life). Dále jsou zde popsány různé způsoby jejího hodnocení. Další kapitola je věnována problematice stárnutí a změnám, ke kterým dochází se zvyšujícím se věkem, a které souvisejí se zhoršováním zdravotního stavu, ale i dalším situacím a okolnostem, které mohou vést ke změněnému vnímání kvality vlastního života. Blíže se práce zabývá pobytem starých lidí v některých z ústavních zařízení pro seniory.

V teoretické části jsou porovnávány výsledky získané od seniorů ze dvou domovů pro seniory pomocí standardizovaných dotazníků SF-36 a Kontakt. Dotazník SF-36 je určený k měření kvality života podmíněné zdravím a dotazník Kontakt slouží ke zjišťování frekvence kontaktu s rodinou nebo blízkými osobami. Údaje z obou dotazníků byly statisticky vyhodnoceny a zpracovány ve formě tabulek a grafů.

V tomto výzkumu bylo prokázáno snížené vnímání kvality života seniory z domovů pro seniory proti standardní evropské populaci. Ve většině doménách kvality života nebyl statisticky významný rozdíl mezi klienty s různou frekvencí kontaktu s rodinou a blízkými osobami, a nebyl zjištěn rozdíl v hodnocení kvality života ani mezi muži a ženami.

Abstract

This dissertation concerning the theme „A comparison of the Contact and HRQOL concept in clients of nursing/old people’s homes consists of a theoretical and practical part.

The theoretical part firstly defines in detail the concept of the quality of life and the quality of life related to health (HRQoL – health related quality of life). It also describes various methods of its evaluation. The next chapter deals with the problems of aging and changes which arise with increasing age and are associated with a deteriorating health condition, as well as with situations and circumstances which may reset in a change in the perception of the quality of life. The dissertation takes a closer look at the stay of elderly in some institutions for the elderly.

The theoretical part compares the results obtained from elderly clients in an old people’s home using standardised SF-36 and Contact questionnaires. The SF-36 questionnaire is designed to measure the quality of life related to health and the Contact questionnaire serves to ascertain the frequency of contact between family and friends and the elderly client. Data from both questionnaires were evaluated statistically and drawn up in the form of tables and graphs.

This research showed a reduced perception of the quality of life of clients living in old people’s homes compared with the standard European population. In most domains of the quality of life there was no significant difference between clients with various frequency of contact with family and friends, and no difference was found in the evaluation of the quality of life between men and women.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou –elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdání textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Marie Bílková

V Praze dne 9. 8. 2011

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D. za odborné vedení a rady při psaní mé diplomové práce, a také zaměstnancům Domova pro seniory Máj v Českých Budějovicích a Domova pro seniory Malešice v Praze 10 za čas, který mi věnovali, a za pomoc při vyplňování dotazníků potřebných k praktické části mé práce. Samozřejmě nesmím zapomenout na samotné klienty těchto zařízení, kteří byli ochotni tyto dotazníky vyplnit.

OBSAH

1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Kvalita života	9
1.2 Kvalita života podmíněná zdravím (HRQoL).....	11
1.2.1 Nástroje k měření kvality života podmíněné zdravím (HRQoL).....	15
1.2.2 Rozdělení dotazníků.....	16
1.2.3 Vlastnosti dotazníků.....	17
1.2.4 Problémy s dotazníky.....	18
1.2.5 Dotazník SF-36	19
1.3 Senioři	20
1.3.1 Stárnutí obyvatelstva.....	20
1.3.2 Důsledky stárnutí obyvatelstva	21
1.3.3 Stáří a stárnutí	22
1.3.4 Nemoci ve stáří	26
1.3.5 Sociální péče o seniory	26
1.3.6 Pobytová zařízení pro seniory.....	27
1.3.7 Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních.....	29
1.3.8 Rodina v životě seniora.....	33
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	35
2.1 Cíl práce	35
2.2 Hypotézy	35
3. METODIKA	36
3.1 Použitá metodika.....	36

3.2	Sběr dat	36
3.3	Vyhodnocení dat	37
3.4	Charakteristika souboru	37
4.	VÝSLEDKY	39
4.1	Srovnání výsledků sledovaného souboru s populačním normálem	40
4.2	Porovnání kvality života podle stupně kontaktu s rodinnými příslušníky.	55
4.3	Porovnání výsledků mezi muži a ženami.....	66
5.	DISKUZE	68
5.1	Srovnání výsledků sledovaného souboru s populačním normálem	68
5.2	Porovnání kvality života podle stupně kontaktu s rodinnými příslušníky.	70
5.3	Porovnání výsledků mezi muži a ženami.....	71
6.	ZÁVĚR	73
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	75
8.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	83
9.	PŘÍLOHY	84

ÚVOD

Za téma mojí diplomové práce jsem si vybrala sledování kvality života podmíněné zdravím u seniorů žijících v ústavních sociálních zařízeních, jako jsou domovy důchodců a domovy pro seniory.

Kvalita života je pojem, který v současnosti nabývá na významu. Je to název, který je využíván v mnoha oborech, ale přesto nemá jednoznačnou definici. Každý si může pod kvalitou života představovat něco jiného. Kvalita života je multidimenzionální a stále se vyvíjející pojem používaný v současnosti v mnoha vědních oborech. V medicíně začíná být využíváno hlavně spojení kvalita života podmíněná zdravím (Health related quality of life – HRQoL). Pacientovo subjektivní vnímání zdravotního stavu a toho, jak se vlivem nemoci, určité léčby nebo nějakých sociálních intervencí mění pohled nemocného na prožívání kvality svého života, se může stát doplňkem medicínské a ošetrovatelské péče spolu s klasickými metodami, jako jsou různá klinická vyšetření.

V teoretické práci jsem se snažila blíže vysvětlit právě samotné pojmy kvalita života a kvalita života podmíněná zdravím, tak jak jsou v literatuře popisovány a vnímány odborníky. Také jsem se věnovala problematice stárnutí vzhledem k jedinci a změnám, které se zvyšujícím se věkem přicházejí a souvisejí se zhoršováním zdravotního stavu, a dalším změnám a okolnostem, které mohou vést ke změněnému vnímání kvality vlastního života.

Na míru spokojenosti ve stáří má vliv spousta faktorů, jako je spokojenost se zdravotní péčí, schopnost zvládat změny v životě a v okolním prostředí, míra pocitu osamělosti, pocit bezpečí v bytě a místě bydliště, subjektivní zdravotní stav, intenzita zájmových aktivit, příjem, vzdělání a další.

Negativní vliv na kvalitu života může mít právě pobyt v rezidenčních zařízeních. Odhaduje se, že zhruba 2-5 % seniorů nad 65 let potřebuje ústavní péči. Jedním z problémů života seniorů v ústavním zařízení může být nedostatečný kontakt se svojí rodinou a ztráta společenské vazby, proto jsem v praktické části této diplomové práce

porovnávala vnímání kvality života měnící se s frekvencí kontaktu seniora s rodinou a dalšími blízkými osobami.

Ve vlastním výzkumu jsem použila kvantitativní metodu sběru a vyhodnocování dat pomocí dotazníků Kontakt a SF-36, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Informace získané z obou dotazníků jsem porovnávala mezi sebou a provedla analýzu zjištěných souvislostí. Mým předpokladem bylo, že se u klientů žijících v ústavním zařízení prokáže přímá úměra mezi stupněm kontaktů v konceptu Kontakt a kvalitou života v konceptu HRQoL. Data získaná z dotazníku SF-36 jsem porovnávala s evropským standardem.

Odchod z domova a rozhodnutí využít služeb některého z pobytových zařízení pro seniory je pro starého člověka opravdu velkou změnou, ať už pozitivní nebo negativní. Myslím, že všechny získané informace o tom, jak tuto svoji životní etapu lidé vnímají, mohou přispět ke zkvalitnění péče v ústavních zařízeních, třeba právě s ohledem na větší spolupráci s rodinami klientů, a snahou o udržení nebo vytváření sociálních kontaktů i mimo domovy důchodců.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Kvalita života

Při popisu života člověka můžeme hovořit o kvantitě nebo kvalitě. Kvantita nebo-li délka života se měří jednoduše počtem let. S pojmem kvalita života je to trochu složitější. Slovo kvalita je odvozeno z latinského jazyka a postupným odvozováním se můžeme dostat k výrazům „kěž“ nebo kýžený“, které naznačují žádoucí stav. Jako český termín se pro kvalitu užívá slov, jako je jakost nebo hodnota. (viz. Křivohlavý, 2002, 162)

Definovat kvalitu života není vůbec snadné. Otázkou kvality života se lidé zabývali odedávna, ale termín „kvalita života“ byl poprvé zmíněn ve 20. letech 20. století v souvislosti s ekonomickým vývojem a úvahách o úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. (Hnilicová, 2005, 205) Ve Spojených státech amerických byl tento termín použit v 50. letech minulého století jako politický slogan, ale v odstupe několika málo let byl velice často citovaným pojmem i v dalších oborech. (viz. Slováček, 2006)

Kvalita života je multidimenzionální a stále se vyvíjející pojem používaný v současnosti v mnoha vědních oborech, ale je to právě jeho široká aplikovatelnost, která umožňuje množství definic a přístupů. Na kvalitu života je odborníky z různých oblastí pohlíženo různě, buď z perspektivy svého oboru, nebo i podle účelu měření, který je rozdílný ve všech vědních oborech. Vaďurová dále uvádí, že kvalita života bývá vymezována nejrůznějšími způsoby, od velmi obecných definic, např. jako „Schopnost vést normální život“, „možnost seberealizace“ atd., až po definice, které se zaměřují na jeden určitý aspekt kvality života. (viz. Vaďurová, 2006, 51)

Právě otázka, jaké jsou to přesně faktory, které ovlivňují kvalitu života a mají dopad na aktivity denního života v různých situacích a za různých okolností, je systematicky studována v mnoha zemích světa a široce publikována. (viz. Vurm a kol., 2003)

Definice kvality života často vycházejí z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb, jako je potřeba nasycení, spánku, úlevy od bolesti, a které jsou předpokladem uspokojení potřeb dalších, jako je potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných a potřeba sebeúcty. V současné době se ale zdá, že ani jedna z existujících definic kvality života není všeobecně akceptována. Mají však jedno společné a to, že pojem kvalita života by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. Na kvalitu života je pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Zahrnuje tedy nejen pocit fyzického zdraví, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty apod. Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života se řadí věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, religiozita, kulturní zázemí apod. Celková kvalita života je pak souhrnem výše uvedených faktů. (viz. Slováček a kol., 2004)

Malý do těchto faktorů podílejících se na kvalitě života zařazuje i přání, životní cíle a očekávání určitého jedince. Kvalita života je pak hodnocena jako pocit vznikající z rozdílu přání a míry jejich splnění nebo nesplnění v životě. (viz. Malý, 2000)

Objektem zájmu psychologického přístupu ke kvalitě života je prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a uplatnění ve společnosti. Dostává-li se jedinci pozitivní citové odezvy od blízkého okolí a osob, které jsou pro něj autoritami, roste jeho sebeúcta. Negativními indikátory, jsou například životní trauma, krize, deprese a poruchy nálad. Mezi další složky psychologického přístupu je řazena autonomie, což je možnost rozhodovat sám o sobě, dále autenticita, kdy může být jedinec sám sebou a jeho projev a život jsou ve shodě se sebestojetím a jeho hodnotovou orientací, a kompetentnost člověka, což znamená jeho porozumění světu a možnost jeho ovlivňování. V psychologickém přístupu ke kvalitě života se připomíná i termín „well-being“ nebo-li spokojenost, pohoda. Subjektivní pohoda je popisována výskytem pozitivních emocí v delším časovém úseku a absencí nepříjemných tělesných pocitů, a pozitivním sebehodnocením. (viz. Vaďurová, Mühlpachr, 2005, 29)

Na kvalitu života se můžeme dívat z pohledu statického a dynamického. O životě lidí je možno hovořit a mít na mysli stav k určitému časovému údaji: např. kvalita současného života obyvatel domovů důchodců, ale můžeme o něm hovořit i v dynamickém pojetí – např. o vývoji kvality života seniorů v pobytových zařízeních v posledních 15 letech. (viz. Křivohlavý, 2004, 9)

Ke konceptu kvality života můžeme také přistupovat ze dvou dalších hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka.

Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Kvalitu života tak lze vidět také jako míru, jak jedinec využívá možností svého života.

Subjektivní kvalita života se týká pouze jedince vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je tak zhodnocením jednotlivých aspektů života, jejich důležitosti pro daného jedince a míry, do které jsou zasaženy. (viz. Vaňurová, 2006, 54)

1.2 Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL)

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby“. Z této definice vyplývá, že nástroje pro měření zdraví musí obsahovat nejen ukazatele změn ve frekvenci a vážnosti nemoci, ale také odhad celkové spokojenosti. (viz. Vaňurová, 2006, 52)

Logickým důsledkem pokroků v medicíně, vývoje nových léků, účinnější léčby nemocí a dožívání vyššího věku je nutnost hodnotit zdraví populace nejen na základě záchrany životů a přítomnosti nebo nepřítomnosti nemoci ale také z hlediska kvality života. (viz. CDC, 2011)

Mnoho aspektů lidského života, které zásadním způsobem ovlivňují jeho kvalitu, jako např. přiměřenost bydlení, zabezpečený příjem, svoboda a další, nejsou obecně

spojovány se zdravím. Tyto základní potřeby ale mohou zdravotní stav ovlivňovat nebo naopak mohou být zdravotním stavem ovlivněny. Takto široce pojatá a definovaná kvalita života zahrnující všechny domény, které působí na celkový pocit životní spokojenosti, se měří velmi obtížným a pro použití ve zdravotnictví nevhodným způsobem. (viz. Salajka, 2006)

V medicíně, sociální práci a rehabilitaci se prosazuje pojem HRQoL, tedy kvalita života podmíněná zdravím. Slouží pro sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka. Kvalita života obecně a kvalita života podmíněná zdravím se samozřejmě překrývají. Postoj k nemoci, funkční schopnosti a pocit životní pohody může ovlivnit mnoho faktorů – vnitřních nebo vnějších, které mohou pomoci nemocnému se s nemocí vyrovnávat, nebo naopak mohou vnímání jeho zdravotního stavu zhoršovat. Mezi tyto faktory patří např. individuální charakteristiky, jako jsou motivace a typ osobnosti, a zevní faktory, jako rodinné vztahy, přátelé, životní prostředí a společenské klima. (viz. Sukdlová, Petr, 2004, 7)

Hodnocení kvality života ovlivněné zdravím je důležité hlavně pro ohrožené skupiny obyvatel a chronicky nemocné. Potřeba pro tento výzkum je dána řadou změn ve vnímání vlastního života, které mají jak zdravotní tak sociální charakter. (viz. UiB, 2011)

Hodnocení kvality života doplňuje běžné vyšetřovací metody a umožňuje tak komplexnější posouzení zdravotního stavu pacienta a lepší zhodnocení úspěšnosti léčby. Poznání toho, jak jsou v různé fázi onemocnění a léčby rozdílně zasaženy jednotlivé aspekty kvality života, je velkým přínosem pro lékaře a ošetřující personál, informuje je o potřebách pacienta a může tak významně přispět ke zkvalitnění péče. Přispívá k odhalení mechanismů, které modifikují vznik a průběh onemocnění. (viz. Slováček, 2006)

Kvalita života podmíněná zdravím shrnuje subjektivní a přitom kvantifikovatelné měření jak vnímání zdraví, tak fyzické, sociální a emoční funkce. A tato měření a vyhodnocování jsou odlišná od klinických vyšetření. (viz. Petr a kol., 2001) Účelem měření kvality života není pouze zjistit přítomnost a závažnost symptomů onemocnění, ale také ukázat, jak jsou projevy onemocnění nebo léčba

prožívána individuem. Měření kvality života ovlivněné zdravím je možné považovat za základní výstup hodnocení léčby například u osob, u kterých není možné úplné vyléčení, ale přesto pokračuje terapie. Sledování kvality života se ukazuje jako důležitá součást terapeutické péče o pacienty, u nichž onemocnění a následná léčba narušuje původní sociální vazby, hodnoty fyzického a psychologického zdraví. (viz. Sukdlová, Petr, 2004, 7)

Vhledem k posunu ve vývoji morbidity a zvyšujícímu se množství chronických nemocí dochází v posledních letech v medicíně ke změnám vzorců myšlení a jednání. Chronicky nemocní: mají delší předpokládanou dobu dožití než dříve, očekávají a nárokují vyšší kvalitu života, zvyšuje se potřeba ošetrovatelské péče a potřeba komplexní rehabilitace.

Dosavadní biomedicínský model nemoci se začíná nahrazovat tzv. biopsychosociálním modelem nemoci, který je dán schématem etiopatogenesa – impairments (poškození) – disabilities (porucha schopností) – handicaps (znevýhodnění), a za cíl si klade snížit nebo kompenzovat vzniklá postižení. Hodnocení kvality života ovlivněné zdravotním stavem ukazuje to, jak jednotlivec subjektivně vidí a prožívá sám sebe, jak je sám se sebou spokojen. To je nesmírně důležité pro posouzení ošetrovatelských, rehabilitačních i léčebných intervencí. (viz. Vurm a kol., 2003)

Metoda HRQoL je využívána k hodnocení jednotlivců tak populačních skupin. Zvláštní význam má tato metoda při posuzování stavu populačních skupin a to buď handicapovaných, nebo významně společensky, fyzicky či psychicky exponovaných. Mimo to, že hodnotí dopad a efektivnost léčebných nebo sociálních intervencí, dokáže také srovnávat hodnocení kvality života s populačními normály. (viz. Petr a kol., 2003)

Posun od čistě medicínského pohledu na onemocnění na hodnocení z pohledu samotného pacienta je významnou změnou v hodnocení výsledků zdravotní péče. Pacientovo vnímání jeho vlastního fyzického, duševního stavu a psychosociální funkce tzn. kvalita života z pohledu pacienta se tak stala jedním ze základních sledovaných parametrů. (viz. Vaňásková, 2005)

Posouzení kvality života ze subjektivního pohledu pacienta se stává součástí rozhodovacího procesu lékaře. Výsledky studií ukázaly, že lékař není schopen sám přesně posoudit pacientovu kvalitu života, tak jak ji vnímá vzhledem ke svým hodnotám, představám a přesvědčení, ale hodnotí především pacientovy klinické reakce. Důležité pro hodnocení kvality života jsou rozdíly mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Postoje k vlastnímu zdravotnímu stavu jsou určující pro průběh nemoci a nemusí být zcela závislé na skutečném klinickém stavu. Pacientovo zhodnocení kvality života může být výrazně spojené se zvýšeným rizikem morbidit a mortality. Dalším důležitým faktorem pro vnímání spokojenosti se svým zdravotním stavem a prožívání průběhu nemoci je pacientovo očekávání. Čím menší je rozdíl mezi pacientovým očekáváním a tím, čeho skutečně dokáže, tím vyšší je kvalita života. U chronicky nemocného člověka, kdy se postupně prohlubují projevy nemoci a omezují se aktivity nemocného, se v některých případech může snižovat i očekávání pacienta na úroveň, které může být dosaženo i s onemocněním. Postupně se například s přibývajícím věkem může měnit i individuální významnost jednotlivých součástí kvality života. (viz. Libigerová, Müllerová, 2001)

Subjektivní zhodnocení vlastního zdravotního stavu slouží k posouzení všech funkcí, které umožňují vykonávat všechny činnosti, které jsou pro člověka důležité a které mají vliv na jeho pohodu a pozitivní prožívání vlastního života. (viz. Rebollo a kol., 2010)

Kvalita života se mění v čase v závislosti na změnách samotného pacienta i jeho okolí. Je ovlivňována nejen věkem, nemocí a její léčbou, ale i tím, jak se jedinec vyrovná s různými stavy a stadii, jimiž prochází. Různé dimenze jsou navíc různě citlivé k různým podnětům a i rychlost, s jakou se změna kvality promítne do měření, závisí na povaze dimenze. Kvalita života je mnohorozměrný, subjektivní a dynamický ukazatel. (viz. Malý, 2000)

Většina nástrojů měření subjektivní kvality života posuzuje dimenze, které byly vytvořeny profesionály, ne pacienty samotnými. (viz. Vaňurová, 2006, 61)

Mezi faktory ovlivňující kvalitu života nemocného se zařazuje fyzická kondice, která je do značné míry určována výskytem různých symptomů onemocnění

a i možnými nežádoucími účinky aplikované terapie. Psychický stav je hodnocen zejména podle převládající nálady, postoje k životu, způsoby vyrovnání se s nemocí a léčbou, rozhodující jsou pak osobnostní charakteristiky, prožívání bolesti apod. Dále se jedná o schopnosti komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění např. v zaměstnání a v rodinném životě. Při hodnocení spokojenosti s léčbou jde především o komplexní posouzení prostředí, ve kterém je nemocný léčen, dále pak technickou zručnost zdravotnického personálu při ošetřování, sdílnost personálu, způsob komunikace s nemocným včetně podávání objektivních informací o zdravotním stavu nemocného. (viz. Slováček, 2006)

1.2.1 Nástroje k měření kvality života podmíněné zdravím (HRQoL)

Pro měření kvality života ovlivněné zdravím byly v posledních patnácti letech vytvářeny řadou výzkumných pracovišť dotazníkové nástroje, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Dotazníky se skládají s pečlivě zkonstruovaných sad dotazníkových otázek a to tak, aby stupnice odpovědí na tyto otázky nebyly závislé na věku a pohlaví hodnocené osoby. (viz. Petr, 1999) Tyto dotazníky kvantifikují dopad nemoci a její léčby na běžný život nemocného. Psychometrická výpovědní hodnota a spolehlivost dotazníků byly testovány podle současných standardů měření zdraví. (viz. Slováček, 2006)

Jako nejvhodnější nástroj ke zjišťování kvality života se nejčastěji ukázal dotazník vyplňovaný samotným pacientem při kontaktu se zdravotnickým zařízením, tak aby výsledek odrážel jeho skutečné názory. Dotazníky běžně obsahují asi 220-250 otázek seskupených do dimenzí či domén, které popisují kvalitu lidského života. Dnes je známo minimálně 800 funkčních dotazníkových nástrojů zaměřených buď obecně na velmi širokou škálu nemocí, a nebo specificky na určitou nemoc, populaci nebo dimenzi. (viz. Malý, 2000)

Dotazníky kvality života HRQOL představují dodatečné měřicí nástroje k tradičním testům hodnotících somatický a psychický zdravotní stav. Vzhledem k naprosto individuálnímu způsobu, jakým jednotlivý nemocný posuzuje svoji pohodu

či spokojenost, je nutné, aby otázky celkové kvality života vždy posuzoval pacient a ne lékař. Určení závažnosti onemocnění, které také ovlivňuje kvalitu života, ale může nejlépe posoudit právě lékař s využitím klinických vyšetření. Velmi důležité je určení časového období, kterého se dotazníkové otázky týkají. Odpověď se může lišit, ptáme-li se na současnost, posledních 24 hodin nebo týden. (viz. Libigerová, Mullerová, 2001)

Základními doménami vytvářejícími či ovlivňujícími kvalitu života vyšetřovanými v dotaznících kvality života bývají: fyzikální funkce (mobilita, soběstačnost, zrak, sluch, kontinence), emocionalita (deprese, lítostivost, pocit strachu, apod.), sociální funkce (vztahy v rodině, její podpora, vztahy k okolí, náplň volného času), práce, (domácí práce, nakupování, apod.) bolest, spánek a jeho kvalita, symptomy specifické pro dané onemocnění. (viz. Slováček, 2006)

1.2.2 Rozdělení dotazníků

Podle rozsahu hodnocení kvality života – HRQoL rozeznáváme několik skupin dotazníků. Existují celkem tři typy dotazníkových nástrojů:

1. *Global assesement*, umožňující globální hodnocení, poskytují všeobecné, generální zhodnocení kvality života. Většinou ale s jejich pomocí nelze identifikovat postižení v jednotlivých oblastech kvality života.

