

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetřovatelství

Šárka Hrabalová

**Blízké vztahy a postoj ke smrti v kontextu kvality
života seniorů v domácí péči**

Diplomová práce

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

Olomouc 2014

ANOTACE

Název práce: Blízké vztahy a postoj ke smrti v kontextu kvality života seniorů v domácí péči

Název práce v AJ: Close relationships and attitude toward death in the context of the quality of life the elderly in home care

Datum zadání: 2013-01-21

Datum odevzdání: 2014-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Bc. Hrabalová Šárka

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

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Cílem diplomové práce bylo zjistit subjektivní názor seniorů z domácí péče na význam blízkých vztahů a postoje ke smrti v kontextu kvality jejich života. Byla použita česká verze standardizovaných dotazníků WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. Výzkumného šetření se zúčastnilo 120 seniorů, klientů agentur domácí péče v Olomouckém regionu. Výsledky ukázaly, že s rostoucím věkem seniorů klesá kvalita jejich života v oblasti fyzického zdraví. Naopak souvislost mezi věkem a vnímanou kvalitou života v oblasti prožívání, sociálních vztahů a prostředí prokázána nebyla. Rovněž se nepotvrdil vztah mezi pohlavím

a postojem ke smrti. Výzkum ale prokázal významnou souvislost mezi sociální situací seniorů a vnímáním jejich kvality života v oblasti blízkých vztahů. Neprokázala se však závislost mezi vnímáním kvality života seniorů v oblasti postoje ke smrti a oblastí blízkých vztahů.

Abstrakt v AJ:

The aim of the thesis is to find out subjective opinions of the elderly in home care on the importance of close relationships and attitude to death in the context of their perceived quality of life. Czech versions of the standardised questionnaires WHOQOL-OLD and WHOQOL-BREF were used. The research survey included 120 older adults, clients of home care agencies in the Olomouc region. The results showed that with the increasing age, the quality of life in physical health decreases. However, a relation between age and quality of life in experiencing social relationships and environment was not established. A relation between gender and attitude to death was also not established. Despite this fact, the research proved a significant relation between the social situation of the elderly and their perception of quality of life in close relationships. No dependence was found in the elderly between the perceived quality of life in the attitude to death and the area of close relationships.

Klíčová slova v ČJ:

WHOQOL-OLD, kvalita života, blízké vztahy, rodina, senior, agentura domácí péče, postoj ke smrti, smrt, umírání, konec života, strach, úzkost, bolest

Klíčová slova v AJ: WHOQOL-OLD, quality of life, close relationships, family, elderly, home care, attitude to death, death, dying, end of life, fear, anxiety, pain.

Rozsah: 104 s., 3 přílohy

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

Olomouc 30. dubna 2014

podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a cenné rady. Rovněž děkuji Mgr. Lukáši Merzovi za odborné konzultace v oblasti anglického jazyka a Mgr. Janě Zapletalové, Ph.D. za odborné konzultace v oblasti statistiky. Děkuji i své rodině a příteli za podporu.

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

Prohlášení o dedikaci k projektu

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

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

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

V Olomouci, 17. března 2014

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

.....
Bc. Šárka Hrabalová
spoluřešitelka projektu

.....
Bc. Jana Dančáková
spoluřešitelka projektu

.....
Bc. Lucie Martincová
spoluřešitelka projektu

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	7
SEZNAM TABULEK	8
SEZNAM GRAFŮ.....	10
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	11
ÚVOD	12
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	13
1.1 Kvalita života.....	16
1.2 Blízké vztahy	20
1.3 Postoj ke smrti, umírání	23
2 METODIKA	35
2.1 Cíle a hypotézy.....	35
2.2 Měřicí nástroj.....	38
2.3 Soubor respondentů	41
2.4 Sběr dat	41
2.5 Metody statistického zpracování	42
3 VÝSLEDKY	44
3.1 Demografický charakter souboru respondentů	44
3.2 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-BREF.....	45
3.3 Souhrn výsledků pro domény WHOQOL-BREF	57
3.4 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-OLD	59
3.5 Souhrn výsledků pro domény WHOQOL-OLD.....	63
3.6 Souhrn ověření statistických hypotéz k cíli 1	63
3.7 Souhrn ověření statistických hypotéz k cíli 2	65

3.8 Souhrn ověření statistických hypotéz k cíli 3	67
3.9 Souhrn ověření statistických hypotéz k cíli 4	69
4 DISKUZE.....	71
5 ZÁVĚR	76
6 BIBLIOGRAFICKÉ, ELEKTRONICKÉ ZDROJE.....	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	90

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Rešeršní strategie	15
Obr. 2 Potřeby jistoty a bezpečí u pacientů v paliativní péči.....	22
Obr. 3 Potřeby sounáležitosti a lásky u pacientů v paliativní péči	23

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Demografický charakter souboru respondentů.....	44
Tab. 2 Vliv bolesti na vykonávané aktivity.....	45
Tab. 3 Potřeba lékařské péče	46
Tab. 4 Dostatek energie	46
Tab. 5 Pohyb.....	47
Tab. 6 Spokojenost se spánkem	47
Tab. 7 Schopnost provádět každodenní činnost	48
Tab. 8 Spokojenost s pracovním výkonem	48
Tab. 9 Radost ze života.....	49
Tab. 10 Smysluplnost života.....	49
Tab. 11 Schopnost soustředit se.....	50
Tab. 12 Akceptace tělesného vzhledu	50
Tab. 13 Spokojenost sám/sama se sebou.....	51
Tab. 14 Prožívání negativních pocitů	51
Tab. 15 Spokojenost s osobními vztahy.....	52
Tab. 16 Spokojenost se sexuálním životem	52
Tab. 17 Spokojenost s podporou přátel.....	53
Tab. 18 Pocit bezpečí	53
Tab. 19 Pocit zdravého prostředí	54
Tab. 20 Dostatek peněz.....	54
Tab. 21 Přístup k informacím	55
Tab. 22 Věnování se zálibám	55
Tab. 23 Spokojenost s podmínkami v místě bydliště.....	56
Tab. 24 Spokojenost s dostupností zdravotní péče.....	56
Tab. 25 Spokojenost s dopravou	57
Tab. 26 Znepokojení nad smrtí	59
Tab. 27 Obavy ze ztráty kontroly v souvislosti se smrtí.....	59
Tab. 28 Strach z umírání	60
Tab. 29 Strach z bolesti při umírání.....	60

Tab. 30 Význam přátelství	61
Tab. 31 Množství lásky v životě	61
Tab. 32 Příležitost někoho milovat	62
Tab. 33 Být někým milován.....	62
Tab. 34 Závislost mezi fyzickým zdravím, prožíváním, sociálními vztahy, prostředím a věkem	64
Tab. 35 Skóre pohlaví ve vztahu k dimenzi smrt a umírání	66
Tab. 36 Skóre mezi sociální situací a blízkými vztahy.....	67
Tab. 37 Signifikance sociální situace	68
Tab. 38 Skóre mezi sociální situací a sociálními vztahy	69
Tab. 39 Spearmanova korelační analýza blízkých vztahů a postoje ke smrti	70

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Skóre fyzického zdraví a věku.....	65
Graf 2 Závislost mezi postojem ke smrti a pohlavím	66
Graf 3 Závislost mezi blízkými vztahy a sociální situací	68
Graf 4 Závislost mezi postojem ke smrti a blízkými vztahy	70

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADP	agentura domácí péče
AJ	anglický jazyk
BMČ	Bibliographia Medica Čechoslovaca
č.	číslo
ČJ	český jazyk
ČR	Česká republika
EIZ	elektronický informační zdroj
např.	například
obr.	obrázek
pp.	pages
s.	strana
tzv.	takzvané
UP	Univerzita Palackého
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment

ÚVOD

„Život můžeš žít jenom dvěma způsoby. Buď jakoby nic nebylo zázrak, nebo jakoby všechno bylo zázrak.“

Albert Einstein

Demografické stárnutí je ireverzibilním fenoménem, který má za následek zásadní změnu věkových struktur populací ve vyspělých zemích. Nejde jen o narůstající počty seniorů, ale o jejich životní podmínky. S prodlužující se střední a maximální délkou života je nutné položit si otázku kvality těchto let. Charakteristika budoucích seniorů bude v mnohém odlišná od jejich dnešních vrstevníků. Dožijí se vyššího věku v lepším zdravotním stavu, budou aktivnější a vzdělanější. I když seniorská populace bývá vnímána jako zdánlivě stejnorodá, představuje skupinu lidí velmi různorodou. Rozdíly mezi nimi lze najít ve věku, zdravotním stavu, funkční zdatnosti, rodinné situaci a sociálním zázemí, ekonomických podmínkách, vzdělání, životních zkušenostech a hodnotovém systému. Vzájemné odlišnosti s sebou nesou rozdílnost priorit, přání a potřeb, a to ve zdraví i v nemoci (Ondrušová, 2009, s. 36). Zdraví, aktivita, životní styl, mezilidské vztahy, sociální prostředí, hmotné zabezpečení a také zdravotní péče a sociální služby patří k faktorům, které výrazně ovlivňují spokojenost seniorů a kvalitu jejich životů (Ondrušová, 2009, s. 37).

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Rešeršní strategie

Pro zpracování teoretické části diplomové práce byla prostudována tato vstupní studijní literatura:

- **literatura v anglickém jazyku:**

POLIT, D., F., BECK, CH., T. 2008. *Nursing Research: Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 796 pp. ISBN 978-0-7817-7052-1.

MAUK, K., L. 2010. *Gerontological Nursing: Competencies for Care*. 2nd ed. Boston: Jones & Bartlett Publishers, 2010. 869 pp. ISBN 9781449617806.

- **literatura v českém jazyku:**

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

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

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

KALVACH, Z., et al. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol. 2008. *Geriatrické syndromy*

a geriatrický pacient. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

Pro zpracování teoretických východisek diplomové práce byly použity publikované příspěvky v českých i zahraničních impaktovaných vědeckých periodikách. Vyhledávání proběhlo v dostupných elektronických informačních zdrojích Univerzity Palackého:

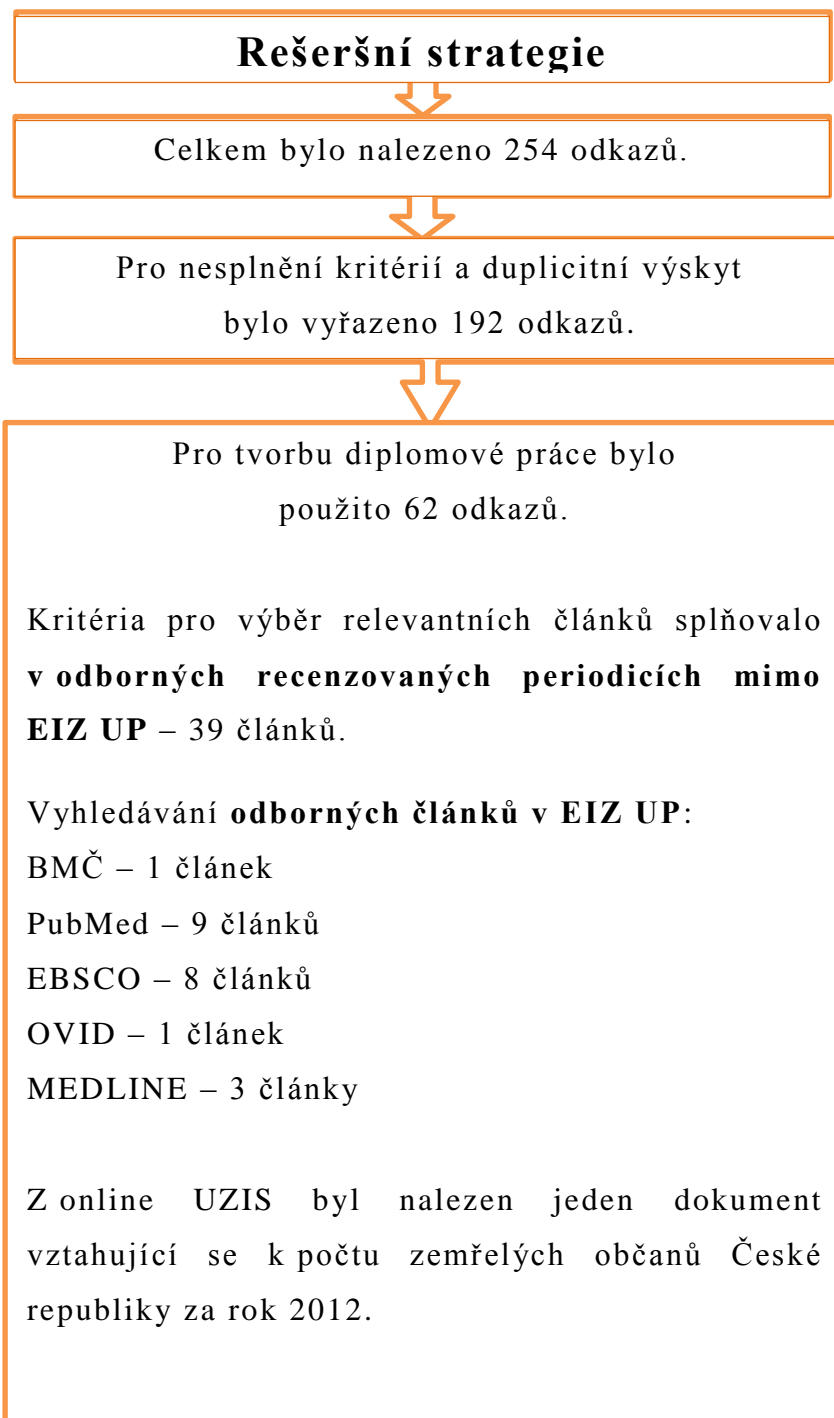
- Bibliografická databáze **Bibliographia medica Čechoslovaca** - volně dostupná na <http://www.medvik.cz/bmc/>
- Multioborová databáze **EBSCO** - přístupná v síti UP na <http://search.ebscohost.com>
- Databáze **PubMed** – volný fulltextový archiv odborných článků, volně přístupný na stránkách <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Světová lékařská bibliografická databáze **MEDLINE** – volně přístupná na <http://gateway.ovid.com/autologin.html>
- Ošetrovatelská databáze **OVID Nursing** – dostupná na <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.10.0b/ovidweb.cgi>

Využito bylo i elektronického zdroje **google.cz**

Pro rešerši byla použita **klíčová slova v českém jazyce**: WHOQOL-OLD, kvalita života, blízké vztahy, rodina, senior, agentura domácí péče, postoj ke smrti, smrt, umírání, konec života, strach, úzkost, bolest. **V anglickém jazyce**: WHOQOL-OLD, quality of life, close relationships, family, elderly, home care, attitude toward death, death, death - the end of life, fear, anxiety, pain. Při vyhledávání bylo užito booleovských operátorů AND, OR, NOT.

Kritéria pro výběr relevantních článků v plném textu ke zpracování diplomové práce byla: český, slovenský a anglický jazyk, rok vydání (leden 2003 až únor 2014) s podmínkou recenzního řízení v konkrétním časopisu. Vyhledáno bylo celkem 254 odkazů.

Obr. 1 Rešeršní strategie



1.1 Kvalita života

Definice kvality života

Kvalita života je velmi široký pojem, který lze jen těžko vymezit (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 16; Ondrušová, 2009, s. 37; Šerfelová, 2011, s. 29). Mezi prvními, kdo definoval tento pojem, je Aristoteles. Podle něj se jedná o pocit štěstí, určitý druh duševní činnosti (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 16). Opomenout by se neměl fakt, že kvalita života je ryze subjektivní záležitost. Zařazují se zde i čtyři domény plnohodnotného života jedince, a to fyzický stav, psychický stav a psychologické aspekty, sociální stav a spirituální aspekty (Slováček, Slováčková, 2005, s. 180). Podobného názoru je i Cohen a Peters, kteří definují kvalitu života jako dynamický a subjektivní ukazatel hodnocení života jednotlivce (Cohen et al, 2006, pp. 625; Peters, 2006, pp. 525). Obdobným směrem je vedena i definice Světové zdravotnické organizace: *„Kvalita života je vnímána jako subjektivní hodnocení postavení v životě v kontextu kultury. Tento kontext zahrnuje hodnotový systém, v němž jedinci žijí, a vztah k cílům, očekávání, normám a úkolům, které ve společnosti plní. Mezi faktory, které ji mohou ovlivnit, patří kromě fyzického a psychického zdraví také úroveň nezávislosti, sociálních vztahů, osobní přesvědčení a vztah k prostředí“* (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2013, s. 16).

Druhý pohled na těžko definovatelný pojem nastiňuje Ondrušová, která vidí v kvalitě života dvě dimenze, a to subjektivní a objektivní. Do subjektivního pojetí lze zařadit psychickou pohodu a všeobecnou spokojenost se životem, naopak do objektivního pojetí spadají sociální a materiální podmínky života s fyzickým zdravím (Ondrušová, 2009, s. 37). I Bachoreczová a Meňkyová rozdělují kvalitu života na komplex subjektivních a objektivních údajů o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince (Bachoreczová, Meňkyová, 2008, s. 391).

Dále lze na kvalitu života pohlížet jako na multidimenzionální koncept, který zahrnuje mnoho aspektů životní reality. Tyto skutečnosti mohou mít pro různé lidi rozdílný význam a stupeň důležitosti. Při studiu kvality života vznikají proto otázky, zda jsou důležité pouze objektivně měřitelné faktory a jejich rozdíly, anebo se musí přihlížet i na jejich subjektivní povahu na úrovni individuální či skupinové (Dingová, Nemčková, 2008, s. 275). Kvalita života jednotlivců je propojena s historickým, ekonomickým a společenským kontextem, ve kterém žije, a je ovlivněna i životními zkušenostmi (Hrozenská, 2008, s. 81).

Oblasti důležité pro kvalitu života starších lidí:

- **Subjektivní spokojenost:** globální kvalita života stanovená jednotlivými staršími lidmi,
- **Faktory zdravotního stavu:** fyzická pohoda, funkční schopnosti, mentální zdraví,
- **Faktory osobnosti:** psychická pohoda, morálka, spokojenost se životem a štěstí,
- **Faktory osobní nezávislosti:** schopnost rozhodování, pohyb, péče o své prostředí,
- **Faktory fyzického prostředí:** uspořádání standartního bydlení nebo ústavního pobytu, dohled nad fyzickým prostředím, dostupnost služeb – obchod, veřejná doprava a trávení volného času,
- **Faktory sociálního prostředí:** rodina a sociální zázemí, úroveň rekreačních aktivit, kontakt s vládními a dobrovolnými organizacemi,
- **Faktory socioekonomické:** příjem a majetek, stravování a celkový standart života,
- **Kulturní faktory:** věk, pohlaví, národnost, víra, sociální vrstva (Hrozenská, 2008, s. 82).

Zajímavý pohled na problematiku přináší Zacharová, která se domnívá, že na vnímání kvality života se podílí nejen závažnost onemocnění a možnosti léčby, ale i osobnostní předpoklady nemocného vyrovnat se s nemocí. Reakce člověka je buď adaptivní, nebo maladaptivní, z čehož pak vychází i samotný způsob komunikace nemocného s okolím (Zacharová, 2009, s. 261).