2. *Generic*, které umožňují srovnání mezi populačními skupinami a umožňují porovnat působení jednotlivých nemocí na kvalitu života. (viz. Petr, 1999) Hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění. Jsou použitelné u jakékoliv skupiny populace, bez ohledu na pohlaví, věk apod. Nevýhodou těchto dotazníků je velmi malá citlivost k jemnějším změnám zdravotního stavu dosaženého např. léčbou. (viz. Slováček, 2006) K nejznámějším generickým dotazníkům patří: Short form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36), WHO Quality of Life Assessment a další. (viz. Slováček a kol., 2004).

3. *Specific*, jsou dotazníky specifické pro určitou nemoc. Umožňují hodnotit vývoj stavu nemoci v čase. (viz. Petr, 1999) Specifické dotazníky mohou také hodnotit specifický aspekt kvality života. Hodnotí poměrně úzké spektrum faktorů, které

bezprostředně souvisí s daným onemocněním, jsou tedy mnohem citlivější i k malým změnám v rámci tohoto spektra. Na druhé straně, nejsou tyto dotazníky vhodné k hodnocení dalších vlivů spoluurčujících kvalitu života. (viz. Slováček, 2006) Součástí specifických dotazníků může být i dotazník generický. Příkladem je dotazník ke zjišťování kvality života u nemocných s chronickým selháváním ledvin – Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL), jehož součástí je právě generický dotazník SF 36. (viz. Slováček a kol., 2004).

Každý z uvedených způsobů hodnocení kvality života má své slabé i stinné stránky a výběr správného dotazníku závisí na cíli, se kterým bude zvolený nástroj používán a také na formulaci problému či otázky, která bude jeho pomocí zodpovězena. (viz. Salajka, 2006, 46)

1.2.3 Vlastnosti dotazníků

Při vytváření vlastních dotazníků musí být respektována určitá pravidla a dotazníky musí splňovat základní psychometrické vlastnosti, jako jsou: spolehlivost, přesnost, citlivost, vnímavost a validita. Ty by se měly vždy znovu ověřit pro novou jazykovou mutaci i pro použití v kontextu jiného onemocnění. (viz. Malý, 2000)

Spolehlivý test je takový, který poskytuje stejné výsledky opakovaně, kdy je měření prováděno za stejných podmínek. Spolehlivost se zvyšuje s počtem dotazů. Přesnost je vlastnost, která umožňuje najít rozdíly mezi jednotlivými pacienty. Citlivost je schopnost dotazníku detekovat rozdíly v kvalitě života mezi pacienty či skupinami pacientů. Vnímavost je schopnost dotazníku detekovat rozdíly v kvalitě života u jednoho pacienta při jejím zhoršení či zlepšení v čase, průběhu studie. Validní dotazník hodnotí to, co se od něj požaduje. (viz. Slováček, 2006)

Další vlastností dotazníků je např. vnitřní konzistence, která ukazuje, do jaké míry spolu otázky v rámci jedné dimenze souvisejí. (viz. Malý, 2000)

1.2.4 Problémy s dotazníky

Problémy spojené s hodnocením dotazníků můžeme shrnout do několika kategorií. Problémy s vyplněním dotazníku může mít samotný pacient, nebo existují problémy spojené s vytvořenými dotazníky, problém v termínu podávání dotazníku, nebo např. mohou chybět data v dotazníku.

Pacient by měl dotazník být schopen dotazník vyplnit samostatně. Dotazníky musí být jednoduché a výstižné. Pomoc při vyplňování dotazníku, musí být poskytnuta takovou formou, aby neovlivnila jeho rozhodnutí. S přibývajícím věkem se zvyšuje procento pacientů odmítajících vyplnit dotazník. Podobné omezení může být u pacientů s diseminovaným onemocněním a u pacientů s nižším vzděláním.

V dlouhodobých studiích by neměl být užíván jen jeden typ dotazníku. Takový dotazník nedostatečně odráží vlastní vývoj onemocnění a vliv léčby. Další problémy mohou být technického rázu, zejména pak vlastní statistické vyhodnocení dotazníku.

Doba předkládání dotazníku je v rámci klinických studií dána časovými intervaly, které závisí na cíli studie, diagnóze a vlastní léčbě daného onemocnění.

Chyby při vyplňování dotazníku mohou nastat také při asistenci needukovaného zdravotnického personálu, který může nechtěně ovlivnit vlastní výpověď pacienta. Nedostatečně poskytnutá informace pacientovi o účelu dotazníku může vézt k vágnímu přístupu k hodnocení dotazníku ze strany pacienta.

V odevzdaných dotaznících mohou chybět vyplněná data. Problémy mohou souviset s počtem možností odpovědí, kdy pacient nemusí najít vhodnou odpověď, nebo s textem při nesprávném pochopení otázky, problémy s překladem dotazníku. Neadekvátní či složité otázky jsou problematické zejména u starších pacientů. Nezodpovězené mohou zůstat dotazy týkající se určitých zejména pak intimních oblastí. Velkou roli při vyplňování také hraje vyčerpanost pacientů při vyplňování dlouhých a obsáhlých dotazníků. (viz. Slováček, 2006)

1.2.5 Dotazník SF-36

Dotazník SF-36 je široce používaným nástrojem ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím. Patří mezi generické dotazníky. Byl navržen k použití v klinické praxi – screeningu jednotlivých pacientů, ve výzkumu a pro monitorování kvality života specifických a obecných populací. Dotazník je využíván ke zjišťování kvality života u širokého spektra onemocnění např. při schizofrenii, rakovině prsu, depresi, astmatu, poruchách nálad a úzkostných stavech, syndromu karpálního tunelu a dalších. Může být také využit k hodnocení HRQOL při různých životních změnách souvisejících se zdravím (např. klimakterium). (viz. Drogy Info, 2008)

S použitím dotazníku SF-36 pro skórování HRQOL je možno hodnotit výsledky zdravotnických a sociálních intervencí v 8 doménách, kterými jsou fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví. (viz. Vurm a kol., 2003).

Dotazník je konstruován pro samovyplňování osobami staršími 14 let nebo pro vyplňování vyškolenými tazateli osobně nebo po telefonu. Osahuje celkem 36 položek. Každá otázka obsahuje škálu navržených odpovědí (např. Řekl byste, že vaše zdraví je celkově? Výtečné-1, velmi dobré-2, dobré-3, docela dobré-4, špatné-5). Rozmezí dosaženého skóre může být od 0 do 100 bodů, a čím vyšší dosažené skóre znamená lepší HRQoL. Délka administrace dotazníku je 20 až 30 min. K použití dotazníku jedinci nebo organizacemi pro akademický výzkum není třeba licence, a jeho použití v těchto případech není zpoplatněno. (viz. Drogy Info, 2008)

Velkou výhodou tohoto dotazníku je existence normování, která zaručuje možnost srovnání s jinými vzorky pacientů po celém světě. V současné době je dotazník SF 36 autorskou ochrannou známkou společnosti Medical Outcomes Trust. (viz. Němec a kol, 2009)

Skupina stejně definovaných probandů může být srovnávána s normálním vzorkem evropské populace, nebo jsou jednotlivé podskupiny srovnávány navzájem mezi sebou. (viz. Chmelík a kol., 2004)

Normativní data pro standardní evropskou populaci byla získána ve studii provedené ve Velké Británii (Oxford Healthy Life Survey) v letech 1991 a 1992. (viz. Vurm a kol., 2003)

Dotazník SF-36 je velmi populární a je přeložen do mnoha světových jazyků včetně češtiny. Jeho oblíbenost je způsobena stručností a komplexností dotazníku, ale jako problém při jeho použití je udávána omezená možnost detailního popisu charakteru obtíží pro individuálního nemocného. (viz. Vaňásková, 2005)

1.3 Senioři

1.3.1 Stárnutí obyvatelstva

Populační stárnutí lze charakterizovat například růstem relativního zastoupení osob ve věku nad 65 let. Postupně začíná počet osob starších 65 let intenzivně přibývat vzhledem k tomu, že se tohoto věku začínají dožívat početně silnější generace lidí narozených po roce 1940. Největší intenzitu by tento proces měl nabírat mezi lety 2011 až 2017 v důsledku přechodu silných poválečných ročníků přes tuto věkovou hranici. Relativní zastoupení těchto osob v populaci poroste ale také díky poklesu počtu narozených. Podle střední varianty projekce vývoje populace do roku 2050 podle Českého statistického úřadu by počet obyvatel starších 65 let převyšoval počet dětí do 15 let 2,5krát, podle nízké varianty dokonce více než 3,5krát. Stárnutí obyvatelstva způsobeném jak v přírůstku obyvatelstva ve vyšších věkových skupinách, tak v úbytku dětí a mladších lidí, bude hlavním rysem populačního vývoje České republiky v první polovině 21. století. (srov. Český statistický úřad, 2004)

V roce 2004 bylo v Čechách 14,1 % lidí starších 65 let, to bylo 1 434 630 obyvatel. Na 100 mužů ve věkové skupině nad 60 let připadlo zhruba 145 žen, ve skupině lidí starších 85 let byl tento poměr tři ženy na jednoho muže (viz. Vidovičová, 2006). Český statistický úřad uvádí podíl osob nad 65 let věku v České republice v roce 2050 31,3 % z celkové populace. (srov. Český statistický úřad, 2004)

Vzhledem k postupnému vývoji České populace, která bude významně stárnout, a stárnout bude zejména populace starších lidí, budou otázky zdraví a nemoci ve stáří stále důležitější. Zlepšení zdravotního stavu starých lidí je jednou z možností, jak snižovat náklady na zdravotní a sociální péči. (viz. Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2005, 8)

1.3.2 Důsledky stárnutí obyvatelstva

Stárnutí obyvatelstva je přirozeným výsledkem sociálně ekonomického a demografického vývoje společnosti. Přináší celou řadu důsledků pro společnost i jednotlivce, které můžeme rozdělit na ekonomické, sociálně zdravotní, sociologické, sociálně psychologické a osobní.

Mezi nejdůležitější ekonomické důsledky stárnutí obyvatelstva patří např. nezbytnost tvorby vyššího hrubého domácího produktu při relativně nižším podílu ekonomicky aktivního obyvatelstva. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 20) Ekonomická aktivita s věkem klesá. Mezi 60 až 64 lety je asi 30 % ekonomicky aktivních, mezi 65 až 70 lety necelých 20 %. (viz. Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2005, 7) Důsledkem stárnutí populace je zvyšování výdajů na sociální zabezpečení, sociální péči a na zdravotní péči vzhledem k podstatně vyššímu objemu zdravotních potřeb a spotřeby zdravotní péče ve vyšším věku. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 20)

Stáří je spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží, které se vyskytují mnohočetně, ve vzájemné kombinaci a mají sklon k chronicitě. Velkým rizikem těchto potíží je, kromě smrti, ztráta soběstačnosti. (viz. Mühlpachr, 2004, 39) Ztráta soběstačnosti vyžaduje soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci. Vysoká nemocnost a její následky vedou k vysoké potřebě ambulantní i ústavní zdravotní a sociální péče a potřebě pomoci druhé osoby. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 23) Více než 80 % osob nad 60 let věku potřebuje nějakou formu příležitostné nebo pravidelné ambulantní zdravotní péče. Zhruba 5 % obyvatelstva vyššího věku potřebuje ústavní zdravotní nebo sociální péči, často dlouhodobou a kombinovanou. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 20)

Sociologické a sociálně psychologické důsledky demografického stárnutí jsou dány měnicími se postoji a chováním obyvatelstva, změnami v charakteru rodiny, změnami v charakteru ekonomické a pracovní aktivity ve vyšším věku, změnami v charakteru bydlení (větší podíl samostatně bydlících manželských párů a osamělých osob ve vyšším věku), změnami ve vzdělanosti, životní a kulturní úrovni. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 24)

1.3.3 Stáří a stárnutí

Stáří může být charakterizováno jako posloupnost nezvratných změn, ke kterým dochází v živém organismu a které postupně omezují a oslabují jeho funkce. Tento proces má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramován a podléhá vlivům prostředí. (viz. Petříková, Čornaničová, 2004, 29)

Existují odlišné názory na to, kdy vlastně stáří začíná. Stáří a stárnutí je individuální a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech. Někdo si uchová tělesnou i duševní svěžest až do konce života, u jiného se problémy, které mu brání v běžné aktivitě mohou objevit mnohem dříve, než ukazuje jeho kalendářní věk. (viz. Jarošová, 2006, 11) Z lékařského i demografického pohledu se za počátek stáří obvykle považuje věk 65 let. Stáří se dále ještě rozděluje na jednotlivé etapy: 65 až 74 let – mladí senioři, 75 až 84 let – staří senioři, 85 let a více – velmi staří senioři. (viz. Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2005, 27)

Věk je považován za jednu z nejdůležitějších charakteristik člověka. Jde o důležitý ukazatel, který však nemá dostatečnou vypovídací hodnotu, a to zejména ve stáří. (viz. Malíková, 2011, 14) Každá etapa života má své zákonitosti, které ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah života. To platí i pro stáří a stárnutí, které je všeobecně chápáno spíše negativně vzhledem k omezení, které s sebou přináší zvyšující se věk, dále z pohledu ztráty možností, radostí ze života, naděje a optimismu. (viz. Malíková, 2011, 13)

Malíková rozlišuje dva typy stárnutí. Fyziologické stárnutí, které probíhá přirozeně a tvoří normální součást života jedince. Pokud se ale objevuje například

předčasné stárnutí nebo nepoměr mezi kalendářním a funkčním věkem, mluvíme o patologickém stárnutí, které se projevuje sníženou soběstačností. (viz. Malíková, 2011, 14)

Stárnutí je souhrnem změn ve struktuře a funkci organismu. Jedná o změny v oblasti somatické, psychické, emoční a sociální. (viz. Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2005, 60) Všechny tyto změny rozhodují o tom, jak u konkrétního jedince stárnutí fyzicky probíhá a jak se s ním dotyčný člověk vyrovnává. Změny probíhají u jednotlivých osob odlišnou rychlostí a s různou intenzitou a souvisejí se vznikem a výskytem nemocí obvyklých ve stáří. (viz. Malíková, 2011, 19)

Mezi tělesné změny patří změna vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny kloubů, kardiopulmonální změny, změny trávení, vstřebávání, změny vylučování moči a změny sexuální aktivity. Psychické aspekty stárnutí často navazují na tělesné změny, které jsou seniorem negativně prožívány. Mezi psychické změny řadíme zhoršení paměti, obtížnější osvojování nových věcí, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, sugestibilita, emoční labilita, změny vnímání, zhoršení úsudku atd. Sociálními změnami ve stáří jsou odchod do důchodu, změna životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže a další. (viz. Venglářová, 2007, 12)

Sociální faktory mohou ve stáří působit i pozitivně, pokud jde o funkční rodinu, dobré rodinné vztahy, pevná citová pouta a možnost uspokojení potřeb seniora. Člověk se může na stáří připravit z ekonomického hlediska, nebo přípravou na aktivní vyplnění volného času v důchodu. (viz. Malíková, 2011, 22)

I když mají senioři mnohé rysy společné, stárnutí probíhá u každého člověka jinak. Seniorská populace je velmi heterogenní, což je dáno především vrozenými vlohami a osobnostními rysy každého člověka, které se věkem neztrácejí, různou mírou rozvoje těchto vloh během mládí a středního věku, individuální variabilitou involučních biologických změn, změnami zdravotního stavu, událostmi dlouhého života, zkušenostmi a návyky, včetně vzdělání a profesní kariéry, životním způsobem, hodnotovým systémem, životním názorem, očekáváním, různým sociálním a ekonomickým zázemím. Stejně tak se senioři mezi sebou liší ve svých potřebách

a nárocích. (viz. Mühlpachr, 2004, 37) Období stárnutí a stáří je všeobecně vnímáno negativně a s obavami. Lidé očekávají nejrůznější problémy a omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím a ztráty možnosti seberealizace. Mají obavy z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu především při nesoběstačnosti. (viz. Malíková, 2011, 15)

Životní způsob ve stáří a také stupeň integrace seniorů do společnosti jsou určovány zdravotním stavem seniora a stupněm soběstačnosti. (viz. Špatenková, Sýkorová, 2004, 174) Velký význam pro úspěšné stárnutí má udržování aktivního životního stylu. Pozornost by měla být věnována podpoře zdraví starších lidí, které jim pomůže udržet aktivní a nezávislý život v komunitě a oddálit nutnost ústavní péče. (viz. Skingley a kol., 2011)

Odhaduje se, že zhruba 80 až 90 % seniorů nad 65 let věku je soběstačných s pomoci rodiny a nejbližšího okolí, 13 % potřebuje pomoc v domácnosti, 7 až 8 % potřebuje soustavnější domácí péči a 2 až 5 % potřebují ústavní péči. Se zvyšujícím se věkem potřeba pomoci stoupá. (viz. Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2005, 7)

Tak jak se zhoršuje zdravotní stav a objevují se různé choroby, snižuje se soběstačnost starého člověka, který si není schopen plně saturovat svoje základní potřeby sám, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech. Jediným řešením tak může být nucená životní změna např. přestěhování do domova pro seniory. (viz. Malíková, 2011, 15)

Se stářím a soběstačností souvisí další problémy, jako je zajištění přiměřených finančních prostředků, nezbytných k zabezpečení slušné životní úrovně, problémy spojené s úpravou životního programu a jeho realizace po odchodu do důchodu (např. utváření nových denních stereotypů), zabezpečení adekvátního bydlení, které odpovídá prostředkům a fyzické soběstačnosti starého člověka, zabezpečení správné výživy, otázky všestranné aktivity. Objevují se problémy psychologické, jako je zvládnutí rizikových situací např. adaptace na odchod do důchodu, úmrtí partnera, ztráta poslední blízké osoby, dlouhodobé rodinné konflikty apod., nebezpečí sociální izolace a další problémy související s osamělostí a opuštěností. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 25)

Na všechny změny přicházející se stoupajícím věkem se musí senior adaptovat. Venglářová odlišuje několik modelů adaptace na stáří. První je konstruktivní přístup, který je charakterizován postupnou přípravou na stárnutí již během produktivního věku a snahou o udržení tělesného zdraví např. formou vhodného stravování a pohybových aktivit. Lze sem zařadit i pěstování dobrých vztahů s rodinou a udržování širších sociálních kontaktů. Někteří lidé naopak kompenzují problémy vytvořením závislosti na svém okolí. Tělesné obtíže tak slouží jako nástroj, kterým je rodina, zdravotníci nebo jiné pečující osoby manipulována a nucena tak k častějším kontaktům. Další možností, jak může člověk reagovat na změny související se stářím, je nepřátelství, které může projevovat personálu, lidem kolem sebe nebo třeba ostatním klientům zařízení. (viz. Venglářová, 2007, 12)

Různorodost seniorské populace je značná. Někteří senioři jsou i ve věku nad 80 let aktivní, zdatní a tím i nezávislí, mnozí z nich se však ocitají díky různým nemocem a polymorbiditě v kategorii rizikových seniorů. (viz. Ivanová, Špatenková, Bužgová, 2010, 70)

Do skupiny rizikových seniorů se člověk ve vyšším věku může dostat výrazným působením negativních sociálních faktorů. Za rizikové můžeme považovat staré lidi, kteří nejsou schopni se rychle a účinně přizpůsobit náhlým změnám svých životních podmínek nebo svého zdravotního stavu. Rizikovými jsou např. velmi staré osoby nad 80 let věku, osaměle žijící, staré ženy, zejména osamělé a svobodné, lidé umístění v ústavních zařízeních, izolovaní staří lidé, bezdětní, lidé se závažnými chorobami a vadami, páry, kde je partner vážně nemocen nebo handicapován, lidé se špatným hmotným zabezpečením. Ke vzniku rizikové situace přispívají i některá období a události v životě seniora. Takovou událostí může být odchod do důchodu, období po náhlém úmrtí životního partnera či blízkého příbuzného, dále také návrat z ústavního léčení do vlastní, osamělé a špatně vybavené domácnosti, nebo naopak přemístění do zdravotní či sociální ústavní péče. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 36)