Hrozenská ukazuje další způsob pohledu na kvalitu života v seniorském věku. Uvádí, že život lidí vyššího věku je plný nemocí a zdravotních problémů. Je téměř o jediné jistotě v životě – o smrti. Proto není nijak překvapující, že zdravotní stav se považuje podle gerontologů za velmi důležitý faktor kvality života (Hrozenská, 2008, s. 82). Zdraví je nejčastějším tématem rozhovorů starších. S vrstevníky si navzájem sdělují zdravotní problémy, často si uvádějí i detailní popis symptomů, terapie nemoci anebo prognózy nemoci. Když mluví o fyzické schopnosti, používají zdraví v kombinaci s neschopností či nesoběstačností. Ale proč je zdraví pro seniora tak důležité při vnímání kvality života? (Hrozenská, 2008, s. 83). Protože díky zhoršenému zdraví mají dojem, že svůj život nežijí naplno. Z tohoto důvodu jsou depresivně naladěni. Často sobě i svému okolí připomínají, kolik věcí nezvládnou. A hodnotí kvalitu svého života negativně (Low, Molzahn, 2007, pp. 147). Vážnější poškození zdraví může v lidech evokovat nevyhnutelnou smrt. Proto i výzkumníci považují zdraví za hlavní faktor ovlivňující kvalitu života u seniorů (Hrozenská, 2008, s. 83). A přitom by stačilo, podle studie z Velké Británie, zvýšit fyzickou aktivitu. V projektu „Lepší stárnutí populace“ byly doloženy poznatky o vlivu pravidelné fyzické aktivity seniora na subjektivní vnímání kvality života. Pravidelné cvičení mírné intenzity je důležité pro zachování svalové síly, zlepšení mobility, udržení samostatnosti a i jako prevence pádů a zlomenin. Neméně důležité je zlepšení psychiky obecně, nálady a vnímání sama sebe. V projektu mladí lidé organizovali každý den 60-90 minut cvičení pro seniory. Lekce obsahovala rozcvičení, aerobní cvičení, posilování a trénink flexibility.

Výsledky byly výborné. Již po několika cvičení senioři uváděli, že se cítí více svěží, plní nové energie. Mají sílu k běžným denním činnostem a jsou výkonnější. Již pro ně není takový problém ráno vstát z postele, vyjít schody či dojít na nákup. Ani problémy se spánkem nejsou tolik intenzivní. Jsou spokojenější s vlastním já. Pravidelné skupinové cvičení je pro ně zdrojem zábavy. Setkávání se s vrstevníky je pro ně důležité, protože se dokážou lépe vyrovnávat s procesem stárnutí. Takhle šťastní lidé vnímají svůj zdravotní stav a kvalitu svého života na vyšší úrovni, ve srovnání s méně aktivními lidmi (Fox et al., 2007, pp. 591-602). Low s Molzahnem také uvádějí, že stav psychické pohody ovlivňuje pohled na vlastní zdraví a své možnosti. Obecně hodnotí svůj život jako smysluplný a tím roste i kvalita života (Low, Molzahn, 2007, pp. 142). Pokud se chceme opravdu dozvědět něco o kvalitě života konkrétního člověka, musíme s ním vést řízený rozhovor nebo subjektivní dotazníkové šetření (Prokop, 2009, s. 20).

Měření kvality života

Kvalitu života lze hodnotit na základě subjektivních a objektivních přístupů. Nejpodstatnější je subjektivní hodnocení jedincem tak, jak vnímá vlastní životní situaci (Slováček, Slováčková, 2012, s. 14).

Pro měření kvality života se používají buď dotazníky generické – obecné, anebo specifické - specifické pro dané onemocnění (Slováček, Slováčková, 2012, s. 14). Pro dotazníkové šetření je velmi vhodné použít generický dotazník WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF, který hodnotí všeobecně celkový stav jedince bez ohledu na konkrétní onemocnění.

1.2 Blízké vztahy

Rodina znázorňuje pro každého člověka bez rozdílů věku **oporu a jistotu** v celém životě. V případě nesoběstačnosti seniora představují blízcí záruku pomoci jak psychické, fyzické, tak i hmotné (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 57; Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 333). Také Bužgová a Zeleníková uvádějí, že rodina poskytuje oporu a jistotu. Doplnuje však další významný pocit, který vyvolává, a to **bezpečí**, že není senior sám (Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 409). Podobné závěry prokázal i výzkum Wijka a Grimbyho. Potvrdil, že starý člověk má velkou **potřebu být se svým životním partnerem a dětmi**. Senioři většinou preferují možnost řešit každodenní problémy v rámci své rodiny (Wijk, Grimby, 2008, pp. 4). Proto by chtěla většina lidí umírat doma. Tato možnost připadá v úvahu pouze při existující funkční rodině, která je schopna poskytnout seniorovi náročnou péči. Jako Wijk a Grimby tvrdí i Payne et al, že umírající je rád, když má nablízku své milované (Payne et al, 2012, pp. 2, 4). Je zde jasná potřeba být v kritických chvílích svého života obklopený blízkými (Homolová, 2009a, s. 326). Pokud není možnost pečovat o umírajícího v jeho přirozeném sociálním prostředí, doma, je nutné zapojit do péče v instituci rodinu. Tím dojde k posílení přirozených vazeb a vztahů, docílí se vzájemné soudržnosti, obětavosti a v neposlední řadě dojde i k posílení vzájemné lásky. To poskytuje seniorovi nejen naději, ale hlavně potřebný zdroj síly (Dobříková, Slamková, 2012, s. 23). Pokud dojde ke ztrátě partnera, může člověk pociťovat **opuštěnost či osobní bezvýznamnost**. Vágnerová uvádí, že ovdovění je nejtěžší životní zkouškou (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 333; Holm, Severinsson, 2012, s. 109). Vyrovnat se s ovdověním znamená, podle Říčana, přeorganizovat celý svůj dosavadní život a snažit se upnout k novým cílům (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 333). Pochopitelný je potom i názor, že staří lidé bývají motivováni k upevnování vztahů

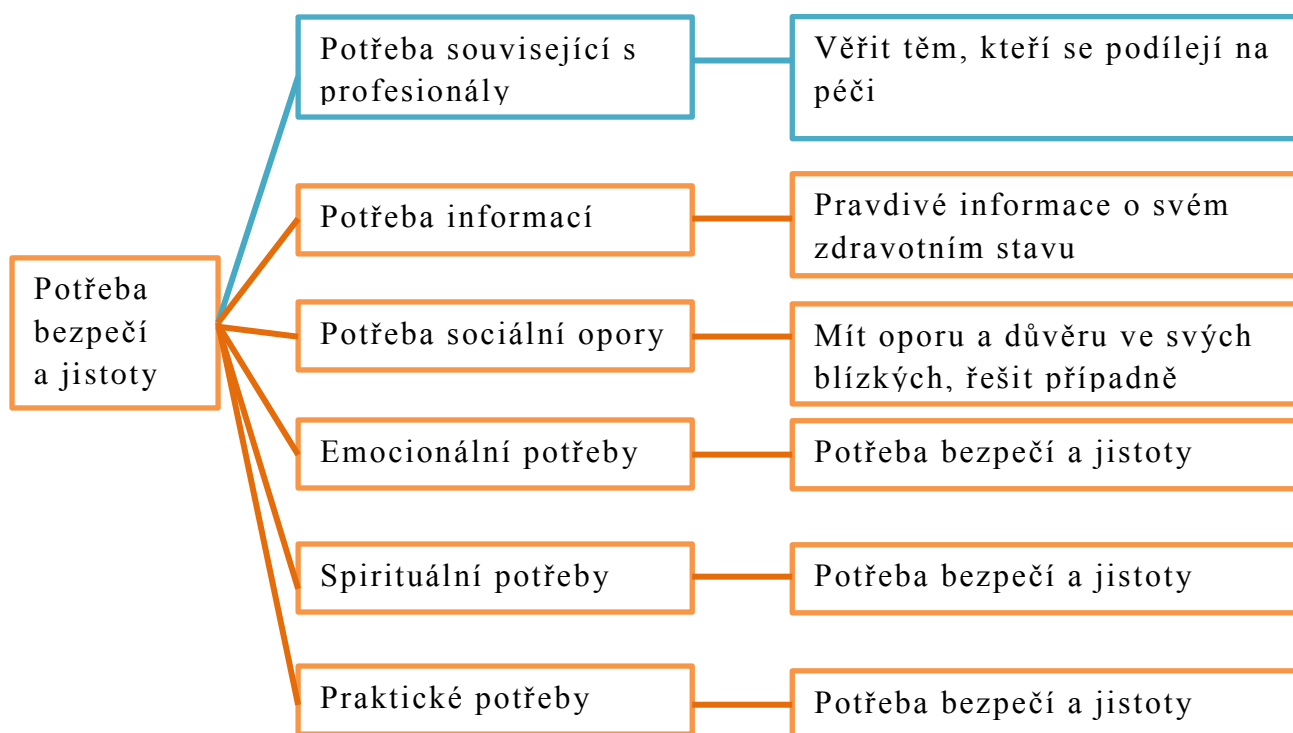
se svými blízkými častěji přítomností smrti. Výskyt smrti senioři vnímají více než mladí lidé. Opětovně se setkávají s úmrtím svých vrstevníků, což na ně velmi emotivně působí. Blízkost svých milovaných vytváří přirozený **obranný štít** před těmito negativními myšlenkami orientovanými na konec života (Mikulincer, Florian a Hirschberger, 2003, pp. 37).