1.3.4 Nemoci ve stáří

V roce 2003 tvořili senioři nad 65 let věku bezmála 14 % populace, ale na některých onemocněních se podíleli téměř v 50 %. (viz. Ondračková, 2004, 75)

Mezi nejčastější subjektivní potíže starých lidí patří hlavně nespavost, závratě, dušnost a celková slabost. Z chronických chorob, objektivně zjišťovaných u starých osob, se nejčastěji vyskytují: nemoci kardiovaskulárního systému (stav po infarktu myokardu, ICHS, hypertenze, cévní mozkové příhody), nemoci pohybového ústrojí (osteoporóza, artrózy, vertebrogenní sy.), nemoci endokrinní (především diabetes mellitus), nemoci respirační, nemoci trávicího ústrojí, poruchy smyslových orgánů, duševní poruchy a poruchy kontinence. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 28)

Dalším častým onemocněním ve stáří je výskyt nejružnějších zhoubných nádorů, které přibývají úměrně se stoupajícím věkem, a jejichž nejvyšší výskyt je v nejvyšších věkových kategoriích. Senioři jsou nejohroženější věkovou skupinou, co se týče úrazů. (viz. Ondračková, 2004, 75)

Nemoci ve stáří vykazují určité zvláštnosti oproti běžné populaci. Jednou z takových vlastností je polymorbidita, což znamená současný výskyt několika chorob najednou. Nemoci, zpravidla chronické, se navzájem podmiňují a potencuje se jejich vliv na soběstačnost starého člověka. Nemoci ve stáří často probíhají pod atypickým klinickým obrazem. Příznaky nemoci jsou netypické a často nevýrazné. Nemoci mají sklon ke chronicitě a častěji vedou ke komplikacím. Každá nemoc ve stáří je v podstatě sociální událost, podstatně změní sociální situaci starého člověka a naopak, každá změna v sociální situaci starých lidí ovlivní jejich zdravotní stav. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 29)

1.3.5 Sociální péče o seniory

Současná situace v poskytování sociálních služeb v České republice je dána zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon definuje pojem sociální služby a sociální péče. Sociální službou se podle tohoto zákona rozumí činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo

prevence sociálního vyloučení. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Jsou poskytovány ambulantní, terénní nebo pobytovou formou. Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajisti jim důstojné prostředí a zacházení. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Poslání sociálních služeb bylo specifikováno jako pomoc lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo v komunitě nebo ve svém přirozeném společenství. Ke splnění poslání sociálních služeb bylo definováno několik principů: Nezávislost a autonomie pro uživatele služeb, začlenění a integrace, respektování individuálních potřeb klientů a potřeb společnosti, partnerství, kvalita služeb, rovnost bez diskriminace, deinstitucionalizace. Deinstitucionalizace je důležitá hlavně z pohledu problematiky seniorů a pobytových sociálních služeb a znamená přechod k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí. K dosažení tohoto cíle slouží existence celé řady terénních a ambulantních služeb, které umožňují mnoha osobám v nepříznivé situaci setrvat v domácím prostředí. (viz. Malíková, 2011, 31)

1.3.6 Pobytová zařízení pro seniory

Vzhledem k tomu, že má práce se zabývá kvalitou života klientů domovů pro seniory, budu se dále věnovat převážně problematice pobytových sociálních zařízení.

Změny, které přichází se zvyšujícím se věkem a se ztrátou soběstačnosti, nutí starého člověka hledat nový způsob života ve stáří. Změny v úrovni péče o sebe a zvýšené nároky na pomoc okolí vedou seniora, nebo častěji jeho okolí, k hledání vhodného místa pro život. Většina seniorů žije v domácnosti za pomoci a podpory blízkých lidí, což je z pohledu seniora ta nejlepší varianta. Vhodným doplňkem při potřebě další péče je spolupráce s poskytovateli terénních sociálních a zdravotních

služeb. Při větších zdravotních problémech, osamělosti nebo nemožnosti pomoci ze strany blízkých teprve nastupuje varianta institucionální péče. Jde o krajní řešení a mnoho seniorů ji nenese velmi dobře. (viz. Venglářová, 2007, 14)

Významně častěji vyžadují dlouhodobou institucionální sociální a zdravotní péči lidé starší 80 let než mladší senioři důchodového věku. (viz. Ivanová, Špatenková, Bužgová, 2010, 70) V budoucnu se bude z důvodů stárnutí seniorské populace pravděpodobně zvyšovat potřeba institucionální péče i přes rozvoj komunitních služeb. Stárnutí populace tak bude mít značné důsledky nejen na organizaci a financování zdravotních a sociálních služeb, ale i na jejich strukturu, protože senioři mají své specifické potřeby, které je při zřizování a provozování těchto služeb nutno respektovat. (viz. Ivanová, Špatenková, Bužgová, 2010, 69)

Při hledání vhodného pobytového zařízení pro seniora by se měly zvážit některé okolnosti. Důležitý je výběr lokality, ve které se zařízení nachází. Je nutné zvážit, jestli jde o lokalitu dostupnou pro návštěvy. Mezi další body při výběru zařízení patří: velikost zařízení, typ poskytovaných služeb, zda je většina klientů aktivních či nikoliv, svou roli hraje i cena měsíčního pobytu, čekací doba apod. (viz. Venglářová, 2007, 14)

V České republice existují tři typy zařízení, které umožňují ubytování pro seniory, které se liší rozsahem poskytovaných služeb a způsobem úhrady:

Penziony pro důchodce, kteří jsou zdraví a soběstační. Sociální služby jsou jim poskytována formou chráněného bydlení. Pronajímají si zde byt, který si vybavují svým nábytkem a mohou si objednat a zaplatit některé služby (úklid, praní a žehlení, nákupy, doprovod či stravování).

Domy s pečovatelskou službou také nabízejí byty uživatelům do pronájmu. Kromě ubytování jsou zde poskytovány i sociální služby (v pracovní dny je zde trvale přítomná pečovatelská služba, která poskytuje pomoc v péči o domácnost klienta a pomoc při aktivitách denního života, jako je základní hygienická péče, pomoc při jídle, zajišťování věcí na úřadech, doprovod k lékaři, případně i jednoduché ošetřovatelské výkony, např. převazy). (viz. Janečková, 2005, 178)

Domovy pro seniory jsou podle zákona O sociálních službách sociální zařízení poskytující pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména

z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Poskytují klientům ubytování, stravu a pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutickou činnost, aktivizační činnost, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (zákon č.108/2006 Sb.)

Zřizovatelem pobytových zařízení v České republice může být stát, ale více než 85 % je zřizováno kraji nebo obcemi. Tyto služby poskytují také nestátní neziskové organizace. Pobytové služby jsou financovány vícezdrojově a podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení, které klientovi poskytuje sociální službu. (viz. Malíková, 2011, 33)

Záruku ochrany a dodržování práv klientů přijatých do zařízení zajišťuje individuální plánování a sociální standardy. Při příjmu je spolu s klientem vytvořen individuální plán péče a klient se tak stává aktivním spoluvůrcem poskytované sociální služby a partnerem pečujících pracovníků. Neměl by být jen pasivním příjemcem prováděných činností. Všechny služby, které jsou klientovi poskytovány, mají za cíl zlepšení nebo udržování jeho soběstačnosti. Snahou je pomáhat seniorovi a podporovat ho v tom, aby mohl alespoň některé činnosti provádět sám a byl co nejméně závislý. Udržováním soběstačnosti je zajištěna lidská důstojnost seniora, podporováno jeho sebevědomí a pocit vlastní hodnoty a ceny. (viz. Malíková, 2011, 33)

1.3.7 Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních

Zdravím podmíněná kvalita života je brána jako jedna z možností spolu s funkční zdatností, jak hodnotit zdravotní stav starých lidí, který se nedá posuzovat pouze podle délky života a prevalencí chorob. Tato skutečnost vychází již z definice zdraví podle WHO, podle které zdraví zahrnuje zdraví tělesné, duševní a sociální a je charakterizováno stavem pohody a spokojenosti, nejen nepřítomností nemoci nebo vady. (viz. MPSV, 2008, 35)

Metody hodnocení kvality života seniorů se často soustředí pouze na schopnost provádět běžné každodenní činnosti. I když funkční schopnosti mají velký vliv na kvalitu života, přesto existuje mnoho dalších psychologických a sociálních faktorů přispívajících ke kvalitnímu životu, jejichž poznání může životní situaci seniorů příznivě nebo nepříznivě ovlivnit. (viz. Dragomirecká, Šelepová, 2004, 91)

Hodnocení kvality života podmíněné zdravotním stavem má významný sociální aspekt, lze tak zjišťovat a do značné míry i vyhodnocovat sociální aspekty kvality života (viz. Petr, 1999) Čornaničová uvádí, že ve stáří je podpora kvality života hlavním smyslem všech sociálních a zdravotních intervencí. (viz. Čornaničová, 2004, 143)

Ústavní zařízení pro seniory jsou určena lidem, kteří nemohou nebo nechtějí žít ve vlastním prostředí domova. Hodnocení kvality života v těchto ústavech je velmi důležité pro posouzení úspěšnosti nebo neúspěšnosti léčebných, ošetrovatelských a rehabilitačních intervencí. (viz. Hejduk, 2004, 105)

Koncept kvality života je proto jedním z důležitých cílů pomáhajících profesí v péči o seniory v pobytových zařízeních. Jinou představu o zajištění kvalitního života může mít pracovník zařízení a úplně jinak si svůj život může představovat samotný klient. (viz. Nečasová, 2004)

Na míře spokojenosti ve stáří se podílí spokojenost se zdravotní péčí, subjektivně vnímaný zdravotní stav, schopnost zvládat změny v životě a v okolním prostředí, míra pocitu osamělosti, pocit bezpečí v bytě a místě bydliště, intenzita zájmových aktivit, příjem, vzdělání a některé další aspekty. (viz. Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2005, 8)

U geriatrických pacientů, u pacientů chronicky nemocných, multimorbidních či s trvalým zdravotním postižením význam subjektivního hodnocení zdraví narůstá. Stává se vodítkem k zachování samostatnosti starých lidí a k rozhodování o tom, co a jakým způsobem léčit a ovlivňovat. Subjektivní hodnocení kvality života samotnými klienty pomáhá pochopit, jak závažné jsou chorobné projevy pro daného člověka a také, proč s těmiž obtížemi někteří lidé zdravotní péči vyhledají a jiní nikoliv. (viz. Kalvach a kol., 2006)

K odchodu do rezidenčních zařízení se rozhodují staří lidé buď dobrovolně z ekonomických či rodinných důvodů. Nebo jsou donuceni okolnostmi, zejména radikální změnou svého zdravotního stavu. (viz. Janečková, 2005, 164) Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce se starými lidmi se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory. Kvalita života starých lidí se snižuje při poklesu funkčních schopností a soběstačnosti. Poruchy hybnosti a smyslového vnímání omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány a udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý. (viz. Janečková, 2005, 163)

Každý člověk se rodí s určitými dispozicemi a to, jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životnímu zkušenostmi a prostředím, ve kterém žije. Při přenesení do jiného prostředí se mohou způsoby chování, na které byl senior zvyklý ve svém domácím prostředí, stát nevhodnými. (viz. Venglářová, 2007, 15) Přestěhováním se do ústavu se mění pravidla a pořádky, na které byl klient z domova zvyklý. Senior je donucen měnit své návyky a stereotypy. Proto se tak obtížně a pomalu adaptuje na nové prostředí, nebo se brání, aby se struktura jeho prostředí měnila. (viz. Chloubová, 2005) Na adaptabilitu člověka má vliv také jeho duševní zdraví. Deprese ztěžuje zvládnání změn ve stáří. (viz. MPSV, 2008, 37)

Kvalita života seniora významně závisí i na nejbližším sociálním okolí. V jiné situaci je starý člověk, který žije s partnerem, v kruhu rodiny, v blízkosti a v kontaktu s dětmi, vnoučaty a dalšími rodinnými příslušníky, s množstvím kontaktů i mimo rodinu, a člověk, který je osamělý, bez partnera, rodiny a přátel. Pouhá přítomnost druhých lidí ale pro pocit spokojenosti a bezpečí nestačí. Svou roli hrají také postoje těchto lidí ke stáří a ke starému člověku. Pokud u bezprostředního okolí převládá názor, že starý člověk je neužitečný, bez hodnoty, jen nepříjemnou zátěží, a je mu to i dáváno najevo, senior snadno zatrpkne nebo podlehne depresi. (viz. Matýsková, 2004, 47)

Vzdálenost ústavu od původního bydliště je často velká a pokud členové rodiny nemají možnost krátkodobého pobytu v zařízení nebo v jeho těsné blízkosti, setkání seniorů s rodinou je tak sporadické. Kontakt ústavu se společenským životem obce je často minimální. Život v zařízení je podřízen pouze funkci ústavu.

Sociální izolace je způsobena ztrátou kontaktů s prostředím, ve kterém člověk žije. Starý člověk pro svůj život společenské kontakty potřebuje. Jejich ztrátou se může dostat do sociální izolace, což je pro něj velkým stresem a může vést až ke smrti. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 45) Sociální izolovanost klienta prohlubuje i nemožnost komunikovat s poskytovateli sociálních služeb. (viz. Mühlpachr, 2004, 109)

Jednou z funkcí sociálního ústavu je podpora a péče. Znamená to, že ústav funguje i jako náhrada za nefunkční nebo chybějící rodinu, je zde poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Moderní rodina je stále méně ochotna a méně schopna pečovat o své handicapované členy. Bez této péče by docházelo ke snižování kvality života a bez ní by klienti v běžných podmínkách často nedokázali přežít. (viz. Mühlpachr, 2004, 100)

Pobyt v ústavu může pro klienta znamenat ztrátu jeho plnoprávné občanské pozice. Klient je chápán pouze jako subjekt péče a jsou omezena jeho rozhodovací práva. Klient se smiřuje se svou pasivní rolí, ztrácí motivaci a vůli k zachování nezávislosti. (viz. Mühlpachr, 2004, 109)

Senioři v pobytových zařízeních mohou být ohroženi nerespektováním jejich důstojnosti, týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním péče. Důsledkem takového jednání bez ohledu na jeho podobu, délku či průběh je značné zhoršení, resp. ztráta kvality života seniora, jeho fyzická či psychická traumatizace a v konečném důsledku i smrt. I přes společností obecně uznávaná lidská práva často dochází v případě rizikových seniorů k jejich porušování a to i v případě seniorů žijících v ústavní péči. Porušování základních lidských práv znamená, že rodinní příslušníci či zaměstnanci zařízení zabraňují seniorům stýkat se s lidmi, se kterými chtějí, brání jim v rozhodování se, nebo odmítání léčby. Dále je zejména v institucích nedostatečně respektováno právo klientů na soukromí a důvěrnost, právo si vybrat svého lékaře, právo být chráněn před zbytečným fyzickým omezením. Senioři mohou být také týráni nedobrovolnou izolací a separací od ostatních klientů. (viz. Ivanová, Špatenková, Bužgová, 2010, 71)

1.3.8 Rodina v životě seniora

Za optimální způsob péče o seniory je považována možnost setrvání starého člověka co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci. (viz. Jarošová, 2006, 41)

Většina lidí se chce o své rodiče ve stáří a případné nesoběstačnosti postarat. Teprve v případě, že by sami nemohli tuto péči poskytnout, očekávají pomoc státu formou umístění seniora do některého z pobytových zařízení. (viz. Vidovičová, Rabušič, 2003, 24)

Stejný názor mají i samotní senioři. Pokud potřebují pomoc, obracejí se v první řadě na svoji rodinu, partnera nebo děti, teprve potom využívají pomoc od obce nebo státu. O službách neziskových organizací uvažují až na posledním místě. (viz. Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2005, 7)

Rodina představuje pro každého člověka zázemí a jistotu, ve stáří rozvíjí aktivitu. V případě nesoběstačnosti starého člověka znamená dobře fungující rodina záruku psychické, fyzické i hmotné pomoci. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 47)

Dlouhodobá péče o seniora je velmi psychicky a fyzicky náročná. Pro pečovatele představuje velkou zátěž a může způsobovat pocity smutku a stres. V případě, že senior potřebuje celodenní péči a pečovatelka si své rodiče vezme k sobě domů, může dojít ke zhoršení rodinných vztahů a omezení společenských styků. Pečovatelé se mohou dostat do složité ekonomické situace. Péče o seniora tedy může negativně ovlivnit každodenní aktivity pečovatele, ale i jeho profesní život. (viz. Svobodová, 2006)

K péči o druhou osobu musí mít pečující rodina vhodné podmínky a možnosti. Musí mít vůli, motivaci a snahu se o nesoběstačného seniora postarat. Opomenout se nedá ani způsob bydlení rodiny, vzdálenost bydliště blízkých nebo příbuzných osob. Rozhodující je také společenské klima, morálka, etické normy, společenské i rodinné tradice, podpora legislativní i ekonomická. Situaci v péči o seniora v domácím prostředí mohou usnadnit nejrůznější agentury domácí péče, střediska pečovatelské služby a další sociální aktivity v rámci komunity. (viz. Zavázalová a kol., 2004, 47)

Při příjmu do pobytového zařízení je nutná další práce s rodinou klienta. Spolupráce s rodinou by měla začít ještě před příjmem seniora do zařízení. Zájem o rodinu ze strany instituce, respekt k jejím pocitům a starostem, zájem o seniora, informovanost o jeho životě a změnách, jež u něho nastávají, pomáhají rodině vyrovnat se skutečností, že sama péči nezvládla, a udržet její zájem a spolupráci. Rodina musí vědět, že udělala pro svého blízkého to nejlepší, co mohla, a že stále ještě může mnoho udělat. Rodina je informována, které úkoly v péči o seniora za ni převezme personál pobytového zařízení a které úkoly jí zůstávají. Rodinní příslušníci by neměli získat pocit, že někdo pečuje za ně. To vede velmi rychle rodinné příslušníky k poklesu, či dokonce ztrátě zájmu o svého příbuzného, k omezení kontaktů. Bylo prokázáno, že s délkou pobytu starých lidí v instituci klesá i četnost návštěv. Práce s rodinou nabízí řadu možností. Především je třeba přijmout předpoklad, že instituce nezbavuje rodinu odpovědnosti za péči o příbuzného. Příchodem do domova pro seniory nekončí rodinné vztahy ani povinnosti dětí vůči svým rodičům (viz. Janečková, 2005, 182)

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce bylo zhodnocení kvality života podmíněné zdravím (HRQoL) u seniorů z domova důchodců/domova pro seniory za pomoci dotazníku SF-36 a zjištění četnosti kontaktu seniorů ubytovaných v těchto rezidenčních sociálních zařízeních s rodinou a blízkými osobami.

Dalším cílem bylo srovnání četnosti kontaktu s rodinou a blízkými osobami zjištěnou konceptem Kontakt s kvalitou života podmíněnou zdravím (HRQoL) v jejich jednotlivých doménách zjištěnou dotazníkem SF-36 a vyvození případných souvislostí.

2.2 Hypotézy

V této diplomové práci jsem si stanovila následující tři hypotézy:

Hypotéza č. 1: Kvalita života podmíněná zdravím (HRQoL) bude u seniorů z domovů pro seniory nižší proti evropským normálům.

Hypotéza č. 2: Senioři s větším kontaktem s rodinou a blízkými osobami mají vyšší kvalitu života než osoby s menším kontaktem.

Hypotéza č. 3: Kvalita života u seniorů z domovů pro seniory je odlišná v závislosti na pohlaví.

3. METODIKA

3.1 Použitá metodika

V praktické části mé diplomové práce jsem použila kvantitativní metodu sběru a vyhodnocování dat pomocí dotazníků Kontakt a SF-36, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky a které mi vyplnili klienti vybraných domovů pro seniory. Informace získané z obou dotazníků jsem porovnávala mezi sebou a provedla analýzu zjištěných souvislostí. Mým předpokladem bylo, že se tak prokáže přímá úměra mezi stupněm kontaktů v konceptu Kontakt a kvalitou života v konceptu HRQoL. Data získaná z dotazníku SF-36 jsem dále porovnávala s evropským standardem.

Dotazník SF-36 je standardizovaný dotazník určený pro zjišťování kvality života podmíněné zdravím (HRQoL). Umožňuje hodnotit výsledky v 8 doménách kvality života, kterými jsou: fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, bolest, mentální zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví. Normativní reprezentativní data pro evropskou populaci pro používání dotazníku SF-36 byla získána ze studie provedené ve Velké Británii v letech 1991 a 1992 (Oxford Healthy Life Survey).

Pomocí dotazníku Kontakt jsem zjišťovala frekvenci kontaktu klientů rezidenčních zařízení s rodinnými příslušníky nebo blízkými osobami. Dotazník rozlišuje fyzickou návštěvu „u lůžka“, osobní telefonát, dopis nebo telefonický vzkaz.

Odpovědi na otázky u obou dotazníků jsou uzavřené. Respondenti vybírali z nabízené škály obodovaných odpovědí.

3.2 Sběr dat

Data pro tuto diplomovou práci jsem získala ze dvou rezidenčních zařízení: Domova důchodců v Malešicích v Praze 10 a Domova důchodců Máj v Českých Budějovicích.

Dotazníky vyplnili klienti vybraní pracovníky těchto zařízení vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu a náročnosti dotazníků. Celkem se vrátilo

40 vyplněných dotazníků. Z toho 8 dotazníků nebylo vyplněných kompletně, proto statisticky bylo zpracováno pouze 32 dotazníků (16 dotazníků z Domova pro seniory Máj, 16 dotazníků z Domova pro seniory Malešice). Sběr dat proběhl v únoru a v březnu 2011.