Nové vztahy navázané ve vyšším věku jsou stejně jako sexualita seniorů v naší společnosti jistým tabu. Proto je důležité si uvědomit, že nově navázaný partnerský vztah pomáhá plánovat budoucnost těm, kteří nemají odvahu znovu tvořit (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 333). Tyto poznatky nám ukazují, že by se nemělo zapomínat u starších lidí na jejich **touhu někam a někomu patřit**, mít rodinu. Mít někoho, komu může dávat najevo svou lásku a cítit, že i ten druhý jej miluje. (Bužgová, 2011, s. 270). Důkazem je i tvrzení účastníků, ve studii Prince-Paula, kteří popisovali lásku jako klíčový prvek v jejich životě. Uváděli, že cítit lásku od svých blízkých je pro ně nesmírně důležité. Své city jim dávají najevo často a pomocí slova „**Miluji tě**“ (Prince-Paul, 2008, pp. 369). Podstatné je pro ně mít své místo ve skupině, pocit příslušnosti a náklonnosti k ní. Cítit akceptovatelnost a sociální integrovanost (Bužgová, 2011, s. 270). Bohužel jsou situace, kdy senioři před svými dětmi skrývají svůj nový partnerský vztah. Cítí stud a bojí se, že budou nepochopeni. Je nutno dodat, že mnohdy to dělají oprávněně. Děti nechtějí nového partnera jejich rodičů přijmout (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 333). Proto dobře fungující vztahy v rodině senioři velmi oceňují (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 57).

Jiný a velmi zajímavý pohled na blízké vztahy a smrt mají autoři Mikulincer, Florian a Hirschberger, kteří vidí lidi jako živé tvory řízené pudem sebezáchovy. Na rozdíl od zvířat mají kognitivní schopnost pochopit, že jsou naživu a že nakonec musí zemřít. Jejich teorie tvrdí, že tato jedinečná kombinace instinktu pro život spojená s uvědomováním si smrti vede k neřešitelnému existenciálnímu paradoxu, který může

vytvářet ochromující hrůzu. Aby lidé unikli pocitu bezmoci a hrůzy vyvolané neschopností ovlivnit konec existence, vymysleli si komplikované symbolické, psychologické mechanismy určené k odstranění smrti z podvědomí (Mikulincer, Florian a Hirschberger, 2003, pp. 20-21). Z toho plyne potřeba jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty, seberealizace (Bužgová, 2011, s. 269). Bužgová ve svém článku graficky znázorňuje potřebu bezpečí a jistoty (viz obr. 2) a potřeby sounáležitosti a lásky (viz obr. 3), které mají vztah k blízkým vztahům.

Obr. 2 Potřeby jistoty a bezpečí u pacientů paliativní péči



Zdroj: BUŽGOVÁ, R. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2011, roč. 13, č. 3, s. 265-274 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: [22](http://casopis-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Obr. 3 Potřeby sounáležitosti a lásky u pacientů v paliativní péči



Zdroj: BUŽGOVÁ, R. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2011, roč. 13, č. 3, s. 265-274 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214103906469970.pdf>

1.3 Postoj ke smrti, umírání

Stárnutí je proces probíhající již od početí. Za jeho skutečný projev je považován až pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Vlivem stárnutí se zvyšuje přítomnost chyb, zhoršuje se odolnost, adaptabilita, regulační schopnost a spolehlivost fungování

celého organismu. Stárnutí provází stoupající pravděpodobnost úmrtí. Stáří je výsledkem stárnutí. Jedná se o projev a důsledek funkčních a morfologických involučních změn, které vedou k typickému obrazu označovanému jako stařecký genotyp. Počátek stáří je u nás obvykle považován věk 65 let. Stárnutí a stáří bývá velmi často spojováno s pojmy umírání a smrt (Šimová, 2010, s. 226).

Umírání a smrt je oblastí zájmu člověka již odedávna. Lidé se vždy snažili pochopit, co znamená smrt pro ně samotné i pro celou společnost. Smrt byla a je ukončení života, nenávratnou ztrátou, definitivním koncem (Sušinková, 2009, s. 26-27). Umírání a smrt je přirozený proces v životě člověka (Homolová, 2009b, s. 331; Bužgová, 2011, s. 266). Bez pochyb patří k nejtěžším a nejnamáhavějším částem lidského života. Jedná se o zatěžující situaci pravděpodobně proto, že představuje zhroucení ústředních životních vztahů (Homolová, 2009b, s. 329). Na smrt lze pohlížet i jako na výzvu, která vytváří krizové prostředí podmiňující přehodnocení dosavadních priorit. Myšlenka na smrt znepokojuje každého člověka, ničí jeho plány do budoucna a přináší bolest. Z křesťanského pohledu je smrt vnímána jako zničení, destrukce pozemského života. Věřící žije s jistotou, že bude vykoupen Ježíšem z Nazaretu a že Boží láska na něj nezapomene. Věří, že smrt neukončuje všechny vztahy a vazby, ale nabízí nový způsob spojení s Bohem a lidmi (Dolista, 2007, s. 265-266). Pro společnost, včetně lékaře, smrt znamená závažnou prohru, jedná se o důkaz neschopnosti, výsměchu, nemohoucnosti, a to vše v kontrastu s technickým pokrokem medicíny (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 103). V každém je kdesi v hloubi zakotvena touha po nesmrtelnosti. Pro věřícího je víra ve věčný život nenahraditelnou nadějí. Nevěřící si ale zpravidla také nějak představují svoji věčnost, v níž doufají v hloubi duše. Někteří věří, že budou žít ve svém potomstvu dál, jiní zase ve svém díle, které na zemi nechají (Svatošová, 2008, s. 425). Mnoho lidí by si přálo zemřít co nejpozději, co nejrychleji a pokud možno

ve spánku (Svatošová, 2008, s. 424; Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 219).

Fáze umírání – „Dying period“

Důležité je nejprve si skutečnost umírání připustit hlavně ze strany pacienta, jeho blízkých, ale i ze strany zdravotníků. Umírání se svými biologickými, psychosociálními a spirituálními souvislostmi jsou významnými zdroji stresu. Je nutné změnit pohled na onemocnění a všechny zúčastněné.

1. fáze – kontrolované onemocnění. Projevy onemocnění se vlivem kauzálních a symptomatických léčebných postupů daří udržet pod kontrolou. Na dobrém stupni funkční zdatnosti je i celkový stav pacienta. Trvání této fáze je několik měsíců až řadu let.

2. fáze - zlom. Reakce na léčbu již není optimální, dochází k postupnému selhávání orgánových soustav. Kauzální postupy přestávají být použitelné. Délka přežití v této fázi je jen těžko odhadnutelná. Fáze může trvat řadu týdnů až měsíců, někdy může dojít k rychlému nevratnému zhoršení stavu.

3. fáze – terminální. V této fázi již došlo k nevratnému zhoršení stavu. Délka se odhaduje na dny a týdny. Cílem je minimalizovat diskomfortu, který nemocnému způsobuje onemocnění. V žádném případě není cílem oddálit smrt (Kabelka, 2008, s. 68).

Vývoj umírání

Dříve bylo umírání chápáno jako přirozený lidský akt, jako součást koloběhu přírody. Probíhalo v rodinném prostředí (Homolová, 2009b, s. 330; Dobříková, Slamková, 2012, s. 21). Pouze 10 % lidí neumíralo doma (Dolista, 2007, s. 266). S umírajícím si blízcí až do poslední chvíle povídali, modlili a doprovázeli na jeho poslední etapě životem. Člověk nikdy nebyl sám, pokud si to nepřál (Homolová, 2009b, s. 328). Smrt byla humánní. Smrt měla své rituály, svůj morální a sociální význam. Týkala se celé komunity (Homolová, 2009b, s. 330).

Mezi mladými a odcházejícími generacemi se tvoří stále větší propast vzhledem k odlišným životním hodnotám. Dnešní děti už ani neví, co je jejich povinností, že by se měly starat o své staré, nemocné a umírající rodiče. Rozvojem novodobé společnosti došlo k demografickým změnám společnosti, ke zvýšení počtu obyvatelstva, k prodloužení průměrného věku, k rozpadu třígenerační rodiny. Mění se podoba umírání a mění se i rodinné vazby a manželství samotné. Pokroky v medicíně přemístily smrt z domova do zdravotnických zařízení. Společnost není připravena na změny a problémy spojené s narůstajícím počtem starých lidí (Dolista, 2007, s. 265-267; Kubešová, Kabelka, Matějovský, Weber, 2003, s. 49).

V dnešní době převážná část Čechů, až 74 %, umírá v institucích (UZIS, 2012, s. 13). Přesto by si většina lidí přála zemřít v tom prostředí, které nazývá domovem (Dolista, 2007, s. 266). Naopak v Belgii až 65 % lidí umírá doma. Umírajícím je častěji muž, který má doma manželku poskytující mu nepřetržitou péči (Leemans et al., 2012, pp. 4). Přání a skutečnost se u nás v České republice diametrálně liší. Smutné je, že se nestává příliš často, aby byl umírající doprovázen svými milovanými až na konec svého života (Dolista, 2007, s. 266). Je to dané tím, že současná společnost vytěsňuje utrpení a vyznává materiální hodnoty. Smysl má pro člověka jen život, ve kterém něco vybudoval. Důležitý je život v blahobytu, kdežto smrt a důstojné umírání jakoby k životu vůbec nepatřily. Dalším možným důvodem takového přístupu k umírání a smrti je **hektický styl života**, který způsobuje potlačení strachu ze smrti. Myslíme si, že když rychle žijeme, tak i dostaneme víc od tohoto krátkého života (Homolová, 2009b, s. 329). Mnozí rodinní příslušníci se snaží zbavit odpovědnosti a možná i bolesti, kterou jim přináší pohled na trpícího člověka. Proto ho raději umístí do instituce. Jedná se o poměrně častý egoistický přístup v dnešní době (Homolová, 2009b, s. 330). Pojem „**odlidštění**“ **umírání** má v dnešním moderním světě své opodstatnění. Péče se poskytuje prostřednictvím techniky a nových technologií

(Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 219). Díky tomu dochází k izolaci umírajícího od rodiny. Umírá v přítomnosti cizích osob, zdravotnického personálu, nebo sám. Nikdy v minulosti nedocházelo k tomu, že by člověk umíral sám. Rodinná dimenze se z umírání vytratila, což pochopitelně stimuluje návrhy na uzákonění aktivní eutanázie (Dolista, 2007, s. 266).

Naše společnost hledá **nové rituály umírání**. Hlavní pomoc by měl poskytnout blízký člověk (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 219). Přítomnost milovaných je velmi důležitá, protože umírající člověk nechce být opuštěn. Má touhu **komunikovat** až do poslední chvíle se svými nejbližšími. Osobní blízkost milovaných vytváří důstojné klima umírání a poskytuje mu pozitivní myšlenky. Umírající nemusí být schopen mluvit, ale slova ostatních chápe, rozumí jim a pomáhají mu. Jejich přítomnost je mu útěchou (Dolista, 2007, s. 266). Upozornit by se mělo na **neverbální komunikaci** při umírání. Důležitá jsou právě gesta, výraz tváře, pohledy, haptika, postura, pohyby, paralingvistické projevy hlavně u lidí pohybujících se v okolí umírajícího. Paralingvistika se považuje za nejdůležitější složku komunikace, na jejímž základě dáváme význam obsahu slov. Je třeba dbát na intonaci hlasu. Nezbytné v péči o umírajícího jsou **dotyky**. Dotykem přinášíme důvěru a potřebnou sílu. Nesmíme zapomenout ani na intimní zónu umírajícího, do které bychom neměli zbytečně vstupovat. Lůžko je jeho soukromí – momentálně jeho jediné teritorium. Nemocného často nezajímají ani tak naše ruce, jako pohled. Dívání se při rozhovoru pacientovi do očí je naším projevem pochopení a úcty (Dobříková, Slamková, 2009, s. 143). Rodina by měla pomoci umírajícímu smysluplně uzavřít jeho vlastní životní příběh (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 219).

Smrt je tabu

V naší civilizaci je téma smrti tabu. Takové vytlačování smrti ze života ještě v dějinách lidstva nebylo (Sušinková, 2009, s. 28). Tento jev se začal vyskytovat až po druhé světové válce. Lidé, kteří přežili válku a smrt

mnoha nevinných lidí, už o smrti nechtějí slyšet. Upínají svou naději k všemocné medicíně, která je schopna porazit každou nemoc. A tak se o smrti nemluví, jako kdyby přestala existovat (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 218). Problémem je, že lidé se snaží vyhnout smrti a zdráhají se i rozloučit se zesnulým. Umírání a smrt už nejsou součástí našeho života. Lidé ztratili schopnost plnohodnotně žít, ztratili důvěru v život. Lidé již nejsou schopni věřit jeden v druhého, věří jen sobě samému a milují jen sebe. Bohužel mnoho dnešních moderních lidí nenachází uspokojivý vztah k umírání a smrti pravděpodobně proto, že nedokázali najít kladný vztah ani k životu (Sušinková, 2009, s. 28). Proto by si měli všichni uvědomit, že smrt je nevyhnutelným koncem v našem životě, i když se o ní ve společnosti málo mluví. Je nutné se naučit vnímat smrt jako přirozenou součást našeho každodenního života a umírání brát jako poslední fázi životní dráhy jednotlivce (Bužgová, 2010, s. 265). Absolutní tabuizace smrti již není zcela aktuální, čemuž napovídá i vývoj naší společnosti. Důkazem mohou být stále častěji se vyskytující články s tímto tématem v odborných, laických i populárních diskuzích skrz celou společnost. (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 103).

Instinktivně se lidé vyhýbají zmínce o umírání a smrti, protože jim to připomíná smrt vlastní (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 218).

Úzkost a strach ze smrti

Nemocný člověk se v mnohých případech nachází v tísnivé situaci. Možná si ani dobře neuvědomuje, co všechno ztrácí. Může přijít o své jméno, postavení, životní jistotu, soukromí, práci, stravovací návyky, volnost pohybu atd. K tomu všemu přibude **bolest**, slabost, obavy, nepříjemné vyšetření, aj. Reakce na novou situaci v něm může vyvolat agresí, stavy **úzkosti**, deprese, zmatenosti a má poruchy spánku. Jedná se o přirozenou reakci na velkou ztrátu zdraví (Sušinková, 2009, s. 27).

V odborné veřejnosti není přesně vymezená hranice mezi úzkostí a strachem ze smrti. Autorka Bužgová se ve svém článku pokouší ukázat na odlišnosti mezi jednotlivými pojmy. **Úzkost** charakterizuje jako nepříjemný a dlouhodobý citový stav. Člověk mívá obavy, zažívá pocity ohrožení. Není schopen přesně identifikovat původ svých obav ani poznat, kdy a odkud ohrožení přijde. Úzkost bývá způsobena obavami z něčeho nepoznaného. Je orientována do budoucna (Bužgová, 2010, s. 265).

Zato **strach** je krátkodobý, avšak velmi nepříjemný citový stav. Daná osoba kognitivně vyhodnocuje, že jí ohrožuje něco konkrétního. Člověk je zpravidla schopen pojmenovat příčinu svého strachu. Strach je tedy bezprostřední poplachová reakce na přímé ohrožení. Strach ze smrti lze charakterizovat spíše jako zkušenost ve všedním životě než v akutní situaci, kdy dochází k bezprostřednímu ohrožení života. Má několik částí:

- příprava na svoji smrt,
- strach z vlastního procesu umírání
- strach ze smrti blízkých (Bužgová, 2010, s. 265).

Tak jako v minulosti se smrti obávají i současní lidé. Můžeme říci, že v dnešní moderní, spotřební a technologicky vyspělé společnosti vzbuzuje umírání a smrt ještě větší úzkost než dříve (Kisvetrová, 2011, s. 69). Ke vštěpování úzkosti a strachu dochází v průběhu socializace, a tedy se jedná o zcela normální jev. Proto negativní společenské klima a kulturní koncept mohou mít vliv na prožívání strachu a úzkosti (Bužgová, 2010, s. 265). Dobříková uvádí, že strach ze smrti je zcela přirozený a neměl by se chápat jako něco chorobného, či dokonce patologického (Dobříková, 2008, s. 135; Topinková, 2004, s. 17). Lidé, kteří mají strach ze smrti, by chtěli žít dlouho. Ti, co se bojí umírání, nechtějí nijak toto období prodlužovat. Obecně lze říci, že úkony prodlužující život častěji odmítají ženy. Bojí se více umírání a mají slabší vůli žít, než muži (Kubešová, Kabelka, Matějovský, Weber, 2003,

s. 49). Naprosto odlišný názor má Moreno, který neudává žádný rozdíl v intenzitě úzkosti mezi ženami a muži (Moreno et al., 2008, p. 72).

Faktory ovlivňující míru úzkosti a strachu ze smrti

Mezi faktory ovlivňující míru úzkosti a strachu ze smrti můžeme zařadit: celkové mentální zdraví, životní zkušenosti se smrtí, náboženství, kulturní smýšlení o smrti a celkovou kvalitu života. Podotknout je třeba, že osobní postoje ke smrti jsou ovlivněny tím, jaký žijeme život. Lidé, kteří žijí plnohodnotný a šťastný život, mají zpravidla menší strach ze smrti, nebo zaujímají neutrální stanovisko (Bužgová, 2010, s. 265). Pokud má pacient pocit, že jeho život byl promarněný, vede ho to k výčitkám o nedostatečně naplněném životě. A pochopitelně takový člověk pociťuje úzkost (Dobříková, Slámková, 2012, s. 23). Moreno tvrdí, že lidé vyhýbající se pomyšlení a diskuzi na téma smrti pak prožívají větší úzkost ze smrti než lidé, kteří se debatě nebrání (Moreno et al., 2008, s. 72). O smrti a umírání chtějí častěji mluvit senioři než mladší lidé (Wijk, Grimby, 2008, pp. 108-110). Smrt ve stáří je blíže. Nemocní staršího věku mají více osobních zkušeností se smrtí jejich vrstevníků a příbuzných. Dá se říci, že se na smrt „připravují“, sepisují závěť a často si spoří „na pohřeb“. Tímto se strach ze smrti částečně otupuje. Na druhé straně přibývají zdravotní problémy a potíže mohou potencovat strach z vlastního umírání, že příznaky nebudou dostatečně zvládnuty (Topinková, 2004, s. 17). Není vůbec snadné prožívat jednotlivé momenty života s plným vědomím vlastní smrtelnosti. Proto si, my lidé, vytváříme obranné mechanismy, které pomáhají tlumit strach ze smrti (Kisvetrová, 2011, s. 69). Jedním z principů, jak eliminovat vnímání úzkosti ze smrti je přítomnost blízké osoby, fyzický kontakt a společná modlitba, která nemocného uklidňuje (Kubešová, Kabelka, Matějovský, Weber, 2003, s. 51; Sláma, 2004, s. 42). Čím pozitivněji hodnotí pacient svůj vztah s blízkými, tím nižší úzkost prožívá (Dobříková, Slámková, 2012, s. 23). Dalším faktorem snižující strach a úzkost je dostatečná

informovanost nemocného, umírajícího (Bužgová, 2011, s. 268). Potřebují vědět, co je čeká, jak vše bude probíhat a jak budou dlouho žít. Když už se nemocný svěřil se svojí úzkostí, jsou mu často podány uklidňující léky místo psychologické intervence. Dojde k odsunutí problému, ale ne k vyřešení (Bužgová, Zeleníková, 2012, s. 408).