3.3 Vyhodnocení dat

Soubor 32 klientů, kteří kompletně vyplnili oba dotazníky SF-36 i Kontakt, jsem rozdělila podle pohlaví a dále do 4 skupin podle skóre dosaženého vyplněním dotazníku Kontakt od nejmenší po největší zjištěnou frekvenci kontaktu s rodinou a blízkými osobami.

Celkový soubor respondentů, skupiny podle pohlaví a podle frekvence kontaktu jsem porovnávala s populačním normálem pro evropskou populaci (Qxford Healthy Life Group). Výsledky byly přepočítány na procenta. Populace, která by měla 100% úroveň kvality života nemůže existovat, proto norma pro evropskou populaci slouží jako hypotetické 100% optimum.

Mezi sebou jsem porovnávala jednotlivé skupiny podle kontaktu s rodinou. Výsledky vyjádřené v procentech byly vztaženy k výsledkům skupiny respondentů s nejmenší frekvencí kontaktu s rodinou, která byla použita jako 100% optimum.

Stejným způsobem jsem mezi sebou porovnávala skupinu mužů a skupina žen. 100% optimum kvality života v tomto případě představovala skupina mužů.

Při porovnávání veškerých výsledků byla zároveň dopočítávána kritická hodnota u , která představuje 5% hladinu významnosti, která slouží pro potvrzení statistické významnosti sledovaného jevu.

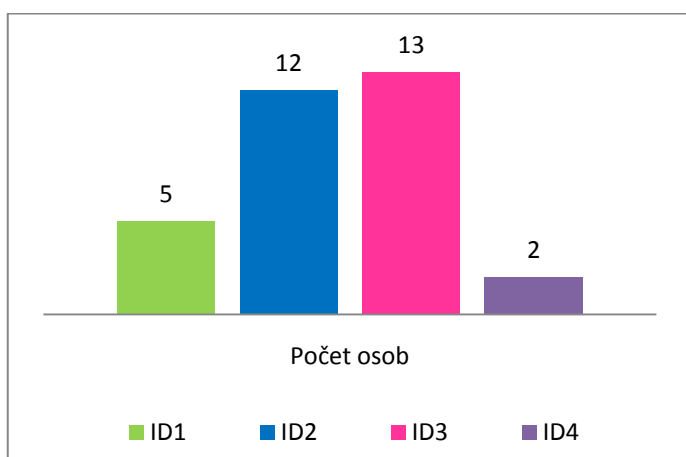
3.4 Charakteristika souboru

Do sledovaného souboru bylo zařazeno 16 klientů z Domova pro seniory Malešice, Praha 10, a 16 klientů z Domova pro seniory Máj, v Českých Budějovicích.

Následující graf (Graf č. 1) znázorňuje zastoupení respondentů v jednotlivých skupinách, do kterých byli zařazeni podle zjištěného stupně kontaktu s rodinou

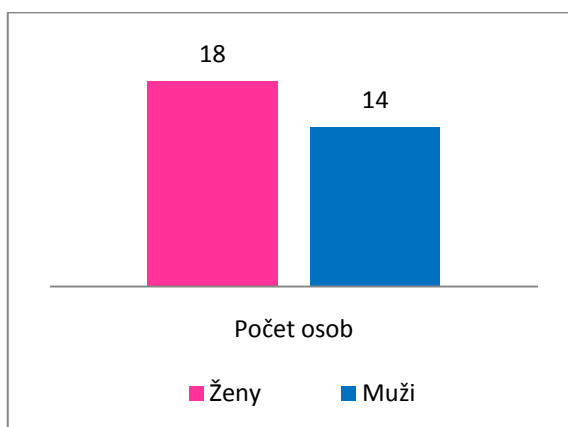
a blízkými osobami. Do skupiny ID1 byli zařazeni respondenti s nejnižším stupněm kontaktu, kteří dosáhli v dotazníku Kontakt skóre od 0 do 10, ve druhé skupině ID2 jsou respondenti s dosaženým skóre Kontakt od 11 do 20, ve skupině ID3 od 21 do 30, a poslední čtvrtou skupinu ID4 tvoří klienti s největší frekvencí kontaktu s rodinou, kteří dosáhli skóre od 31 do 40.

Graf č. 1 – Počet respondentů v jednotlivých skupinách podle dosaženého skóre v dotazníku Kontakt



V následující grafu (Graf č. 2) je znázorněno rozdělení sledovaného souboru podle pohlaví. Skupina žen je početnější (18 osob) než skupina mužů (14 osob).

Graf č. 2 – Rozdělení respondentů podle pohlaví



4. VÝSLEDKY

Pro větší přehlednost byly výsledky získané od jednotlivých respondentů – klientů domovů pro seniory, kteří vyplňovali dotazníky SF-36 a Kontakt, zpracovány v následujících tabulkách a grafech.

Nejdříve jsou zobrazeny výsledky porovnání jednotlivých skupin seniorů rozdělených podle stupně kontaktu s rodinnými příslušníky a blízkými osobami v porovnání s normály pro evropskou populaci (Qxford Healthy Life Group). V tabulce je vždy uvedeno průměrně dosažené skóre v dotazníku SF-36 u sledované skupiny, dopočítána hodnota u a uvedeno, zda je rozdíl statisticky významný oproti standardní populaci. Následuje grafické znázornění procentuálního rozdílu mezi sledovanou skupinou a standardem. Stejným způsobem je s populačním normálem srovnána skupina mužů a žen, a celkový soubor všech probandů.

Tabulky a grafy v další části slouží k porovnání jednotlivých skupin seniorů rozlišených podle skóre v dotazníku Kontakt vzájemně mezi sebou. Tabulky ukazují rozdíl výsledků hodnocení kvality života dotazníkem SF-36 mezi dvěma porovnávanými skupinami. Výsledky jsou vždy vztaheny ke skupině s nejnižším stupněm kontaktu s rodinou (ID1). Je dopočítáno, zda jsou rozdíly statisticky významné.

Grafy znázorňují procentuální vyjádření změn ve vnímání kvality života ve všech čtyřech skupinách seniorů s rozdílným stupněm kontaktu v jednotlivých doménách hodnocení kvality života.

Poslední část zobrazených výsledků je věnována porovnání sledovaného souboru seniorů podle pohlaví. Výsledky získané respondentkami ženského pohlaví jsou vždy vztahené k výsledkům získaných od klientů mužského pohlaví. Znovu je dopočítána 5% statistická významnost rozdílů mezi skupinou žen a mužů.

4.1 Srovnání výsledků sledovaného souboru s populačním normálem

Tabulka č.1 - Výsledky hodnocení dotazníku SF-36 u skupiny ID1 (skóre Kontakt 0-10)

Doména	Skóre ID 1	Skóre Oxford	%	u	Statistická významnost
Fyzické funkce	45,00	88,40	50,90	3,64	ANO
Fyzické omezení rolí	60,00	85,82	69,91	1,18	NE
Emoční omezení rolí	46,67	82,93	56,21	1,79	NE
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	57,50	88,01	65,33	2,00	ANO
Bolest	57,78	81,49	70,90	1,86	ANO
Mentální zdraví	55,20	73,77	74,83	1,48	NE
Energie/Vitalita	46,00	61,13	75,25	1,39	NE
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	42,00	73,52	57,13	4,17	ANO

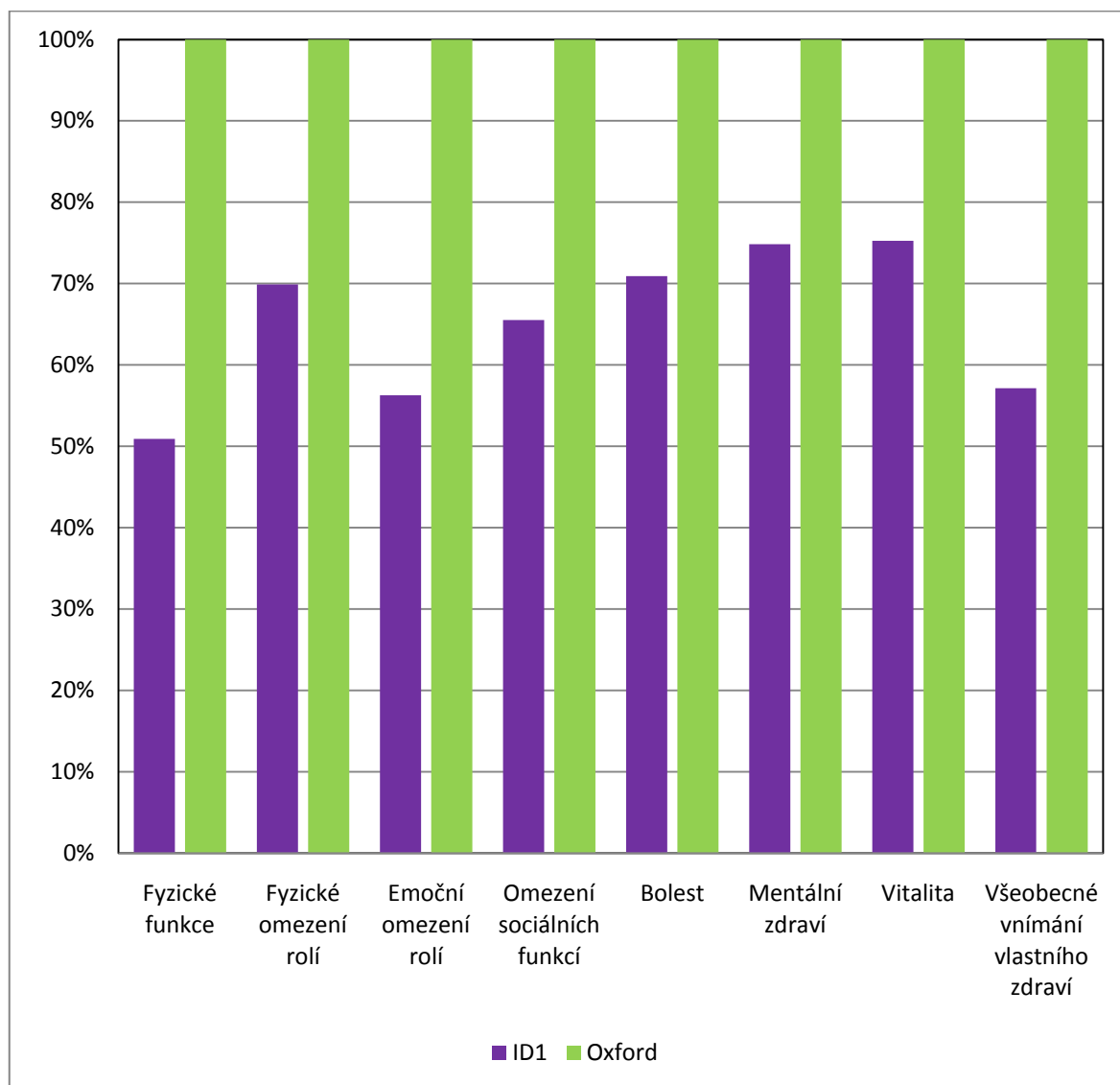
% - vyjadřuje rozdíl porovnávaných skupin v procentech

u - kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti (u = 1,83)

Pozn.: Pokud je hodnota u větší než 1,83, platí, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

V tabulce č. 1 najdeme průměrné skóre dosažené v dotazníku SF-36 probandy zařazenými do skupiny ID1 (skóre dosažené v dotazníku Kontakt od 0-10). Dále tabulka ukazuje dosažení 5% hodnoty významnosti v jednotlivých sledovaných doménách proti populačnímu normálu.

Graf. č. 1 Kvalita života ve skupině ID1 (skóre Kontakt 0-10)



Graf č. 1 porovnává kvalitu života probandů ze skupiny ID1, kteří vykazali nejnižší stupeň kontaktu s rodinou, vyjádřenou průměrně dosaženým skóre dotazníku SF-36 v procentech standardní populace.

Tabulka č. - Výsledky hodnocení dotazníku SF-36 u skupiny ID2 (skóre Kontakt 11-20)

Doména	Skóre ID 2	Skóre Oxford	%	u	Statistická významnost
Fyzické funkce	48,18	88,40	54,50%	4,38	ANO
Fyzické omezení rolí	31,82	85,82	37,08%	4,47	ANO
Emoční omezení rolí	39,39	82,93	47,50%	3,63	ANO
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	60,23	88,01	68,43%	3,88	ANO
Bolest	56,57	81,49	69,41%	3,76	ANO
Mentální zdraví	59,64	73,77	80,84%	2,66	ANO
Energie/Vitalita	44,09	61,13	72,13%	2,48	ANO
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	40,45	73,52	55,03%	7,46	ANO

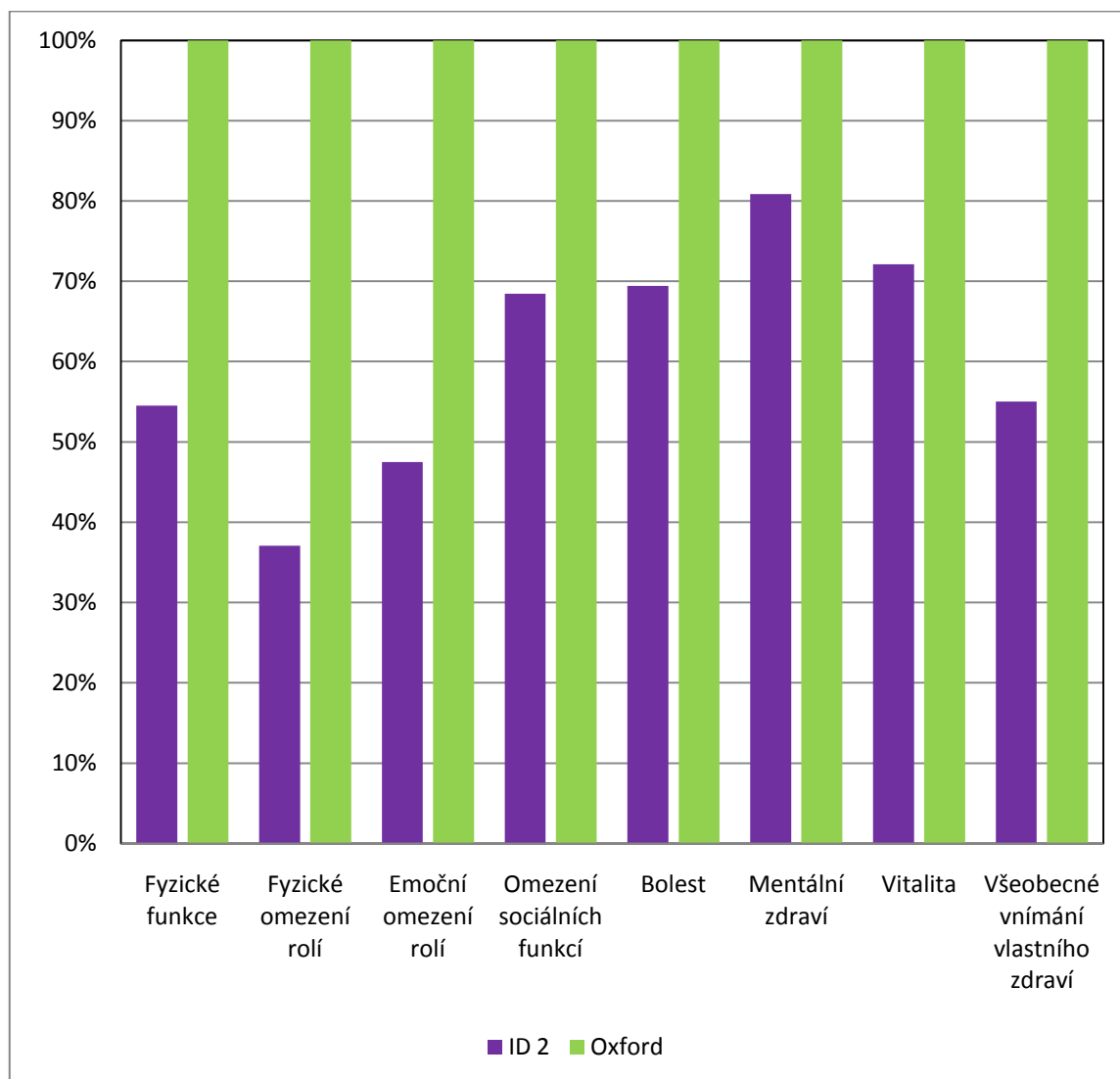
% - vyjadřuje rozdíl porovnávaných skupin v procentech

u - kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti (u = 1,72)

Pozn.: Pokud je hodnota u větší než 1,72, platí, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

V tabulce č. najdeme průměrné skóre dosažené v dotazníku SF-36 probandy zařazenými do skupiny ID2 (skóre dosažené v dotazníku Kontakt od 11-20). Dále tabulka ukazuje dosažení 5% hodnoty významnosti v jednotlivých sledovaných doménách proti populačnímu normálu.

Graf č. 2 Kvalita života ve 2. skupině (skóre Kontakt 11-20)



Graf č. 2 porovnává kvalitu života probandů ze skupiny ID2 (skóre dosažené v dotazníku Kontakt 11-20), vyjádřenou průměrně dosaženým skóre dotazníku SF-36 v procentech standardní populace.

Tabulka č. 3 - Výsledky hodnocení dotazníku SF-36 u skupiny ID3 (skóre Kontakt 21-30)

Doména	Skóre ID 3	Skóre Oxford	%	u	Statistická významnost
Fyzické funkce	40,36	88,40	45,65%	6,52	ANO
Fyzické omezení rolí	19,64	85,82	22,89%	8,64	ANO
Emoční omezení rolí	38,10	82,93	45,94%	4,75	ANO
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	54,46	88,01	61,88%	3,81	ANO
Bolest	50,79	81,49	62,33%	4,57	ANO
Mentální zdraví	56,29	73,77	76,30%	2,92	ANO
Energie/Vitalita	36,79	61,13	60,18%	4,90	ANO
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	42,50	73,52	57,81%	11,04	ANO

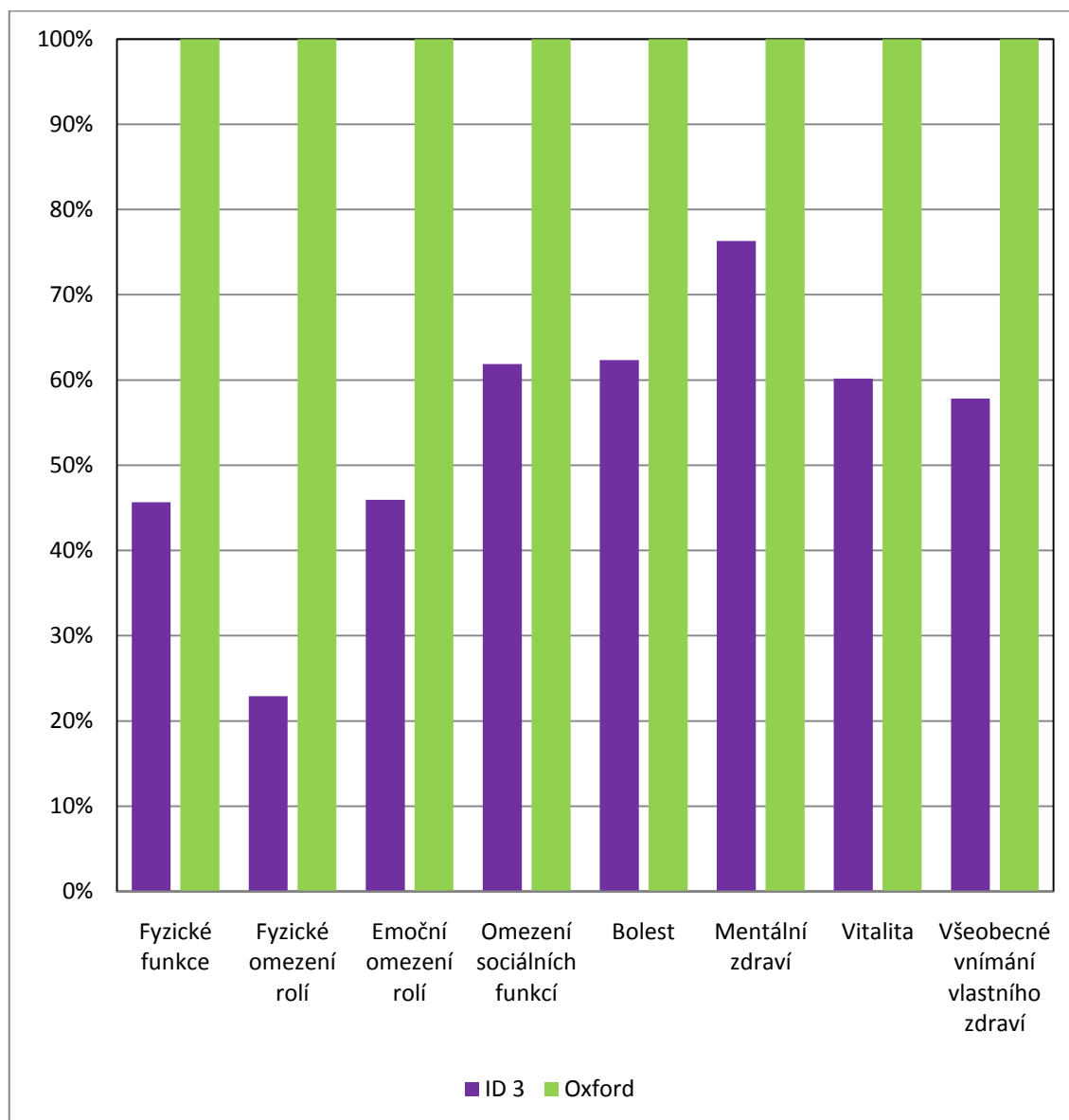
% - vyjadřuje rozdíl porovnávaných skupin v procentech

u - kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti (u = 1,70)

Pozn.: Pokud je hodnota u větší než 1,70, platí, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

V tabulce č. 3 najdeme průměrné skóre dosažené v dotazníku SF-36 probandy zařazenými do skupiny ID3 (skóre dosažené v dotazníku Kontakt 21-30). Dále tabulka ukazuje dosažení 5% hodnoty významnosti v jednotlivých sledovaných doménách proti populačnímu normálu

Graf č. 3 Kvalita života ve 3. skupině (skóre Kontakt 21-30)



Graf č. 3 porovnává kvalitu života probandů ze skupiny ID3 (skóre dosažené v dotazníku Kontakt 21-30), vyjádřenou průměrně dosaženým skóre dotazníku SF- 36 v procentech standardní populace.

Tabulka č. 4 - Výsledky hodnocení dotazníku SF 36 u skupiny ID4 (skóre Kontakt 31-40)

Doména	Skóre ID 4	Skóre Oxford	%	u	Statistická významnost
Fyzické funkce	37,50	88,40	42,42%	4,11	ANO
Fyzické omezení rolí	50,00	85,82	58,26%	1,01	NE
Emoční omezení rolí	50,00	82,93	60,29%	0,93	NE
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	75,00	88,01	85,22%	63,80	ANO
Bolest	66,67	81,49	81,81%	65,60	ANO
Mentální zdraví	76,00	73,77	103,02%	0,79	NE
Energie/Vitalita	67,50	61,13	110,42%	3,58	ANO
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	62,50	73,52	85,01%	2,08	NE

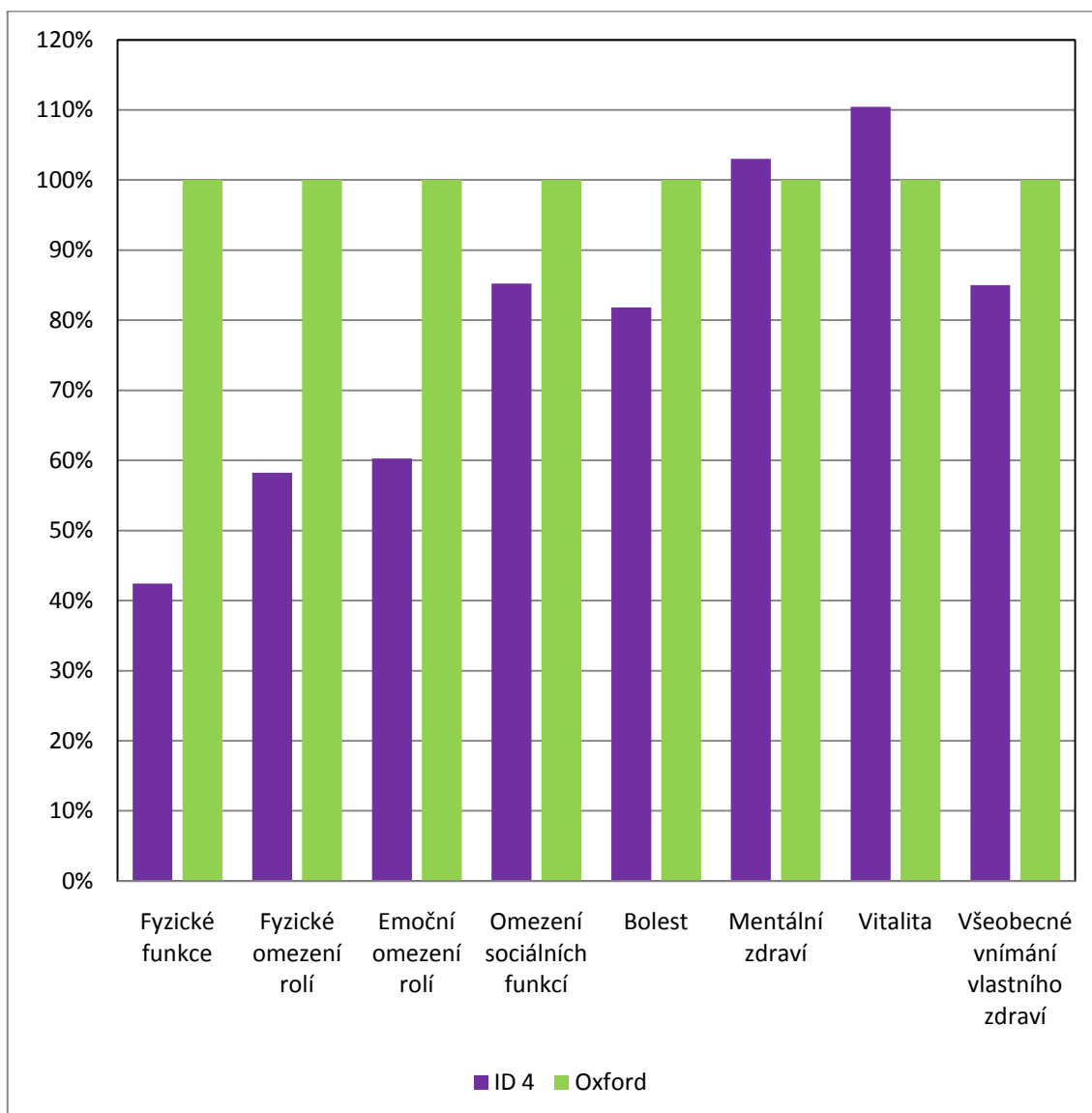
% - vyjadřuje rozdíl porovnávaných skupin v procentech

u - kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti (u = 2,35)

Pozn.: Pokud je hodnota u větší než 2,35, platí, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

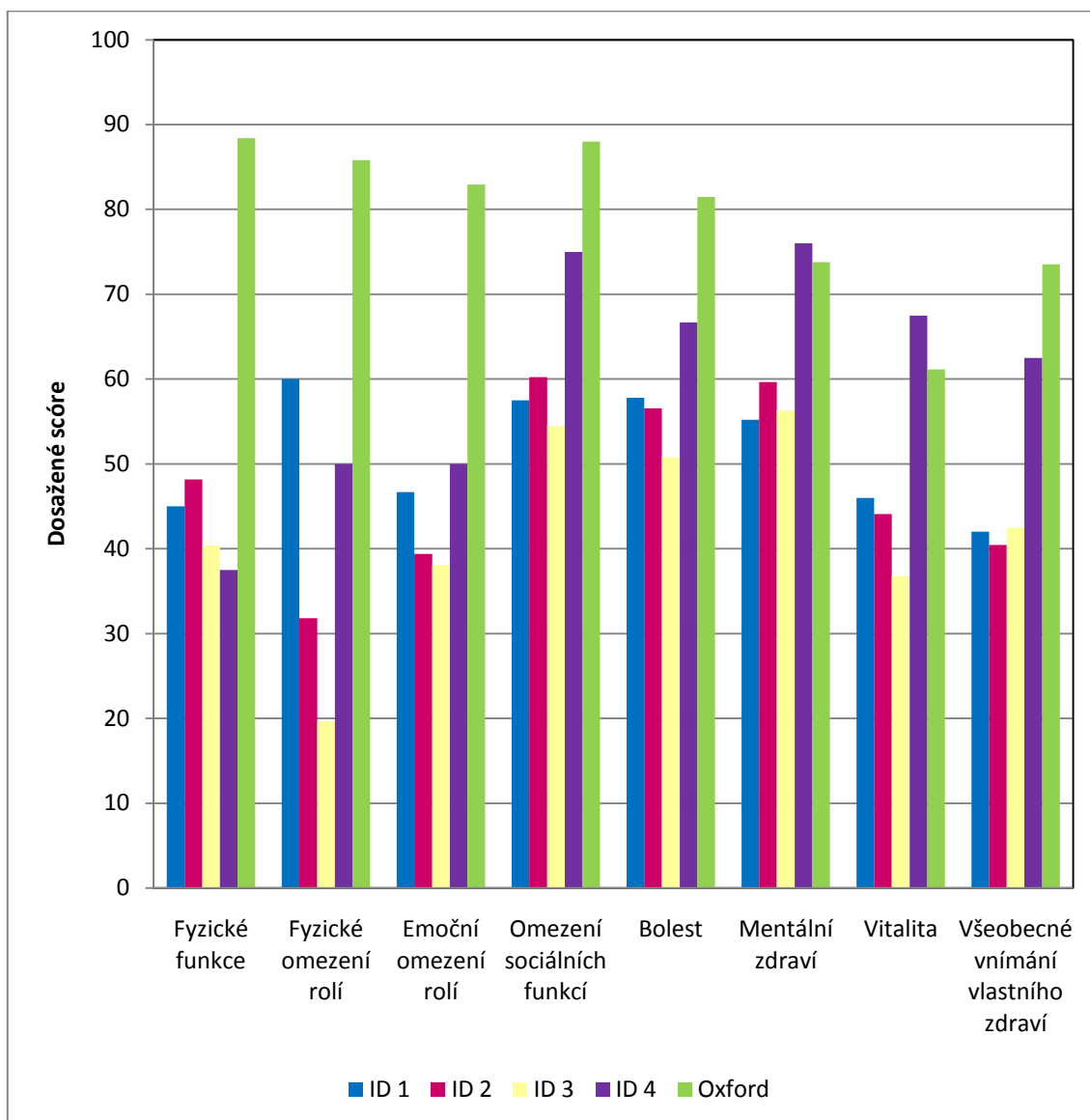
V tabulce č. najdeme průměrné skóre dosažené v dotazníku SF-36 probandy zařazenými do skupiny ID4 (skóre dosažené v dotazníku Kontakt od 31-40). Dále tabulka ukazuje dosažení 5% hodnoty významnosti v jednotlivých sledovaných doménách proti populačnímu normálu

Graf č. 4 Kvalita života ve 4. skupině (skóre Kontakt 31-40)



Graf č. 4 porovnává kvalitu života v jednotlivých doménách probandů ze skupiny ID4 s nejvyšším stupněm kontaktu s rodinou (skóre Kontakt 31-40), vyjádřenou průměrně dosaženým skóre dotazníku SF-36 v procentech standardní populace.

Graf č. 8 - Porovnání všech skupin s populačním normálem (Oxford skóre)



Graf č. 8 porovnává průměrně dosažené skóre v hodnocených doménách kvality života v jednotlivých skupinách respondentů rozlišených podle stupně kontaktu s rodinou mezi sebou a s populačním normálem.

Tabulka č. 5 - Výsledky hodnocení kvality života dotazníkem SF-36 u mužů

Doména	Skóre muži	Skóre Oxford	%	u	Statistická významnost
Fyzické funkce	52,50	88,40	59,39%	4,46	ANO
Fyzické omezení rolí	37,50	85,82	43,70%	4,01	ANO
Emoční omezení rolí	45,24	82,93	54,50%	2,93	ANO
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	55,36	88,01	62,90%	4,52	ANO
Bolest	57,14	81,49	70,12%	4,18	ANO
Mentální zdraví	62,29	73,77	84,43%	1,90	ANO
Energie/Vitalita	49,29	61,13	80,62%	1,91	ANO
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	44,29	73,52	60,24%	7,02	ANO

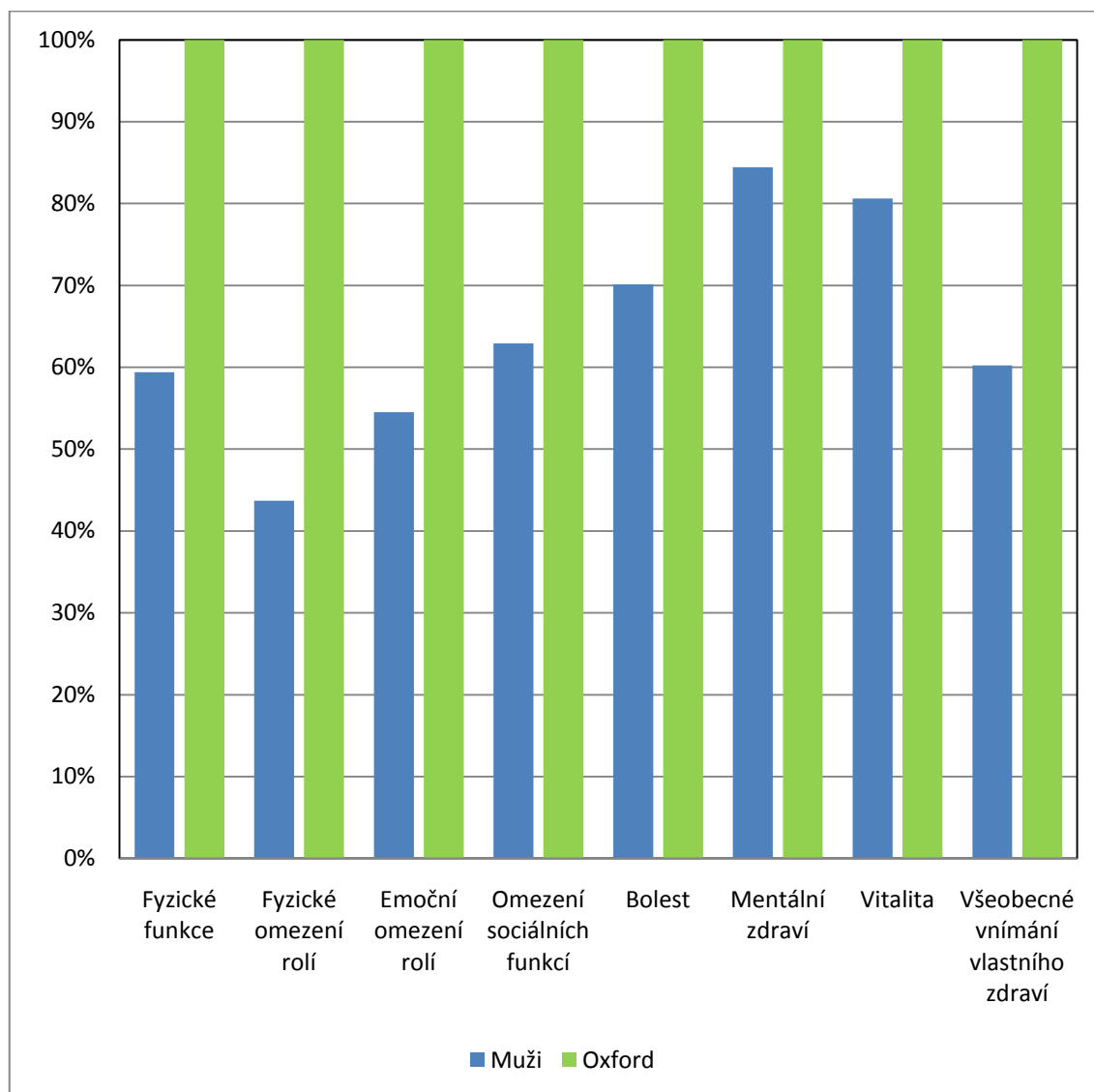
% - vyjadřuje rozdíl porovnávaných skupin v procentech

u - kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti (u = 1,70)

Pozn.: Pokud je hodnota u větší než 1,70, platí, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

V tabulce č. 5 najdeme průměrné skóre dosažené v dotazníku SF 36 klienty mužského pohlaví. Dále tabulka ukazuje dosažení 5% hodnoty významnosti v jednotlivých sledovaných doménách proti populačnímu normálu

Graf č. 5 - Kvalita života u mužů



Graf č. 5 porovnává kvalitu života klientů mužského pohlaví vyjádřenou průměrně dosaženým skóre dotazníku SF 36 v procentech standardní populace.

Tabulka č. 6 - Výsledky hodnocení dotazníku SF-36 u žen

Doména	Skóre ženy	Skóre Oxford	%	u	Statistická významnost
Fyzické funkce	36,67	88,40	41,48%	8,96	ANO
Fyzické omezení rolí	27,78	85,82	32,37%	6,79	ANO
Emoční omezení rolí	37,04	82,93	44,66%	6,23	ANO
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	60,42	88,01	68,65%	3,74	ANO
Bolest	53,09	81,49	65,14%	4,67	ANO
Mentální zdraví	55,56	73,77	75,31%	3,74	ANO
Energie/Vitalita	37,50	61,13	61,34%	5,21	ANO
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	41,94	73,52	57,05%	10,60	ANO

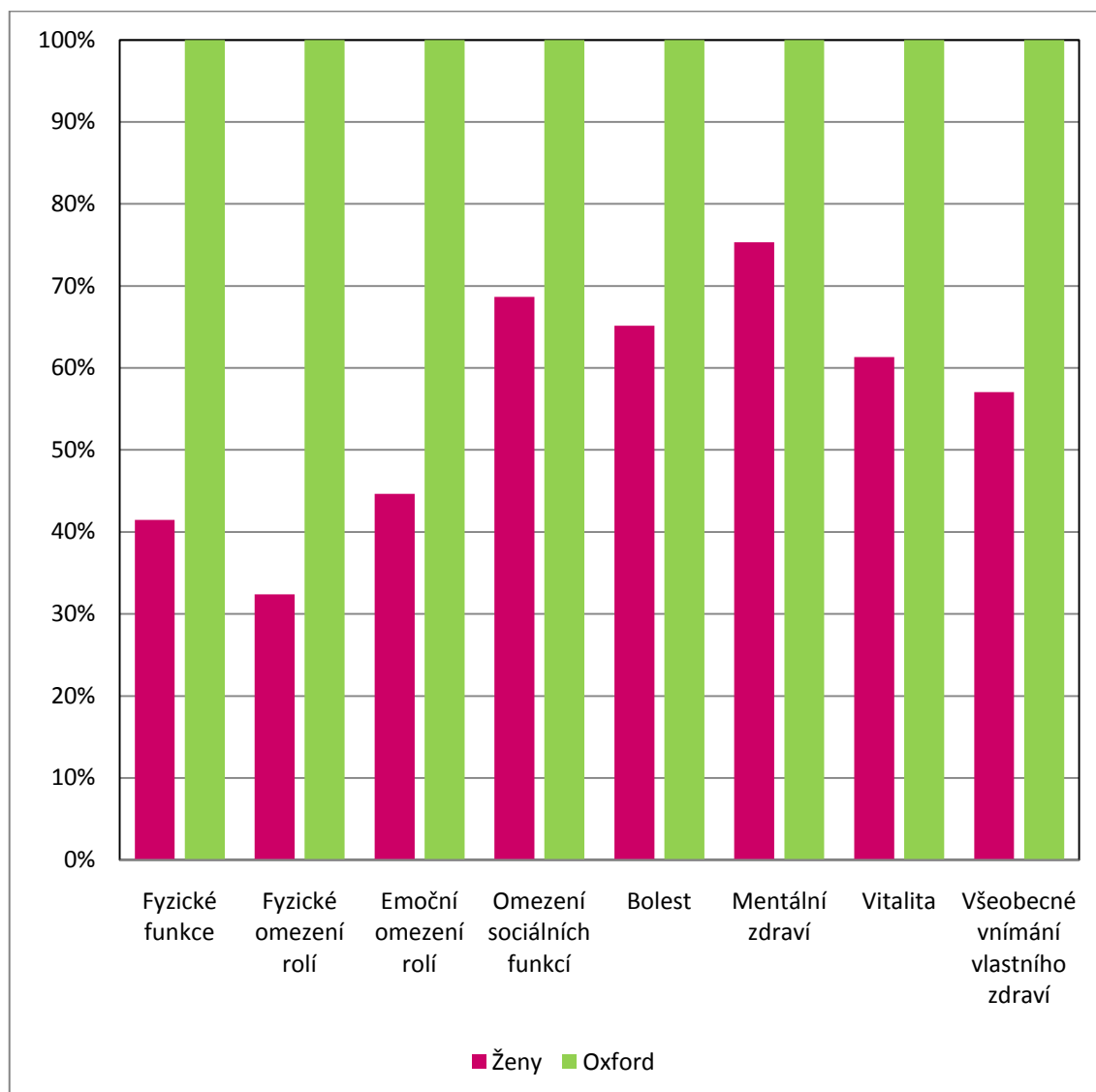
% - vyjadřuje rozdíl porovnávaných skupin v procentech

u - kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti (u = 1,70)

Pozn.: Pokud je hodnota u větší než 1,70, platí, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

V tabulce č. 6 najdeme průměrné skóre dosažené v dotazníku SF-36 klientkami ženského pohlaví. Dále tabulka ukazuje dosažení 5% hodnoty významnosti v jednotlivých sledovaných doménách proti populačnímu normálu

Graf č. 6 - Kvalita života u žen



Graf č. 6 porovnává kvalitu života klientek ženského pohlaví vyjádřenou průměrně dosaženým skóre dotazníku SF-36 v procentech standardní populace.