Příčina vzniku úzkosti a strachu ze smrti

Sláma sděluje, že úzkost může mít řadu příčin, které se mohou kombinovat. Uvádí, na které oblasti se zeptat:

- Je úzkost zapříčiněna tělesným diskomfortem?
- Je úzkost způsobena obrazem mozkové dysfunkce?
- Je úzkost dána nesrozumitelností situace pro pacienta?
- Je úzkost projevem strachu z umírání a smrti?
- Je úzkost důsledek nevyřešených problémů v rodině, s blízkými, s Bohem?(Sláma, 2004, s. 42).

Různí autoři mají různé názory na příčiny vzniku strachu a úzkosti ze smrti. Člověk si v souvislosti se svojí nevyléčitelnou nemocí uvědomuje, že není nesmrtelný (Kisvetrová, 2012, s. 22). Samotnou smrt nemůžeme hlouběji prozkoumat, protože je mimo naši smyslovou zkušenost (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010, s. 2018). Probouzí strach a úzkost (Kisvetrová, 2012, s. 22). Za vznikem úzkosti je i malá sociální opora, či sociální izolace umírajícího (Bužgová, 2011, s. 269). Úzkost ze smrti odráží spíše silné obavy z procesu umírání než ze smrti samotné. U některých žen žijících v pečovatelských domech ve Velké Británii, vyšel najevo strach ze ztráty sebepečce v oblasti intimní hygieny a tím pádem ztráta důstojnosti na konci života. Mnoho lidí ve studii nevyjadřuje obavy ze smrti, ale jsou více nešťastní ze svých životních ztrát. Pociťují ztrátu zdraví, partnera, přátel, společenské role, nezávislosti, svobody a budoucnosti (Hall, Longhurst, Higginson, 2009, s. 414). Podobně i účastníci ve studii Monforte-Royo et al. uvádějí, že dekompenzace

vlastního fyzického stavu je horší než smrt sama. Důvody pro tento strach jsou dvojí: psycho-sociální a fyzické. Mezi psycho-sociální se řadí ztráta role a závislost na druhých. Mezi fyzické patří hlavně **strach z bolesti**, exacerbace symptomů, či progresivní zhoršení funkční kapacity (Monforte-Royo et al., 2012, s. 7).

Bolest při umírání

V dnešní době máme poměrně dobrou představu o bolesti, ale co se týká bolesti ve stáří, naše empirie jsou mnohem méně experimentálně doloženy. Jsou prozkoumány převážně klinicky. Autor podotýká, že bolest ve stáří je závažným problémem. Ve všech vyspělých státech se zvětšuje procento starších lidí, a to ve věku nad 80 let (Rokyta, 2004, s. 22).

Vondráčková ve svém článku definuje geriatrickou bolest jako: „nepříjemnou senzoryckou a emocionální zkušenost spojenou s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkání nebo popisovanou v termínech takového poškození u osob ve věku 65-79 let, 80 let a starší, kteří mají bolest déle než 3 měsíce.“ (Vondráčková, 2004, s. 28). Tato definice poukazuje na spojení mysli a těla při zkušenosti s bolestí. Proto bychom neměli zapomínat, že bolest je ryze subjektivní záležitostí se signálním a informačním významem. (Raudenská, 2012, s. 27). Jedná se o doprovodný symptom mnoha nemocí postihující právě pacienty vyššího věku (Vondráčková, 2004, s. 35; Raudenská, 2012, s. 27). Bolest je běžný problém u zesláblých lidí žijících v různém zařízení (Vondráčková, 2004, s. 29). Mnoho starších osob si stěžuje na bolesti, ale není jasné, zda jsou tyto stížnosti zcela odůvodněné (Rokyta, 2004, s. 23). I Raudenská uvádí, že se často objevuje otázka, zda je chronická bolest u seniorů somatická, anebo psychogenní (Raudenská, 2012, s. 27). Pokud trvá dlouho, postiženého sužuje a je mu překážkou. Způsobuje mu utrpení a vede k negativním emočním reakcím jako je deprese, úzkost nebo strach (Raudenská, 2012, s. 27). Výsledky celonárodní studie v Belgii ukazují, že bolest je umírajícími vnímána jako nejvíce nepříjemný fyzický

a psychický symptom ze všech (Leemans et al., 2012, s. 8). S věkem se snižuje tolerance a zvyšuje práh bolesti (Rokyta, 2004, s. 23).

Bolest, která provází stárnutí, má původ jak v maligních chorobách a jejich komplikacích, tak v nenádorových onemocněních, převážně degenerativních (Vondráčková, 2004, s. 28). Časté degenerativní změny muskuloskeletálního systému u starších lidí s sebou nesou nejen ztrátu mobility, ale také mnoho bolestivých stavů, jako bolesti kloubů, zad apod. (Vondráčková, 2004, s. 29).

Mezi laickou, ale i zdravotnickou veřejností je rozšířená představa, že terminální stádia většiny nemocí jsou úzce spjata s bolestí. Tuto bolest si představují jako nesnesitelnou, a právě až tato stádia jsou indikací k podání silných opioidů, např. morfinu (Sláma, 2007, s. 59). Bohužel domněnku veřejnosti, že lidé na konci života trpí silnou bolestí, dokládá i zahraniční studie v periodiku *Journal of Clinical Oncology*. Poukazuje se na fakt, že 25-75 % lidí na konci života trpí silnou bolestí, která není dostatečně zvládnuta opiáty. A přitom bolest by měla být jedním z hlavních symptomů, který se bude řešit (Setoguchi et al., 2008, p. 5677). Sláma tvrdí, že v posledních týdnech a dnech života je intenzita bolesti výrazně ovlivněna mnoha faktory.

Faktory **zmírňující intenzitu bolesti** v terminální fázi

- snížená pohyblivost, která vede k menší intenzitě bolesti skeletu při degenerativním onemocnění nebo metastatickém postižení,
- kumulace aktivních metabolitů analgetik působené dehydratací a renální insuficiencí. Při tomto stavu může dojít k zesílení analgetického účinku,
- celková alterace stavu vědomí (Sláma, 2007, s. 59),
- dobrý psychický stav (Kubešová, Kabelka, Matějovský, Weber, 2003, s. 50).

Faktory zhoršující intenzitu bolesti v terminální fázi

- progresse nádorového onemocnění, která vede k dalšímu poškození tkání,
- metabolické poruchy, jako je hyperkalcémie, hyperglykémie,
- komplikace imobility, jako je muskuloskeletální bolest při svalových kontrakturách, proleženiny,
- nepravidelné podávání analgetik,
- úzkost a strach z umírání,
- delirium (Sláma, 2007, s. 59),
- poruchy spánku (Vondráčková, 2004, s. 29).

Sláma poukazuje na fakt, že řada studií, ale i každodenní praxe ukazují, že intenzita bolesti u mnoha pacientů se v průběhu dne v závislosti na řadě faktorů výrazně mění. Fáze dobře zvládnuté bolesti jsou narušeny epizodami velmi silné bolesti. V posledních 15 letech došlo k podrobné analýze časového průběhu bolesti a formulování konceptu průlomové bolesti (Sláma, 2011, s. 94).

2 METODIKA

Diplomová práce s názvem „Blízké vztahy a postoj ke smrti v kontextu kvality života seniorů v domácí péči“ byla provedena formou kvantitativního typu výzkumu. Realizace proběhla pomocí české verze standardizovaného nástroje Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF. Elektronická verze těchto dotazníků v českém jazyce pro výzkumné šetření diplomové práce byla poskytnuta českým centrem WHOQOL.

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

2.1 Cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je: *zjistit subjektivní názor seniorů v domácí péči na význam blízkých vztahů a postoje ke smrti jako součásti kvality života stárnoucí populace. Od vymezení hlavního cíle se odvíjí stanovení čtyř dílčích cílů.*

Cíl 1

- *Zjistit, jak hodnotí senioři v agenturách domácí péče kvalitu svého života v definovaných doménách (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a zda je kvalita jejich života ovlivněna věkem.*

Cíl 2

- *Porovnat subjektivní hodnocení kvality života seniorů v doméně postoj ke smrti v závislosti na pohlaví.*

Cíl 3

- *Porovnat subjektivní hodnocení kvality života seniorů v doménách blízké vztahy a sociální vztahy v závislosti na jejich sociální situaci.*

Cíl 4

- *Zjistit, zda existuje souvislost mezi subjektivním hodnocením kvality života v doméně postoj ke smrti a blízké vztahy.*

Statistické hypotézy

Pro nalezení statisticky významných souvislostí mezi získanými daty byly definovány k jednotlivým dílčím cílům statistické hypotézy. Zabývají se vztahem mezi **nezávisle proměnnými**: věk, pohlaví, sociální situace a **závisle proměnnými**: kvalita života v jednotlivých doménách – fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí, blízké vztahy, postoj ke smrti.

Statistické hypotézy k cíli 1

H1₀ . *neexistuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně fyzické zdraví*

H1_A - *existuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně fyzické zdraví*

H2₀ . *neexistuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně prožívání*

H2_A - *existuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně prožívání*

H3₀ . *neexistuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy*

H3_A - *existuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy*

H4₀ . *neexistuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně prostředí*

H4_A - existuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně prostředí

Statistické hypotézy k cíli 2

H5₀ - neexistuje vztah mezi *pohlavím seniorů a postojem ke smrti*

H5_A - existuje vztah mezi pohlavím seniorů a postojem ke smrti

Statistické hypotézy k cíli 3

H6₀ - neexistuje vztah mezi *sociální situací seniora a subjektivním hodnocením v doméně blízké vztahy*

H6_A - existuje vztah mezi sociální situací seniora a subjektivním hodnocením v doméně blízké vztahy

H7₀ - neexistuje vztah mezi *sociální situací seniora a subjektivním hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy*

H7_A - existuje vztah mezi sociální situací seniora a subjektivním hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy

Statistické hypotézy k cíli 4

H8₀ - neexistuje závislost mezi *hodnocením kvality života v doméně postoj ke smrti s doménou blízké vztahy*

H8_A - existuje závislost mezi hodnocením kvality života v doméně postoj ke smrti s doménou blízké vztahy

2.2 Měřicí nástroj

Pro získání empirických dat byla použita česká verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku.