Tabulka č. 7 - Výsledky hodnocení dotazníku SF-36 u celého sledovaného souboru seniorů

Doména	Skóre seniori	Skóre Oxford	%	u	Statistická významnost
Fyzické funkce	43,59	88,40	49,31%	8,98	ANO
Fyzické omezení rolí	32,03	85,82	37,32%	7,48	ANO
Emoční omezení rolí	40,63	82,93	48,99%	6,02	ANO
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	58,20	88,01	66,13%	5,70	ANO
Bolest	54,86	81,49	67,32%	6,21	ANO
Mentální zdraví	58,50	73,77	79,30%	3,96	ANO
Energie/Vitalita	42,66	61,13	69,79%	4,77	ANO
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	42,97	73,52	58,45%	12,27	ANO

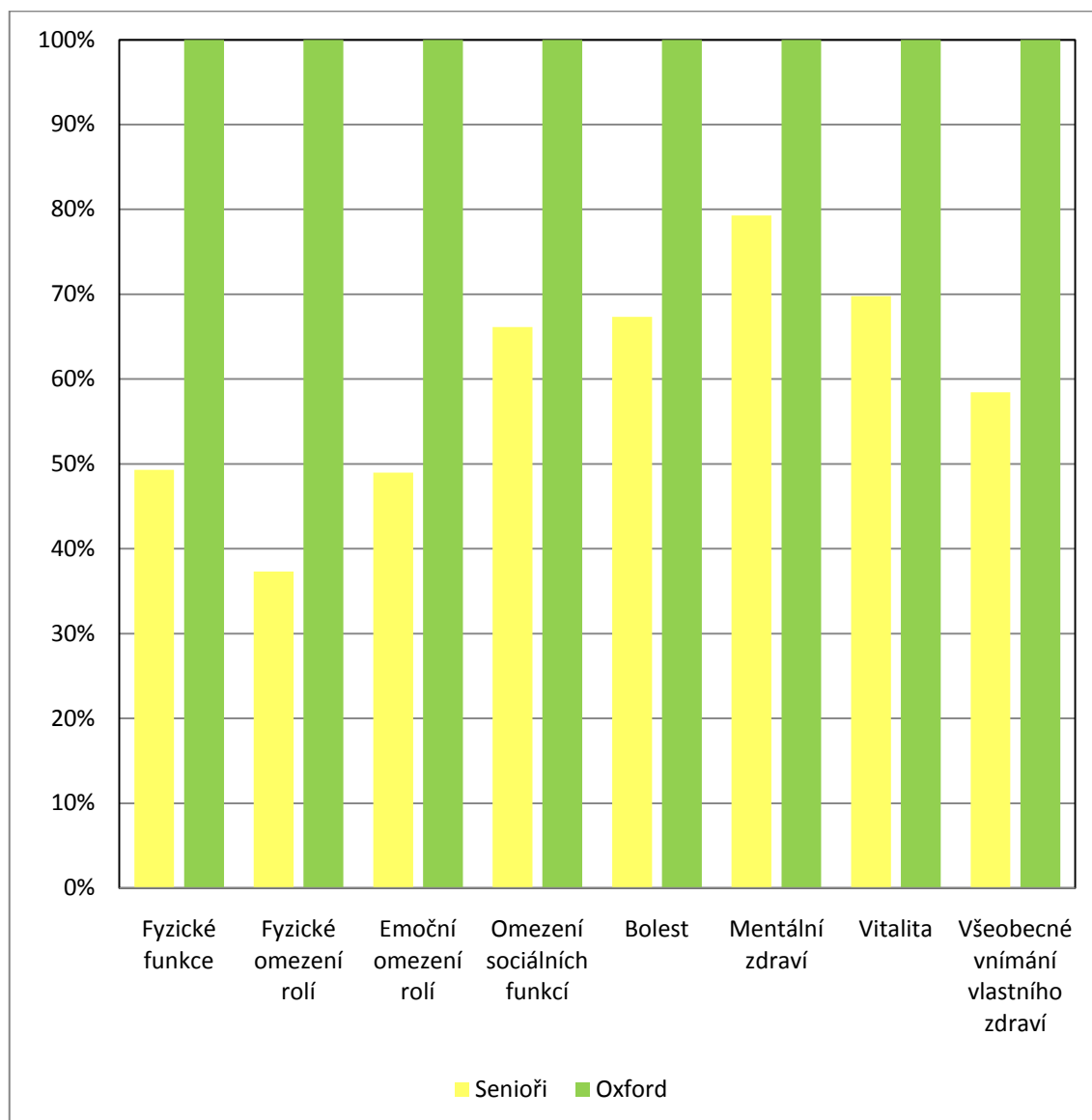
% - vyjadřuje rozdíl porovnávaných skupin v procentech

u - kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti (u = 1,67)

Pozn.: Pokud je hodnota u větší než 1,67, platí, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

V tabulce č. 7 najdeme průměrné skóre dosažené v dotazníku SF-36 všemi klienty, kteří vyplnili dotazníky. Dále tabulka ukazuje dosažení 5% hodnoty významnosti v jednotlivých sledovaných doménách proti populačnímu normálu.

Graf č. 7 - Kvalita života celého souboru seniorů



Graf č. 7 porovnává kvalitu života sledovaných seniorů vyjádřenou průměrně dosaženým skóre dotazníku SF 36 v procentech standardní populace.

4.2 Porovnání kvality života podle stupně kontaktu s rodinnými příslušníky.

Tabulka č. 8 - Porovnání výsledků skupiny ID1 ke skupině ID2

Doména	Skóre ID1	Skóre ID2	%	u	Statistická významnost
Fyzické funkce	45,00	48,18	107,07%	0,21	NE
Fyzické omezení rolí	60,00	31,82	53,03%	1,13	NE
Emoční omezení rolí	46,67	39,39	84,42%	0,31	NE
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	57,50	60,23	104,74%	0,16	NE
Bolest	57,78	56,57	97,90%	0,08	NE
Mentální zdraví	55,20	59,64	108,04%	0,33	NE
Energie/Vitalita	46,00	44,09	95,85%	0,15	NE
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	42,00	40,45	96,32%	0,18	NE

% - vyjadřuje rozdíl porovnávaných skupin v procentech

u - kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti (u = 1,83)

Pozn.: Pokud je hodnota u větší než 1,83, platí, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

V tabulce č. 8 najdeme průměrné skóre v dosažené v dotazníku SF-36 probandy ze skupiny ID1 v porovnání s výsledky probandů ze skupiny ID2. V tabulce je vyjádřena hodnota u, která v tomto případě ukazuje statistickou významnost rozdílů výsledků porovnávaných skupin.

Tabulka č. 9 – Porovnání výsledků skupiny ID1 ke skupině ID3

Doména	Skóre ID1	Skóre ID3	%	u	Statistická významnost
Fyzické funkce	45,00	40,36	86,68%	0,33	NE
Fyzické omezení rolí	60,00	19,64	32,74%	1,74	NE
Emoční omezení rolí	46,67	38,10	81,63%	0,38	NE
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	57,50	54,46	94,72%	0,17	NE
Bolest	57,78	50,79	87,91%	0,49	NE
Mentální zdraví	55,20	56,29	101,97%	0,08	NE
Energie/Vitalita	46,00	36,79	79,97%	0,77	NE
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	42,00	42,50	101,19%	0,06	NE

% - vyjadřuje rozdíl porovnávaných skupin v procentech

u - kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti (u = 1,83)

Pozn.: Pokud je hodnota u větší než 1,83, platí, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

V tabulce č. 9 najdeme průměrné skóre dosažené v dotazníku SF-36 probandy ze skupiny ID1 v porovnání s výsledky probandů ze skupiny ID3. V tabulce je vyjádřena hodnota u, která v tomto případě ukazuje statistickou významnost rozdílů výsledků porovnávaných skupin.

Tabulka č. 10 – Porovnání výsledků skupiny ID1 ke skupině ID4

Doména	Skóre ID1	Skóre ID4	%	u	Statistická významnost
Fyzické funkce	45,00	37,50	83,33%	0,44	NE
Fyzické omezení rolí	60,00	50,00	83,33%	0,24	NE
Emoční omezení rolí	46,67	50,00	107,14%	0,08	NE
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	57,50	75,00	130,43%	1,15	NE
Bolest	57,78	66,67	115,38%	0,7	NE
Mentální zdraví	55,20	76,00	137,68%	1,61	NE
Energie/Vitalita	46,00	67,50	146,74%	1,95	ANO
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	42,00	62,50	148,81%	2,22	ANO

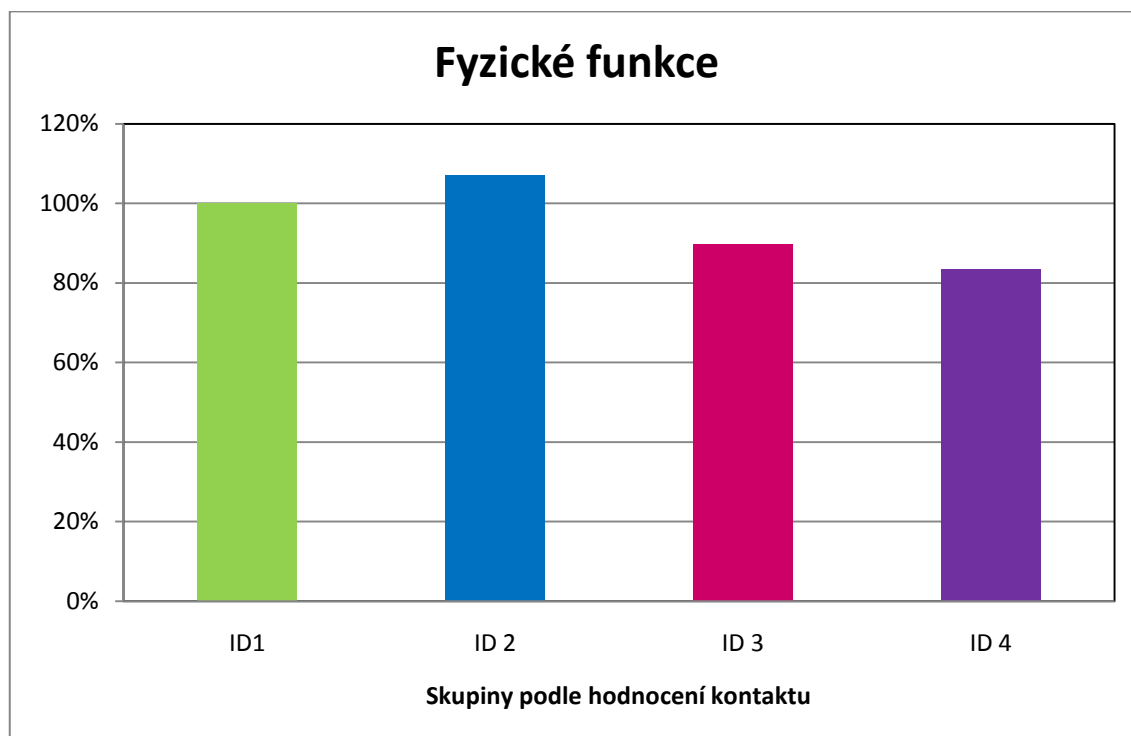
% - vyjadřuje rozdíl porovnávaných skupin v procentech

u - kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti (u = 1,83)

Pozn.: Pokud je hodnota u větší než 1,83, platí, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

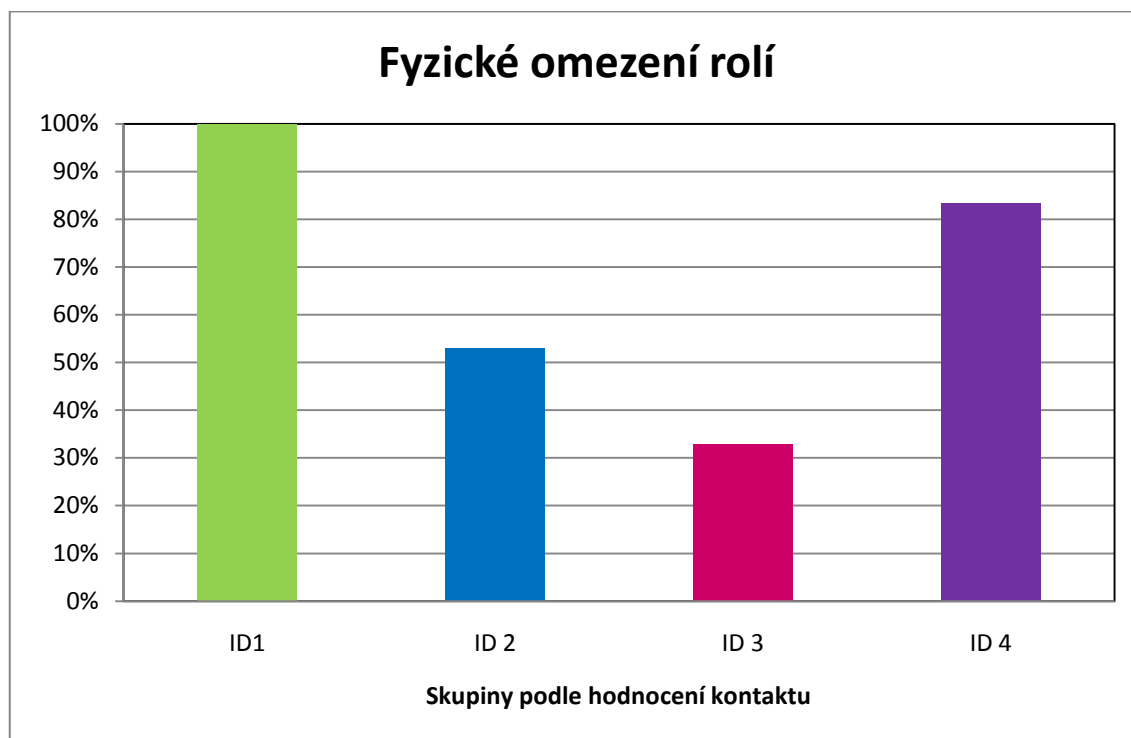
V tabulce č. 10 najdeme průměrné skóre dosažené v dotazníku SF-36 probandy ze skupiny ID1 v porovnání s výsledky probandů ze skupiny ID4. V tabulce je vyjádřena hodnota u, která v tomto případě ukazuje statistickou významnost rozdílů výsledků porovnávaných skupin.

Graf č. 9 - Porovnání jednotlivých skupin respondentů v doméně Fyzické funkce



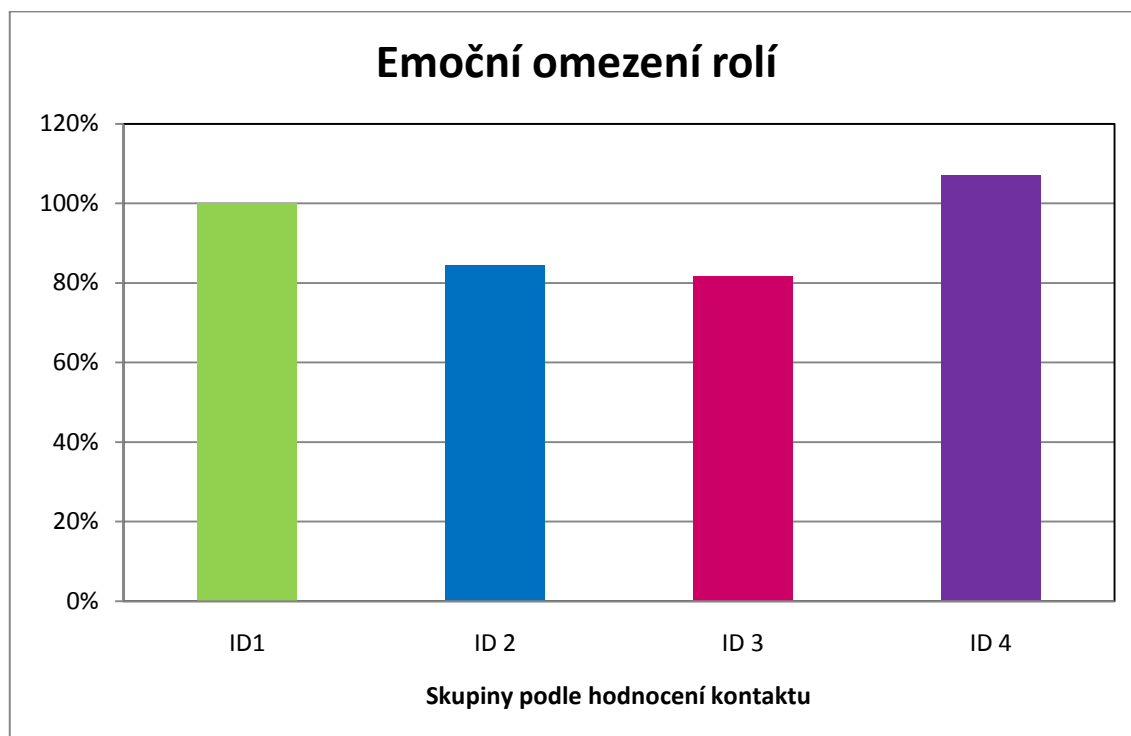
V grafu č. 9 vidíme porovnání jednotlivých skupin respondentů rozdělených stupněm kontaktu s rodinou podle skóre dosaženého v dotazníku SF-36 v doméně Fyzické funkce vztaženého ke skupině ID1 (100%).

Graf č. 10 - Porovnání jednotlivých skupin respondentů v doméně Fyzické omezení rolí



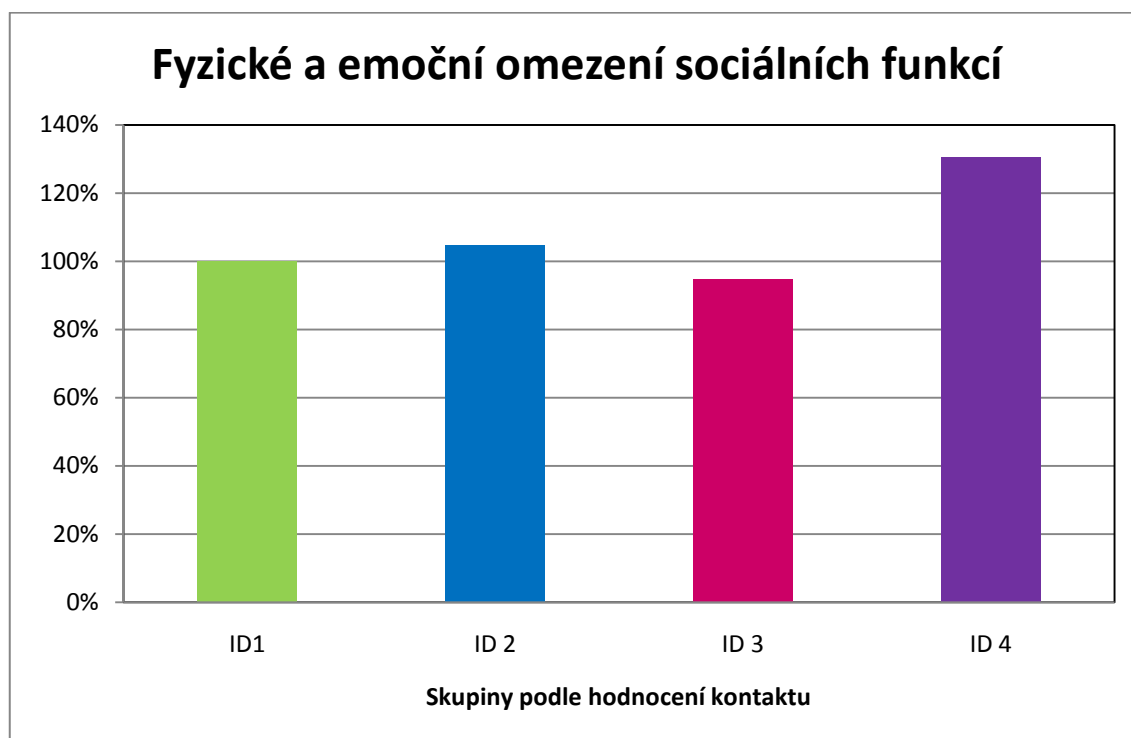
V grafu č. 10 vidíme porovnání jednotlivých skupin respondentů rozdělených stupněm kontaktu s rodinou podle skóre dosaženého v dotazníku SF-36 v doméně kvality života Fyzické omezení rolí vztaženého ke skupině ID1 (100%).

Graf č. 11 - Porovnání jednotlivých skupin respondentů v doméně Emoční omezení rolí



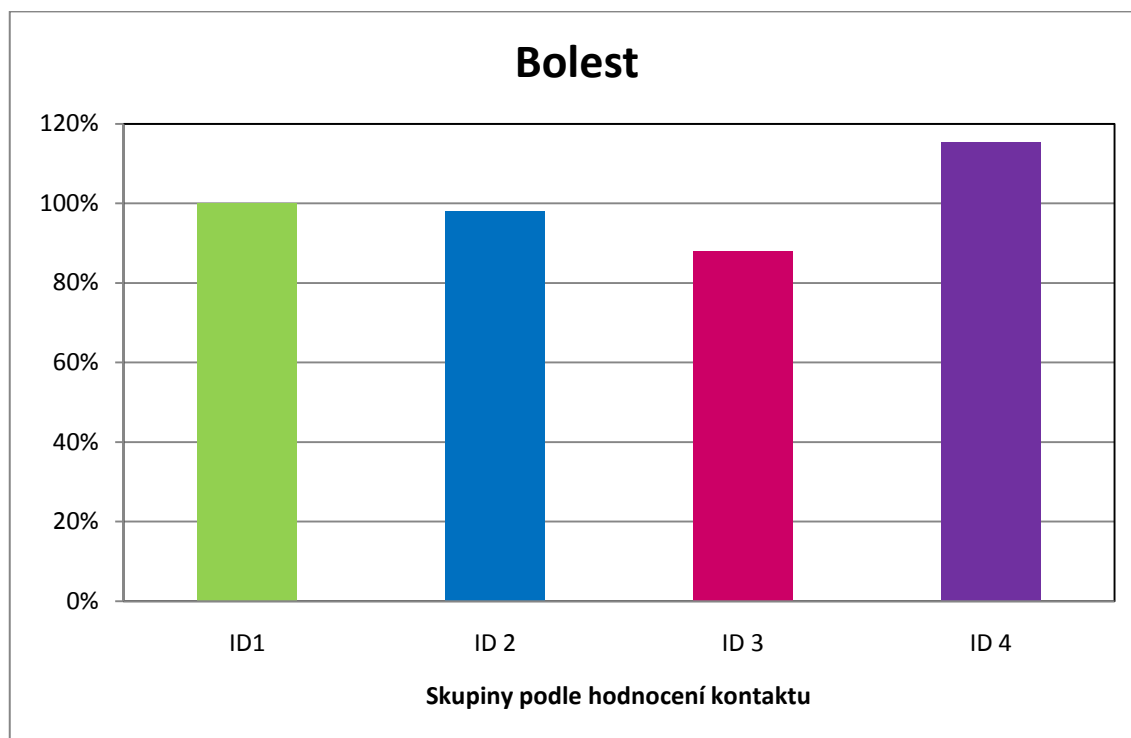
V grafu č. 11 vidíme porovnání jednotlivých skupin respondentů rozdělených stupněm kontaktu s rodinou podle skóre dosaženého v dotazníku SF-36 v doméně kvality života Emoční omezení rolí vztaženého ke skupině ID1 (100%).

Graf č. 12 - Porovnání jednotlivých skupin respondentů v doméně Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí



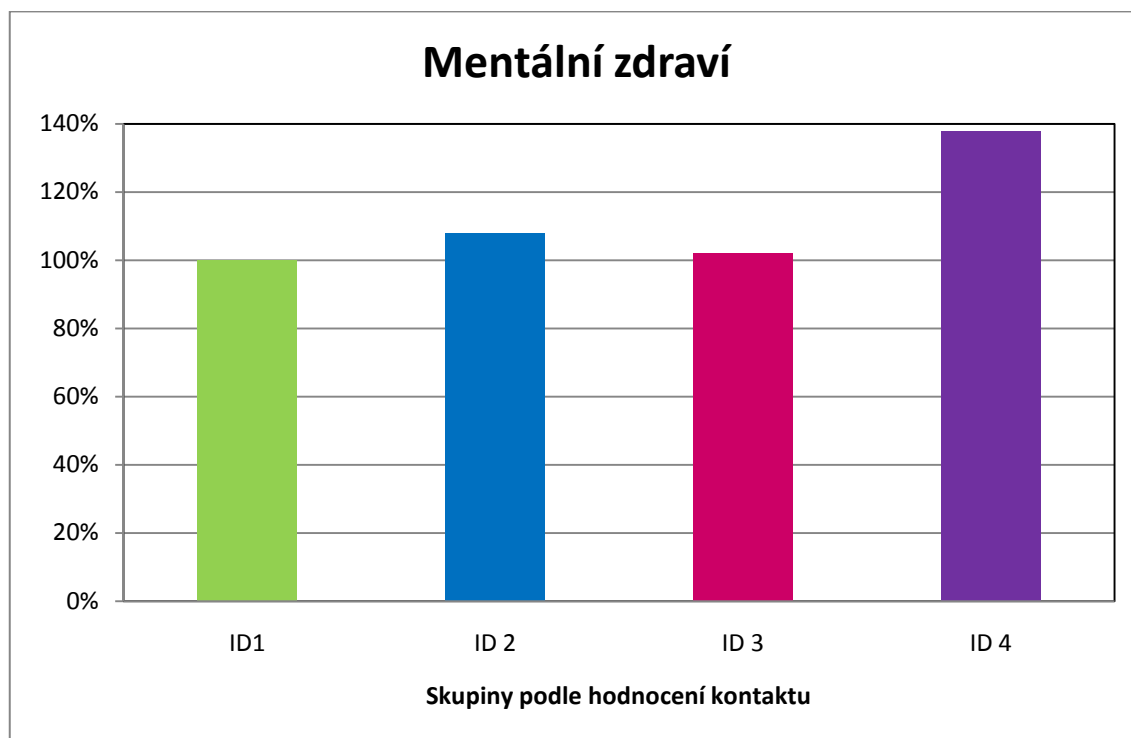
V grafu č. 12 vidíme porovnání jednotlivých skupin respondentů rozdělených stupněm kontaktu s rodinou podle skóre dosaženého v dotazníku SF-36 v doméně kvality života Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí vztaženého ke skupině ID1 (100%).

Graf č. 13 - Porovnání jednotlivých skupin respondentů v doméně Bolest



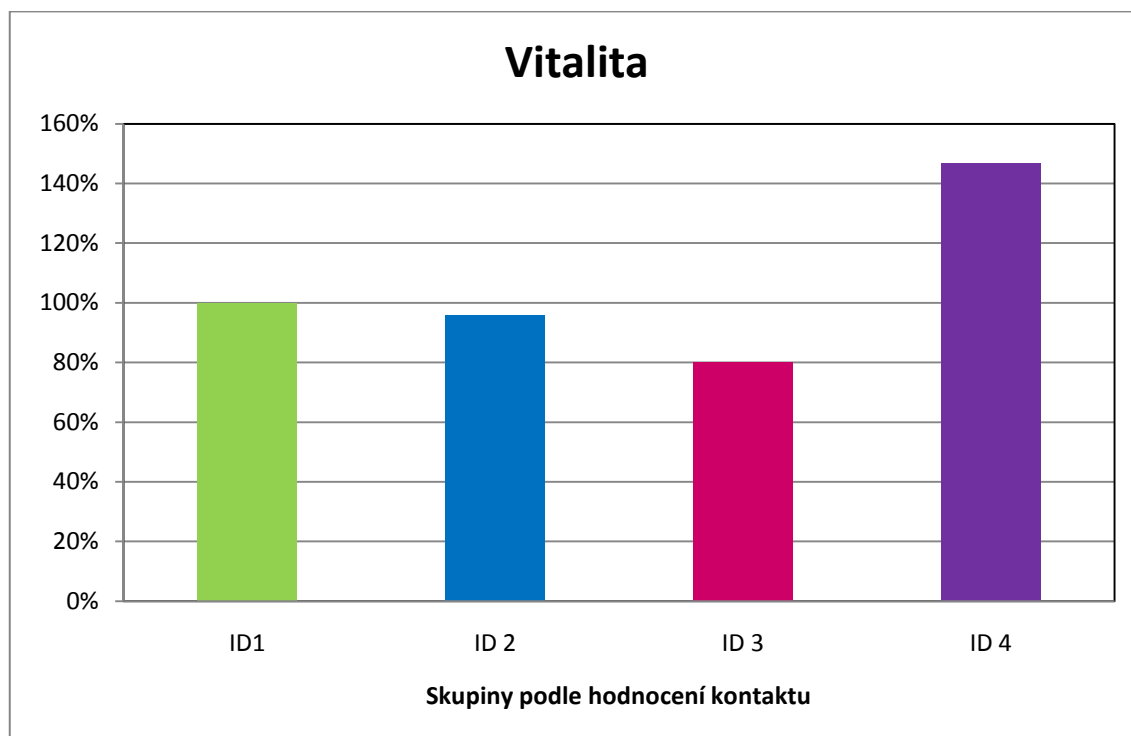
V grafu č. 13 vidíme porovnání jednotlivých skupin respondentů rozdělených stupněm kontaktu s rodinou podle skóre dosaženého v dotazníku SF-36 v doméně kvality života Bolest vztaženého ke skupině ID1 (100%).

Graf č. 14 - Porovnání jednotlivých skupin respondentů v doméně Mentální zdraví



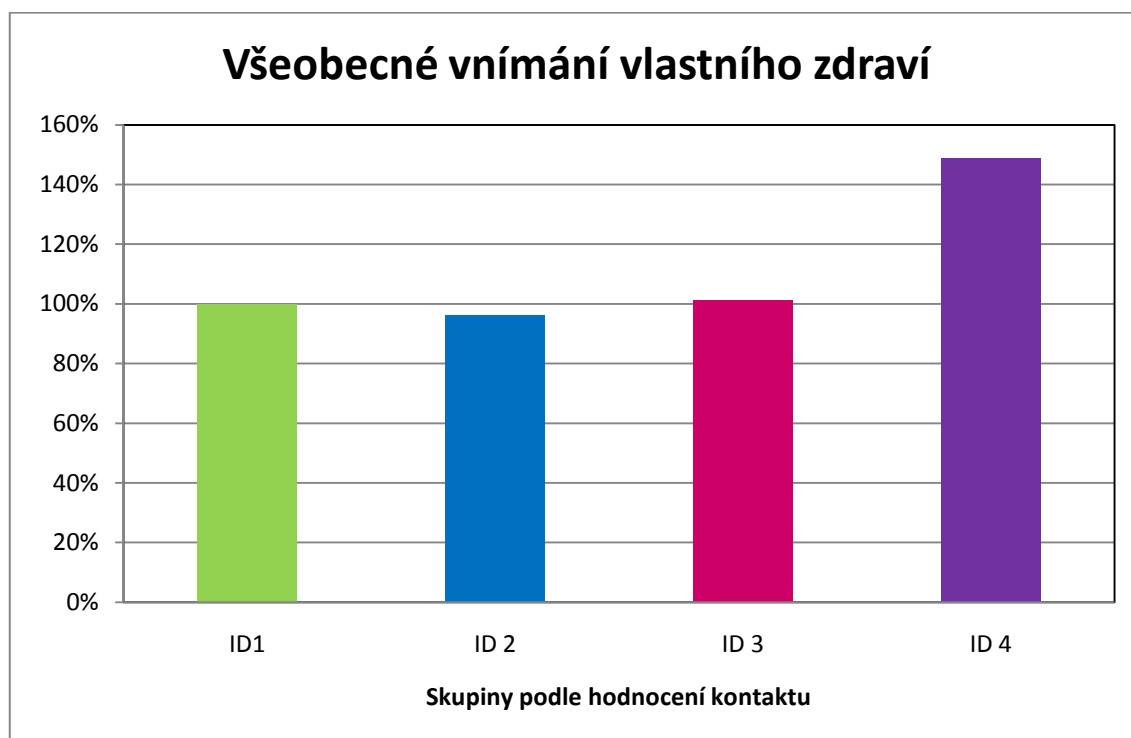
V grafu č. 14 vidíme porovnání jednotlivých skupin respondentů rozdělených stupněm kontaktu s rodinou podle skóre dosaženého v dotazníku SF-36 v doméně kvality života Mentální zdraví vztaženého ke skupině ID1 (100%).

Graf č. 15 - Porovnání jednotlivých skupin respondentů v doméně Vitalita



V grafu č. 15 vidíme porovnání jednotlivých skupin respondentů rozdělených stupněm kontaktu s rodinou podle skóre dosaženého v dotazníku SF-36 v doméně kvality života vztáženého ke skupině ID1 (100%).

Graf č. 16 - Porovnání jednotlivých skupin respondentů v doméně Všeobecné vnímání vlastního zdraví



V grafu č. 16 vidíme porovnání jednotlivých skupin respondentů rozdělených stupněm kontaktu s rodinou podle skóre dosaženého v dotazníku SF-36 v doméně kvality života Všeobecné vnímání vlastního zdraví vztaženého ke skupině ID1 (100%).

4.3 Porovnání výsledků mezi muži a ženami

Tabulka č. 11 - Porovnání výsledků mužů a žen

Doména	Skóre Muži	Skóre Ženy	%	u	Statistická významnost
Fyzické funkce	52,50	36,67	69,84%	1,60	NE
Fyzické omezení rolí	37,50	27,78	74,07%	0,66	NE
Emoční omezení rolí	45,24	37,04	81,87%	0,55	NE
Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí	55,36	60,42	109,14%	0,49	NE
Bolest	57,14	53,09	92,90%	0,48	NE
Mentální zdraví	62,29	55,56	89,19%	0,87	NE
Energie/Vitalita	49,29	37,50	76,09%	1,53	NE
Všeobecné vnímání vlastního zdraví	44,29	41,94	94,71%	0,46	NE

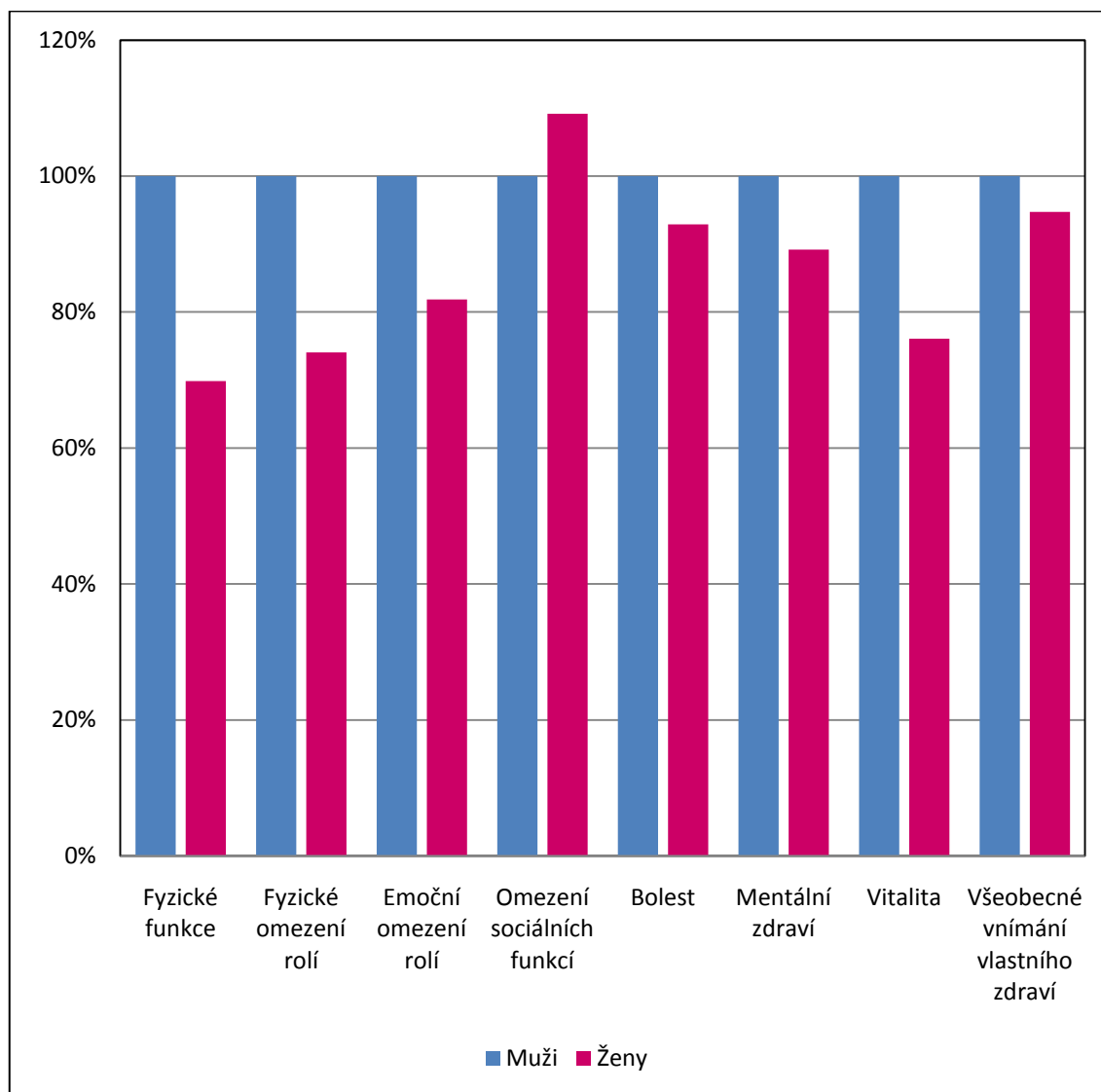
% - vyjadřuje rozdíl porovnávaných skupin v procentech

u - kritická hodnota pro 5% hladinu významnosti (u = 1,70)

Pozn.: Pokud je hodnota u větší než 1,70, platí, že rozdíl mezi porovnávanými skupinami je statisticky významný.

V tabulce č. 11 najdeme průměrné skóre v dosažené v dotazníku SF-36 muži v porovnání s výsledky žen. V tabulce je vyjádřena hodnota u, která v tomto případě ukazuje statistickou významnost rozdílů výsledků porovnávaných skupin.

Graf č. 17 – Porovnání kvality života podle pohlaví



Graf č. 17 porovnává rozdíly ve vnímání kvality života u sledovaných seniorů v jednotlivých doménách podle pohlaví. Výsledky od respondentů mužského pohlaví jsou brány jako 100%.

5. DISKUZE

V této práci jsem se pokusila zhodnotit kvalitu života ovlivněnou zdravím u klientů ze dvou domovů pro seniory. Snažila jsem se potvrdit hypotézu, že senioři ubytovaní v těchto zařízeních budou hodnotit kvalitu svého života hůře ve srovnání se standardní populací, a že kvalita jejich života bude ovlivněna tím, jak často jsou navštěvováni nebo jinak kontaktováni příbuznými a blízkými osobami.

Pro hodnocení kvality života ovlivněné zdravím jsem využila standardizovaný dotazník SF-36, což je generický dotazník, který umožňuje hodnocení zdravotnických a sociálních intervencí. S jeho pomocí je možné porovnávat výsledky bez ohledu na věk a pohlaví dotazovaných osob. Výsledky získané tímto dotazníkem je možné také srovnávat s výsledky pro standardní evropskou populaci.

Dotazník SF-36 obsahuje celkem 11 otázek, které se dále skládají z jednotlivých podotázek umožňujících vybrat vhodné odpovědi z nabízené škály. Dotazník má celkem 5 stran a k nim byla ještě přidána 1 strana dotazníku Kontakt. Rozsah dotazníků se ukázal jako problém při získání spolupráce s jednotlivými pobytovými zařízeními pro seniory a v několika případech jsem byla odmítnuta. V pražských zařízeních byl jako další důvod zamítnutí spolupráce uváděna přesycenost různými dotazníky a výzkumy. V dalším domově důchodců se personálu zdály otázky na frekvenci kontaktu s příbuznými velmi citlivé. I ve dvou zařízeních, kde mi umožnili dotazníky vyplnit, byli personálem vybráni klienti, kteří byli vzhledem ke svému vysokému věku a zdravotnímu stavu schopni dotazníky vyplnit.

5.1 Srovnání výsledků sledovaného souboru s populačním normálem

Předpokládala jsem, že kvalita života podmíněná zdravím bude u klientů domovů pro seniory snižena proti evropským normálům z důvodu vysokého věku klientů, s tím souvisejícím zhoršeným zdravotním stavem, ale také z důvodu charakteru jejich bydlení a života v těchto pobytových zařízeních. Tato hypotéza se mi potvrdila. Kvalita života u zkoumaného souboru seniorů se ukázala statisticky významně nižší v porovnání s populačními standardy ve všech sledovaných doménách kvality života.

Vliv na sníženou kvalitu života může mít i horší adaptace staršího člověka na pobyt v instituci. Život zde na ně klade vysoké nároky. Ztrácejí soukromí a pocit svobody. Umístění v zařízení pro seniory znamená velkou změnu způsobu života. Je spojeno se ztrátou zázemí, známého prostředí, autonomie a soběstačnosti. Přestěhování může být chápáno jako blížící se konec života. (viz. Vansač, 2011, 105)

Pokud jsem ale hodnotila kvalitu života respondentů podle frekvence kontaktu s příbuznými a blízkými osobami, a data jsem srovnala s evropskými normály, výsledky tak jednoznačně nevyšly. Ve skupině ID1, kam byli zařazení klienti s nejnižším stupněm kontaktu, vyšla kvalita života také nižší než ve standardní populaci, ale výsledky byly statisticky významné pouze v doménách fyzické funkce, fyzické a emoční omezení sociálních rolí, bolest a všeobecné vnímání vlastního zdraví. Ve skupině ID4, kam byli naopak zařazení klienti s největší frekvencí kontaktu s blízkými, vyšla kvalita života v porovnání s evropskými normály v doménách mentální zdraví a energie/vitalita vyšší. V doméně energie/vitalita byl rozdíl statisticky významný. V ostatních doménách byla vykázána kvalita života nižší. Statisticky významný rozdíl byl ale pouze v doménách fyzické funkce, fyzické a sociální omezení sociálních funkcí, a bolest.

Rozdílné výsledky ve skupinách ID1 a ID4, a hlavně to, že rozdíly proti standardu nebyly statisticky významné, byly pravděpodobně způsobeny nízkým počtem respondentů v těchto skupinách. Ve skupině ID1 bylo 5 osob, ve skupině ID4 pouze osoby 2. Zajímavý je výsledek v doméně vitalita/energie u skupiny ID4 110,42 % proti evropskému standardu, který by ukazoval na pozitivní působení častého kontaktu s rodinou. Pravděpodobnou příčinou tohoto výsledku ale bude zase malý počet respondentů ve skupině ID4.

Kvalitou života seniorů žijících v domovech důchodců se zabývala i studie, která proběhla v roce 2003 srovnávající sociální aspekty života seniorů žijících v různém prostředí. Jak uvádí Mohylová, z výsledků průzkumu vyplynulo, že senioři žijící ve vlastní domácnosti jsou obecně spokojenější se svým životem než senioři žijící v domově důchodců a domě s pečovatelskou službou, i když rozdíly nejsou příliš výrazné. (viz. Mohylová, 2003)

5.2 Porovnání kvality života podle stupně kontaktu s rodinnými příslušníky.

Abych mohla porovnávat kvalitu života ovlivněnou zdravím u klientů rezidenčních zařízení podle toho, jak často jsou v kontaktu se svými příbuznými nebo blízkými osobami, rozdělila jsem je do čtyř skupin podle skóre dosaženého v dotazníku Kontakt. Ve skupině ID1 byli respondenti s nejnižším dosaženým skóre a tedy s nejmenším kontaktem s rodinou a blízkými. Naopak do skupiny ID4 byli zařazeni respondenti, kteří dosáhli nejvyššího počtu bodů v dotazníku Kontakt. Aby byly výsledky statisticky zhodnotitelné, porovnávala jsem výsledky skupiny ID1 postupně k ostatním skupinám. Výsledky skupiny ID1 byly brány jako 100 %.

Ve většině domén se nepotvrdila souvislost kvality života s udávaným stupněm kontaktu s rodinou a blízkými osobami. Jediné statisticky významné rozdíly vyšly v porovnání skupin ID1 a ID4 v doménách energie/vitalita a všeobecné vnímání zdraví. Ve skupině ID4, u klientů s nejvyšším stupněm kontaktu, se ukázal pozitivní vliv častějšího kontaktu s rodinou a blízkými na vnímání kvality života v těchto doménách. Respondenti ze skupiny ID4 vykázali v těchto dvou psychosociálních doménách vyšší skóre a to i přesto, že v doménách fyzické funkce a fyzické omezení rolí vykázala skupina ID4 horší výsledky proti skupině ID1. V doméně fyzické funkce měla skupina ID4 dokonce nejhorší skóre ze všech čtyř skupin.