Vývoj dotazníků WHOQOL-OLD

Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace inicioval vývoj dotazníků kvality života v roce 1991. Cílem bylo, aby nový instrument s názvem WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Assessment) překonal a rozšířil dosavadní pojetí kvality života, chápané jako subjektivní posudek zdravotního stavu lidí a jejich každodenních činností, jak jej představuje např. SF-36 (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 15). Měl naplnit čtyři teze, které se po dobu dvaceti let intenzivního výzkumu ukázaly, jako nezbytné:

- **komplexnost či vícerozměrnost:** vyplývá z definic zdraví Světové zdravotnické organizace,
- **subjektivní pohled:** podchycuje vlastní pohled dotazovaného,
- **relativní, subjektivní důležitost:** zahrnuje jednotlivé aspekty života respondenta,
- **kulturní relevance:** aplikovatelnost jednoho instrumentu v různých jazykových a kulturních prostředí (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 144).

Došlo k vytvoření pracovní skupiny WHOQOL složené ze zástupců 15 výzkumných center z celého světa, za Českou republiku dr. E. Dragomirecká. Tato skupina vytvořila instrument, který je složen ze šesti oblastí, a to fyzické zdravím prožívání, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita. Dále se dotazník člení na 24 podoblastí, s celkovým počtem 100 položek. Označuje se zkratkou WHOQOL-100. Až klinická praxe ukázala potřebu vytvoření zkrácené verze – WHOQOL-BREF. Byl vytvořen 26 položkový instrument se čtyřmi oblastmi, který je

k dispozici v téměř 50 jazycích. Pro tvorbu dalších jazykových verzí byla vytvořena pravidla, podle kterých se postupovalo i při adaptaci dotazníku WHOQOL do češtiny (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 11).

WHOQOL-BREF – popis české krátké verze dotazníku kvality života ve vyšším věku

Česká verze dotazníku WHOQOL-BREF se skládá z 24 položek, které jsou uspořádány do čtyř domén:

- fyzické zdraví,
- prožívání,
- sociální vztahy,
- prostředí.

Měřicí nástroj ještě obsahuje dvě samostatné položky hodnotící spokojenost se zdravím a kvalitou života. Celkem tedy dotazník WHOQOL-BREF zahrnuje 26 položek (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 145).

WHOQOL-OLD- popis české verze dotazníku kvality života ve vyšším věku

Dotazník obsahuje šest důležitých oblastí pro osoby vyššího věku po 4 položkách:

- Fungování smyslů a nezávislost: soběstačnost, schopnost se o sebe postarat a rozhodovat se sám o svém životě,
- Naplnění: ve smyslu dosažení záměrů v minulosti, přínosu v přítomnosti a výhledu do budoucnosti,
- Sociální zapojení: kontakty s druhými lidmi, dostatek smysluplných aktivit,
- Postoj ke smrti, umírání a blízké vztahy: intimita (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 15).

Dotazníky WHOQOL-OLD a BREF česká verze

Při překladu se postupovalo podle standardní metodologie WHO. (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 15; Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 145). Nutná byla translace do cílového jazyka na základě dvou překladů vyhotovených nezávisle na sobě.

Hodnocení položek instrumentu WHOQOL je na pětistupňové Likertově škále, které vyjadřují:

- **Množství:** vůbec ne – maximálně,
- **Kapacitu:** vůbec ne – zcela,
- **Frekvenci:** nikdy – neustále,
- **Hodnocení:** velmi nespokojen – velmi spokojen; velmi špatný – velmi dobrý (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 334).

Dotazník s 24 položkami není určen pro samostatné použití, ale jako dodatkový modul k instrumentům kvality života WHOQOL-100 nebo WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 15).

Psychometrické charakteristiky hodnotícího nástroje WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD

Reliabilita

Pro domény **WHOQOL-OLD** se koeficienty vnitřní konzistence pohybovaly v intervalu 0,6-0,9, což se považuje za přijatelnou míru vnitřní konzistence. Zjištěné hodnoty Cronbachovo α pro domény instrumentu **WHOQOL-BREF** ukazují slabší vnitřní konzistenci. Celkově lze tedy říci, že vnitřní konzistence je u všech domén WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF je uspokojivá (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 18).

Validita

Stanovením **obsahové validity** nedošlo k rozšíření české verze o specifické „národní“ položky. U **konstruktové validity** je zřejmá těsnost vztahu mezi doménami skór WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF a vnímáním zdravotního stavu respondentem. **Kritériová validita** – předpokládá se, že kvalita života se snižuje s věkem, negativně působí nemoc, osamělost, chudoba a špatné vztahy v rodině (Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 19).

Předvýzkum

Celkem bylo osloveno 20 respondentů s cílem ověřit srozumitelnost a pochopení jednotlivých položek v dotazníku WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF klienty agentur domácí péče. Výsledky předvýzkumu potvrdily, že formulace položek dotazníku je pro respondenty domácí péče zcela srozumitelná.

2.3 Soubor respondentů

Výběr respondentů byl přesně určen následujícími **kritérii**: senior 65 let a více, který využívá služeb agentury domácí péče v Olomouckém kraji a souhlasí s anonymním výzkumným šetřením.

Vyřazovací kritéria byla následující: přítomnost demence u seniora, nesouhlas s provedením anonymního výzkumného šetření.

Oslovení respondentů předcházelo souhlas vedoucího pracovníka agentury domácí péče v Olomouckém regionu s realizací výzkumného šetření.

2.4 Sběr dat

Sběr dat byl realizován na základě souhlasu klienta agentury domácí péče s dotazníkovým šetřením. Při první návštěvě, za přítomnosti všeobecné sestry z agentury domácí péče, došlo k sjednání vhodného termínu pro vyplnění výzkumného nástroje. Klientům byly nabídnuty dvě možnosti

vyplnění: samostatně nebo s pomocí. Většina klientů preferovala pomoc při vyplňování dotazníku, což bylo pro administrátora dat více časově náročné. Z tohoto důvodu došlo ke snížení počtu špatně vyplněných dotazníků, které by nemohly být následně zařazeny do výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo od 1. května do 10. července 2013. Vyplněno bylo celkem 120 dotazníků ve dvou agenturách domácí péče v Olomouckém kraji (Charita Olomouc, POMADOL).

Realizace výzkumného šetření byla schválena Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

2.5 Metody statistického zpracování

Data získaná pomocí české verze standardizovaného dotazníku WHOQOL-OLD a WHOQOL-BREF byla zanesena do tabulky v programu Microsoft Excel 2010 a následně statisticky zpracována.

Statistické zpracování cíle 1

Platnost hypotézy H_{1_0} - H_{4_0} byla ověřována, zvláště pro každou doménu, pomocí neparametrické korelační analýzy. Věk seniorů byl korelován s hodnotami skóre v doméně fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Byly vypočteny hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a bylo ověřeno, zda jsou tyto koeficienty statisticky významně nenulové. Neparametrická korelace byla použita vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot věku a skóre v doménách prožívání, sociální vztahy a prostředí. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Kolmogorov- Smirnov.

Statistické zpracování cíle 2

Platnost hypotézy H_{5_0} byla ověřována pomocí Mann-Whitney U testu. Testem byla porovnána skupina mužů a žen v hodnotách skóre v dimenzi postoj ke smrti. Neparametrický test byl použit vzhledem k nenormálnímu

rozdělení hodnot skóre v obou porovnávaných skupinách seniorů. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

Statistické zpracování cíle 3

Platnost hypotézy **H6₀** byla ověřována pomocí Kruskal-Wallisova testu. Testem byly porovnány tři skupiny seniorů podle jejich sociální situace (tj. bydlí s partnerem, příbuznými nebo sám) v hodnotách skóre v dimenzi blízké vztahy. Vzhledem k signifikantnímu výsledku Kruskal-Wallisova testu byl k porovnání skupin po dvojicích použit Mann-Whitney U test s Bonferroniho korekcí signifikance na mnohonásobné porovnávání. Neparametrické testy byly použity vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre v porovnávaných skupinách. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

Platnost hypotézy **H7₀** byla ověřována pomocí Kruskal-Wallisova testu. Testem byly porovnány tři skupiny seniorů podle jejich sociální situace v hodnotách skóre v dimenzi sociální vztahy. Neparametrický test byl použit vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre v porovnávaných skupinách. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

Statistické zpracování cíle 4

Platnost hypotézy **H8₀** byla ověřována pomocí neparametrické korelační analýzy. Byla vypočtena hodnota Spearmanova korelačního koeficientu a byla testována významnost tohoto koeficientu. Neparametrická korelace byla použita vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre v obou dimenzích. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Kolmogorov-Smirnov.

3 VÝSLEDKY

Následující kapitoly prezentují výsledky jednotlivých položek dotazníku.