Rozložení respondentů do jednotlivých skupin podle stupně kontaktu bylo nerovnoměrné. Nejméně osob bylo zařazeno do skupiny s nevyšším počtem dosažených bodů v dotazníku Kontakt. Tito 2 klienti vykázali denní kontakt s rodinnými příslušníky, proti tomu 3 z 5 klientů ve skupině ID 1 vykázalo kontakt nulový. Vansač uvádí, že důležitým indikátorem kvality života jsou vztahy mezi seniory a jejich dětmi, vnoučaty a příbuznými, známými, ošetřovateli a sociálními pracovníky. Klienti v zařízení pro seniory často hledají vztahy, které předtím z různých důvodů neměli. (viz. Vansač, 2011, 98)

Studie hodnotící mimo jiné vztahy seniorů žijících v domovech důchodců s příbuznými proběhala na Slovensku u 150 seniorů ze dvou zařízení. V 71 % udávali respondenti šetření jako důvod umístění v zařízení, že se o ně neměl kdo postarat, ale vztahy ze svými příbuznými považovali za dobré v 70 % a za špatné ve 30 %.

(viz. Radková, a kol., 2003) Podobné výsledky vyšly i Vansačovi v roce 2011 při výzkumu kvality života seniorů v zařízeních. 60 % seniorů uvedlo, že má dobré vztahy s příbuznými, kteří je pravidelně navštěvují a 26 % by přivítalo návštěvy častější. (srov. Vansač, 2011, 110)

V roce 2008 proběhl v 5 jihočeských domovech pro seniory dotazníkový výzkum, jehož cílem bylo zjistit, jak se rodinní příslušníci klientů zapojují do péče o seniory a jestli spolupracují s personálem zařízení. Z výsledků vyplynulo, že asi 2/3 rodinných příslušníků se informuje na pobyt seniora u personálu a asi stejné množství se aktivně zapojuje do péče o seniora. (viz. Sladká, Machová, 2008)

V Moravskoslezském kraji proběhl v roce 2007 výzkum hodnotící spokojenost seniorů s institucionální péčí. Jednou z hypotéz bylo, že počet návštěv klientů v domovech pro seniory ovlivňuje spokojenost s poskytovanými službami. Byl prokázán statisticky významný rozdíl v hodnocení spokojenosti s ošetrovatelskou péčí, s bydlením a s hodnocením vztahů s ostatními klienty. Klienti s vyšším počtem návštěv byli v těchto oblastech spokojenější. Nebyl prokázán významný rozdíl ve spokojenosti se stravováním, aktivitami, hodnocením celkové životní situace a celkovou spokojeností s domovem pro seniory. (srov. Bužgová, 2008)

5.3 Porovnání výsledků mezi muži a ženami

Pokud jsem porovnávala odděleně skupinu mužů a žen se standardem, kvalita života vyšla v obou případech statisticky významně nižší ve sledovaných souborech. Při srovnání výsledku mužů proti ženám mezi oběma skupinami nevyšel statisticky významný rozdíl, i když ženy hodnotily ve většině domén, mimo domény fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, svůj život hůře než muži.

V letech 2001 až 2004 se Psychiatrické centrum Praha podílelo na mezinárodním projektu „Měření kvality života seniorů a její vztah k zdravému stárnutí. WHOQOL-OLD“. Jedním ze zajímavých poznatků bylo rozdílné hodnocení spokojenosti ze životem u mužů a u žen. Ženy v některých oblastech, jako např. oblasti osobních vztahů, podpory ze strany rodiny, finanční situace, sociálních služeb, zdravotního stavu i celkové spokojenosti ze životem, byly méně spokojené než muži.

Častěji je trápila osamělost, nedostatek peněz a obavy z budoucnosti. Možné vysvětlení je ve větším počtu žen žijících bez partnera, menší pomoci od širší rodiny, finančních potížích způsobených platovým znevýhodněním. Ženy mohou mít také vyšší očekávání, nebo přikládají různým aspektům svého života větší důležitost. I v dalším pokračování projektu byli muži spokojenější v oblasti sociálního zapojení, zdraví, prožívání a prostředí. (srov. Dragomerická, Šelepová, 2004, 93)

Menší rozdíly v hodnocení kvality života mezi muži a ženami byly zjištěny i v rámci studie, která se dělala na Slovensku klientů domovů důchodců a penzionů pro důchodce. Muži zde uvedli výraznější postižení týkající se fungování v rodině a ve vedení domácnosti než ženy. V ostatních zkoumaných aspektech kvality života nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v závislosti na pohlaví. (viz. Farský, Žiaková, Onderka, 2005)

V roce 2002 ve Výběrovém šetření o zdravotním stavu české populace Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR hodnotilo své zdraví jako velmi dobré nebo dobré 66 % mužů a 58 % žen, naopak velmi špatně nebo špatně se cítilo 7,5 % mužů a 11,0 % žen. Ženy hodnotily svůj zdravotní stav hůře než muži a rozdíl mezi pohlavími zůstal zřetelný i po odstranění vlivu rozdílné věkové struktury obou populačních skupin. (srov. Kasalová Daňková, Žejglicová, 2004, 79)

Šolcová a Kebza popisují, že ženy posuzují pozitivněji než muži své vztahy s druhými a svůj osobní rozvoj. S narůstajícím věkem přibývá u obou pohlaví pozitivního hodnocení zvládnutí prostředí, zatímco hodnocení smyslu života a osobního rozvoje s věkem poněkud klesá. Klesá i životní spokojenost. (srov. Šolcová, Kebza, 2004, 30)

6. ZÁVĚR

Cílem mé diplomové práce bylo zhodnocení kvality života podmíněné zdravím (HRQoL) u klientů dvou ústavních zařízení pro seniory. Jednalo se Domov pro seniory Máj v Českých Budějovicích a Domov pro seniory Malešice v Praze 10. Dále jsem chtěla zjistit, jak často jsou klienti těchto zařízení navštěvováni nebo jinak kontaktováni svými příbuznými a dalšími blízkými osobami.

Pro zjištění kvality života jsem použila generický dotazník SF-36, který hodnotí kvalitu života v 8 doménách. Jsou to: fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, bolest, mentální zdraví, vitalita/energie a všeobecné vnímání vlastního zdraví.

Pomocí dotazníku Kontakt jsem zjišťovala jakým způsobem a jak často jsou senioři kontaktováni svými příbuznými nebo blízkými osobami. Vyšší skóre dosažené v tomto dotazníku znamenalo větší frekvenci kontaktu s blízkými.

V této práci jsem si stanovila tři hypotézy. 1. Kvalita života podmíněná zdravím (HRQoL) bude u seniorů z domovů důchodců/domovů pro seniory nižší proti evropským normálům. 2. Senioři s větším kontaktem s rodinou a blízkými osobami mají vyšší kvalitu života než osoby s menším kontaktem. 3. Kvalita života u seniorů z domovů důchodců/domovů pro seniory je odlišná v závislosti na pohlaví.

První hypotézu jsem potvrdila. Výsledky získané od sledovaného souboru seniorů jsem porovnávala se standardem pro evropskou populaci. Ve všech 8 doménách hodnotili respondenti svoji kvalitu života hůře než standardní populace. Poněkud rozdílně vyšlo hodnocení kvality života, pokud jsem se standardem porovnávala výsledky jednotlivých skupin klientů rozdělených podle počtu bodů dosažených v dotazníku Kontakt. Senioři ze skupiny s nejčastějším kontaktem s příbuznými posuzovali kvalitu života v doménách mentální zdraví a vitalita/energie naopak lépe než standardní populace. Tento výsledek byl ale pravděpodobně způsoben malým počtem respondentů v této skupině.

Ve většině domén se nepotvrdila souvislost kvality života s udávaným stupněm kontaktu s rodinou a blízkými osobami. I když je v literatuře popisován vliv vztahu s rodinnými příslušníky na hodnocení spokojenosti se životem, jediné statisticky

významné rozdíly vyšly v porovnání skupin ID1 a ID4 v doménách energie/vitalita a všeobecné vnímání zdraví. Ve skupině ID4, u klientů s nejvyšším stupněm kontaktu, se ukázal pozitivní vliv častějšího kontaktu s rodinou a blízkými na vnímání kvality života v těchto doménách.

Třetí hypotézu se mi ve sledovaném souboru potvrdit nepodařilo. I když ženy hodnotily kvalitu života ve všech doménách mimo domény fyzické a emoční omezení sociálních funkcí o něco hůře než muži, rozdíly nebyly statisticky významné.

Odchod z domova do některého z pobytových zařízení pro seniory znamená pro starého člověka velkou změnu dosavadního způsobu života. Ztrácí svoje zázemí, opouští známé prostředí, může dojít k zřetelnému ztracení vztahů z blízkými lidmi. I samotný pobyt v zařízení, změna režimu, ztráta soukromí a soběstačnosti, a ostatní aspekty života v domově pro seniory mohou mít negativní vliv na kvalitu života seniorů. Právě subjektivní hodnocení klientů těchto zařízení, jak vnímají kvalitu svého života a svůj zdravotní stav, může být přínosné pro ošetřující personál a sociální pracovníky. Tyto informace mohou posloužit ke zkvalitnění péče v ústavních zařízeních s ohledem na požadavky a potřeby jejich klientů.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BUŽGOVÁ, R. Spokojenost seniorů s institucionální péčí v Moravskoslezském kraji. *Kontakt*. 2008, 10, 2, s. 257-263. ISSN 1212-4117.
- 2) *Centers for Disease Control and Prevention* [online]. 2011 [cit. 2011-08-11]. Health-Related Quality of Life (HRQoL). Dostupné z WWW: <<http://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>>.
- 3) Český statistický úřad. Projekce obyvatelstva České republiky. In *Populační prognóza ČR do r. 2050* [online]. Praha : Český statistický úřad, 2004 [cit. 2011-08-11]. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/B0001D6145/\\$File/4025rra.pdf](http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/B0001D6145/$File/4025rra.pdf)>.
- 4) ČORNANIČOVÁ, R. *Autonomie ve stáří : Strategie jejího zachování*. Ostrava : Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. Kvalita života v senu, s. 143-153. ISBN 80-7326-026-3.
- 5) DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠELEPOVÁ, P. Kvalita života u seniorů - mezinárodní výzkum. In Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Kvalita života : Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými Lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 91-101. ISBN 80-86625-20-6.

- 6) *Drogy-info.cz* : *Banka evaluačních nástrojů* [online]. 22.8.2008, 22.8.2008 [cit. 2011-07-03]. Dotazník SF 36. Dostupné z WWW: <http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/dotaznik_sf_36>.
- 7) FARSKÝ, I.; ŽIAKOVÁ, K.; ONDREJKA, I. Inštitucionálna starostlivosť a kvalita života seniorov. *Kontakt*. 2005, 7, 3-4, s. 232-238. ISSN 1212-4117.
- 8) HEJDUK, Z. Kvalita života a sociálně-zdravotní péče. In Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Kvalita života : Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými Lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 105-106. ISBN 80-86625-20-6.
- 9) HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví, s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.
- 10) HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, a kol., K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha : Gerontologické centrum, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- 11) HRONOVÁ, M.; VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory : příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. Etické aspekty ústavní péče o seniory, s. 91-96. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 12) CHMELÍK, V., a kol., I. Klíšťová encefalitida a kvalita života. *Interní medicína pro praxi*. 2004, 6, s. 323-325. ISSN 1212-7299.
- 13) CHLOUBOVÁ, H. Psychosociální potřeby ve stáří. *Rezidenční péče*. 2005, 3, s. 14-15. Dostupný také z WWW: <<http://www.rezidencnipece.cz>>. ISSN 1801-8718.

- 14) IVANOVÁ, K.; ŠPATENKOVÁ, N.; BUŽGOVÁ, R. Rizikovní senioři - sociální fenomén demografického stárnutí populace : Ochrana zájmů křehkých a nekompetentních seniorů. In *Problémy ohrožených skupin : Mezigenerační vztahy v rodině*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. s. 68-78. Dostupné z WWW: <http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/Veda/AUPO/Sociologica-Andragogica_2009.pdf#page=67>. ISBN 978-80-244-2483-5.
- 15) JANEČKOVÁ, H. *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha : Portál, 2005. Sociální práce se starými lidmi, s. 163-194. ISBN 80-7367-002-X.
- 16) JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
- 17) KALOVÁ, H.; PETR, P. Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života u handicapovaných osob, kvalita života u chronických onemocnění. In Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Kvalita života : Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými Lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 102-104. ISBN 80-86625-20-6.
- 18) KALVACH, Z., a kol. Geriatrický pohled na zdraví a nemocnost ve stáří - změna paradigmatu?. *Časopis lékařů českých*. 2006, 145, 12, s. 909-915. ISSN 0008-7335.
- 19) KASALOVÁ DAŇKOVÁ, Š.; ŽEJGLICOVÁ, K. *Zdravotní stav populace : Jak jsme na tom se zdravím*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2004. Zdravotní stav populace ČR podle výběrových šetření, s. 79-86. ISBN 80-7071-247-3.
- 20) KOPECKÁ, P. Koncept kvality života seniorů v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. 2002, 5, 1-2, s. 71-75. ISSN 1213-6050.

- 21) KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života . In Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Kvalita života : Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými Lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.
- 22) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing a.s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179.
- 23) KŘÍŽ, J., a kol. *Zdravotní stav populace : Jak jsme na tom se zdravím*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2004. 136 s. ISBN 80-7071-247-3.
- 24) LIBIGEROVÁ, E.; MÜLLEROVÁ, H. Posuzování kvality života v medicíně. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2001, 97, 4, s. 183-186. ISSN 1212-0383.
- 25) MALÝ, M. Dotazníky o kvalitě života. *Robust*. 2000, x, s. 176-183. Dostupný také z WWW: <http://statspol.cz/robust/2000_maly_00.pdf>.
- 26) MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada Publishing a.s., 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 27) MATÝSKOVÁ, D. *Autonomie ve stáří : Strategie jejího zachování*. Ostrava : Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. Nedobrovolná ztráta autonomie u seniorů, s. 46-52. ISBN 80-7326-026-3.
- 28) Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Kvalita života ve stáří : Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012*. Praha : MPSV, 2008. 60 s. ISBN 978-80-86878-65-2.
- 29) MOHYLOVÁ, D. Kvalita života seniorů žijících v různých sociálních prostředích. *Kontakt*. 2003, 5, 4, s. 262-264. ISSN 1212-4117.

- 30) MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- 31) NEČASOVÁ, M. Respekt ke klientům na praktickém příkladě kvality života seniorů v domově. *Sociální práce*. 2004, 4, s. 39-52.
- 32) NĚMEC, F., a kol. Hodnocení kvality života pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. *Acta chirurgicae orthopaedicae et traumatologiae Čechosl.* 2009, 76, s. 20-24. Dostupný také z WWW: <http://www.achot.cz/dwnld/0901_020_024.pdf>.
- 33) ONDRAČKOVÁ, A. *Zdravotní stav populace : Jak jsme na tom se zdravím*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2004. Zdravotní stav seniorů, s. 75-78. ISBN 80-7071- 247-3.
- 34) PETR, P. Kvalita života u nespecifických střevních zánětů : Zjišťování, hodnocení, možnosti ovlivnění. *Kontakt*. 1999, 2, 1, s. 26-30. ISSN 1212-4117.
- 35) PETR, P., a kol. Kvalita života příslušníků PČR v Jihočeském kraji. *Kontakt*. 2003, 5, 4, s. 216-218. ISSN 1212-4117.
- 36) PETR, P., a kol. Regionální standard "Kvality života podmíněné zdravím" (HRQOL). *Kontakt*. 2001, 3, 3, s. 147-151. ISSN 1212-4117.
- 37) PETROVÁ, L.; JAROŠOVÁ, D. Šetření spokojenosti seniorů v institucích. *Kontakt*. 2003, 5, 4, s. 265-267. ISSN 1212-4117.
- 38) PETŘÍKOVÁ, A.; ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika : Úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004. 92 s. ISBN 80-244- 0879-9.

- 39) RADKOVÁ, L., a kol. Kvalita života v sociálnej integrácii starých občanov. *Kontakt*. 2003, 5, 4, s. 281-284. ISSN 1212-4117.
- 40) REBOLLO, P., a kol. Validation of a computer-adaptive test to evaluate generic health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2010, 8, s. 147. Dostupný také z WWW: <<http://www.hqlo.com/content/8/1/147>>.
- 41) SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 146 s. ISBN 80-247-1306-3.
- 42) SKINGLEY, A., a kol. The effectiveness and cost-effectiveness of a participative community singing programme as a health promotion initiative for older people : protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2011, 11, s. 142. Dostupný také z WWW: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/142>>.
- 43) SLADKÁ, I.; MACHOVÁ, A. Spolupráce rodinných příslušníků se zdravotnickým personálem. *Kontakt : supplement*. 2008, 10, 1, s. 50-53. ISSN 1212-4117.
- 44) SLOVÁČEK, L., a kol. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, 73, 1, s. 6-9. ISSN 0372-7025.
- 45) SLOVÁČEK, L., a kol. Kvalita života onkologických nemocných - definice, koncepce, možnosti hodnocení. *Klinická onkologie*. 2006, 19, 3, s. 163-166. ISSN 0862-495X.
- 46) SUKDOLOVÁ, M.; PETR, P. *Kvalita života v balneoterapii*. České Budějovice : Inpress, 2004. Kvalita života obecně a kvalita života v souvislosti se zdravotním stavem, s. 7-19. ISBN 80-903427-1-X.

- 47) ŠPATENKOVÁ, N.; SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří : Strategie jejího zachování*. Ostrava : Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. Senioři a zdraví, s. 174-189. ISBN 80-7326-026-3.
- 48) ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well being), její determinanty a prediktory. In Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Kvalita života : Sborník příspěvků z konference konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými Lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 21-32. ISBN 80-86625-20-6.
- 49) *UiB.no* [online]. 2011 [cit. 2011-08-11]. Livskvalitet. Dostupné z WWW: <<http://www.uib.no/fg/livskvalitet>>.
- 50) VAĐUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno : Masarykova univerzita, 2006. 148 s. ISBN 80-86633-60-8.
- 51) VAŇÁSKOVÁ, E. Testování v neurorehabilitaci. *Neurologie pro praxi*. 2005, 6, s. 311-314. Dostupný také z WWW: <<http://www.neurologiepropraxi.cz/savepdfs/neu/2005/06/06.pdf>>. ISSN 1213-1814.
- 52) VANSÁČ, P. Kvalita života starších lidí v zariadení pre seniorov. In TIRPÁK, P.; MACHANČOVÁ, S. *Kvalita života a ľudské práva v prosociálnej spoločnosti*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Gréckokatolícka teologická fakulta, Katedra aplikovanej edukológie, 2011. s. 99-115. Dostupné z WWW: <http://www.unipo.sk/public/media/13630/Zbornik_Kvalita_zivota_2011.pdf#page=99>. ISBN 978-80-555-0343-1.

- 53) VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. *Kvalita života, teoretická a metodologická východiska*. Brno : Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta , 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
- 54) VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory : Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 55) VIDOVIČOVÁ, L.; RABUŠIČ, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti : zpráva z empirického výzkumu* . Brno : VÚPSV, 2003. 67 s. ISBN 80-239-1351-4.
- 56) VURM, V., a kol. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Kontakt*. 2003, 5, 1, s. 19-23. ISSN 1212-4117.
- 57) ZAVÁZALOVÁ, H., a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha : Univerzita Karlova v Praze nakladatelství Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života ovlivněná zdravím

HRQoL

Kontakt

Domov pro seniory

Dotazník SF-36

Senior

9. PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Dotazník SF-36

Příloha č.2: Dotazník Kontakt

Příloha č. 1: Dotazník SF-36

Copyright:
 Medical Outcomes Trust 1996
 Boston, MA U. S. A.
 Health Services Research Unit, 1996
 Oxford, Great Britain

Česká verze: 1/2006
 EMA-services, s.r.o.
 U tří lvů 14
 370 01 České Budějovice
 Česká republika

DOTAZNÍK SF – 36 O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

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.

Identifikace respondenta : Příjmení.....

.....Jméno:.....

Datum narození:		<i>dd-mm-rrrr</i>
Pohlaví:	muž / žena	<i>nehodící se škrtněte</i>
Typ intervence: /délka pobytu		<i>(položka z indikačního seznamu) vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
Nemoc/stav :		<i>(položka ze seznamu nemocí) vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní-střední-vysokoškolské	<i>Nehodící se škrtněte</i>

Odovězte na každou 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)

- | | |
|-------------|---|
| Výborné | 1 |
| Velmi dobré | 2 |
| Dobré | 3 |
| Dosti 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

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

4. Vyskytl se u Vás některý 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
d. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo 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 pozorný(á) než obvykle?	1	2

6. Uved'te, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu 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

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

Jak často v předchozích 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 pociťoval(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 pociťoval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou 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?

	Jistě ano	Spíše ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) 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

Během dnešního dne užívám tyto léky:

Název/ síla v miligramech	Ráno	Poledne	Večer
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Datum:

Příloha č. 2: Dotazník Kontakt

Copyright:
EMA-services s.r.o.
10. České Budějovice, 2007
(European Medical Agency)

KONTAKT: INDEX KONTAKTU OKOLÍ S PACIENTEM

ID Respondenta = pořadové číslo:

Rodinný příslušník, či jemu na roveň – osoba blízká, kontaktuje

Typ kontaktu	Frekvence				
	Více než 1/T	1/T	1/M	méně než 1/M	Není
1. Fysická návštěva „ u lůžka“	1	12	8	4	0
2. Telefonát osobní	12	9	6	3	0
3. Dopis	8	6	4	2	0
4. Telefonický vzkaz	4	3	2	1	0

Suma (1. – 4.) = Index KONTAKT,

Nabývá hodnot v rozmezí 0 - 40

T = Týden

M= Měsíc