3.1 Demografický charakter souboru respondentů

Díky skutečnosti, že 70 % respondentů byla poskytnuta pomoc při vyplnění dotazníku, byla návratnost 100 %. Celkem bylo osloveno 124 seniorů. Pouze tři neměli zájem se podílet na anonymním výzkumném šetření a v jednom případě došlo k odmítnutí ze strany rodiny, i přes zájem samotného seniora. Výzkumného šetření bylo ochotno, z celkového počtu 120 respondentů, vyplnit 41 mužů (34 %) a 79 žen (66 %). Jejich průměrný věk byl 77 let (minimum – maximum: 65-94 let). Nejvíce respondentů 41 (34 %) absolvovalo střední školu, 58 seniorů (48 %) bylo ovdovělých a nejvíce 43 (36 %) bydlelo samo. Nejpočetnější skupinou byli respondenti z agentury domácí péče POMADOL, kterých bylo 71, oproti agentuře domácí péče Charita Olomouc, kde je celkový počet klientů nižší, viz tab. 1.

Tab. 1 Demografické charakteristiky souboru respondentů

Demografické údaje	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Pohlaví: Muž	41	34 %
Žena	79	66 %
Vzdělání: Základní	26	22 %
Vyučen	36	20 %
Středoškolské	41	34 %
Vysokoškolské	17	14 %
Rodinný stav: Svobodná/ý	12	10 %
Vdova/vdovec	58	48 %
Vdaná/ ženatý	37	31 %
Rozvedená/ý	13	11 %
Sociální situace: Bydlí s partnerem	40	33 %
Bydlí s příbuznými	37	31 %
Bydlí sám/a	43	36 %
Agentura domácí péče: POMADOL	71	59 %
Charita Olomouc	49	41 %

3.2 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-BREF

Nástroj se skládá z 24 položek, které jsou utříděny do 4 domén a dvou samostatných otázek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav.

Doména fyzické zdraví

Doména zahrnuje následujících 7 položek, zabývajících se hodnocením bolesti, závislosti na lékařské péči, únavy, pohyblivosti seniora, spánku, každodenních a pracovních činností.

Položka č. 3: *„Do jaké míry Vám brání bolest v tom, co potřebujete dělat?“*

Bolest „vůbec“ nebránila v potřebě dělat, co je potřeba, u 16 seniorů (13 %). Odpověď „trochu“ označilo 36 starších (30 %). „Středně“ omezovala bolest 29 respondentů (24 %), „hodně“ 26 (22 %) a „maximálně“ 13 seniorů (11 %), viz tab. 2.

Tab. 2 Vliv bolesti na vykonávané aktivity

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	16 (13 %)
Trochu	36 (30 %)
Středně	29 (24 %)
Hodně	26 (22 %)
Maximálně	13 (11 %)

Položka č. 4: „*Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?*“

Nejvíce 32 respondentů (27 %) si myslelo, že lékařskou péči potřebují „středně“ k tomu, aby mohli fungovat v každodenním životě. Zato 30 seniorů (25 %) se domnívalo, že pomoc lékaře potřebují „hodně“ a 10 dotazovaných (8 %) „maximálně“. Oproti tomu u odpovědi „vůbec ne“ a „trochu“ bylo vyrovnaných 24 odpovědí, což činí 20 %, viz tab. 3.

Tab. 3 Potřeba lékařské péče

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	24 (20 %)
Trochu	24 (20 %)
Středně	32(27 %)
Hodně	30 (25 %)
Maximálně	10 (8 %)

Položka č. 10: „*Máte dost energie pro každodenní život?*“

Úplný nedostatek energie pro každodenní život mělo 6 dotazovaných (5 %) naopak dostatečné množství energie udávalo pouze 9 seniorů (7 %) z celkového počtu 120. Mezi těmito odpověďmi se nachází 42 starších (35 %), kteří udávali „většinou ano“. Střední množství energie mělo 38 (32 %). Ve 25 případech (21 %) bylo zaznačeno, že energii spíše nemají pro každodenní činnost, viz tab. 4.

Tab. 4 Dostatek energie

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	6 (5 %)
Spíše ne	25 (21 %)
Středně	38(32 %)
Většinou ano	42 (35 %)
Zcela	9 (7 %)

Položka č. 15: „*Jak se dokážete pohybovat?*“

Nejčastější odpovědi na otázku „Jak se dokážete pohybovat?“ u 41 seniorů (34 %) bylo „ani špatně, ani dobře“. Z celkového počtu dotázaných odpovědělo, že se pohybuje „špatně“ 27 (22 %) a „velmi špatně“ se pohybovalo 22 (18 %). Naopak „dobře“ se pohybovalo 21 seniorů (18 %) a „velmi dobře“ 9 seniorů (8 %), viz tab. 5.

Tab. 5 Pohyb

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Velmi špatně	22 (18 %)
Špatně	27 (22 %)
Ani špatně, ani dobře	41 (34 %)
Dobře	21 (18 %)
Velmi dobře	9 (8 %)

Položka č. 16: „*Jak jste spokojen/a se svým spánkem?*“

Spokojenost se spánkem udávala až polovina respondentů 59 (49 %), „velmi spokojeno“ bylo 15 (13 %). „Velmi nespokojeno“ bylo 6 seniorů (5 %), „nespokojen“ označilo 16 starších (14 %) a 23 (19 %) nebylo schopno odpovědět ani kladně, ani záporně, tak označili odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“, viz tab. 6.

Tab. 6 Spokojenost se spánkem

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Velmi nespokojen/a	6 (5 %)
Nespokojen/a	16 (14 %)
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	23 (19 %)
Spokojen/a	59 (49 %)
Velmi spokojen/a	15 (13 %)

Položka č. 17: „*Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?*“

Nejčastěji byla zaznamenána odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ u 46 seniorů (38 %), druhá nejčastější byla odpověď „spokojen“ s prováděním každodenních činností u 30 seniorů (25 %). Nespokojeno bylo 23 starších (19 %), velmi nespokojeno 18 (15 %). Naopak „velmi spokojeno“ byli pouze 3 senioři (3 %), viz tab. 7.

Tab. 7 Schopnost provádět každodenní činnost

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Velmi nespokojen/a	18 (15 %)
Nespokojen/a	23 (19 %)
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	46 (38 %)
Spokojen/a	30 (25 %)
Velmi spokojen/a	3 (3 %)

Položka č. 18: „*Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?*“

Opět se na prvním místě, 45 seniorů (38 %), objevila odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“. 25 seniorů (21 %) bylo se svým pracovním výkonem spokojeno a 24 nespokojeno (20 %). Velmi nespokojeno udává 23 seniorů (19 %) a zcela opačného mínění byli jen 3 senioři (2 %), viz tab. 8.

Tab. 8 Spokojenost s pracovním výkonem

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Velmi nespokojen/a	23 (19 %)
Nespokojen/a	24 (20 %)
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	45 (38 %)
Spokojen/a	25 (21 %)
Velmi spokojen/a	3 (2 %)

Doména prožívání

Doména zahrnuje následujících 6 položek zaměřujících se na potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí vlastního vzhledu, spokojenost sama se sebou a negativní pocity

Položka č. 5: „*Jak moc Vás těší život?*“

Život vůbec netěšil 9 seniorů (7 %), 15 (13 %) jen „trochu“, 33 (27 %) „středně“. „Hodně“ těšil život 45 respondentů (38 %) a maximální radost z něj mělo 18 dotazovaných (15 %), viz tab. 9.

Tab. 9 Radost ze života

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	9 (7 %)
Trochu	15 (13 %)
Středně	33 (27 %)
Hodně	45 (38 %)
Maximálně	18 (15 %)

Položka č. 6: „*Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?*“

Jako „maximálně“ smysluplný vidělo svůj život 22 seniorů (18 %) v agenturách domácí péče v Olomouckém kraji, „hodně“ 37 (31 %), „středně“ 35 (29 %). „Trochu“ smysluplný život mělo 15 starších (13 %) a odpověď „vůbec ne“ označilo 11 respondentů (9 %), viz tab. 10.

Tab. 10 Smysluplnost života

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	11 (9 %)
Trochu	15 (13 %)
Středně	35 (29 %)
Hodně	37 (31 %)
Maximálně	22 (18 %)

Položka č. 7: „*Jak se dokážete soustředit?*“

Pouze jeden senior (1 %) si myslel, že se vůbec nedokáže soustředit. 20 seniorů ze 120 (17 %) označilo odpověď „trochu“, stejný počet 35 lidí (29 %) zaškrtnulo „středně“ a „hodně“. Až 29 respondentů (24 %) si myslelo, že se dokážou soustředit „maximálně“, viz tab. 11.

Tab. 11 Schopnost soustředit se

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	1 (1 %)
Trochu	20 (17 %)
Středně	35 (29 %)
Hodně	35 (29 %)
Maximálně	29 (24 %)

Položka č. 11: „*Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?*“

47 starších (39 %) odpovědělo, že dokážou „zcela“ akceptovat svůj tělesný vzhled. „Většinou ano“ odpovědělo 46 seniorů (38 %), 17 respondentů (14 %) označilo „středně“, 9 (8 %) „spíše ne“ a pouze 1 senior nedokáže akceptovat svůj vzhled, viz tab. 12.

Tab. 12 Akceptace tělesného vzhledu

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	1 (1 %)
Spíše ne	9 (8 %)
Středně	17 (14 %)
Většinou ano	46 (38 %)
Zcela	47 (39 %)

Položka č. 19: „*Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?*“

Velmi nespokojeno samo se sebou bylo 9 dotázaných (7 %), nespokojeno 24 (20 %). Vyhýbavou odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ zvolilo 44 seniorů (37 %). Spokojeno bylo 33 seniorů (28 %) a velmi spokojeno 10 mužů a žen (8 %), viz tab. 13.

Tab. 13 Spokojenost sám/sama se sebou

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Velmi nespokojen/a	9 (7 %)
Nespokojen/a	24 (20 %)
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	44 (37 %)
Spokojen/a	33 (28 %)
Velmi spokojen/a	10 (8 %)

Položka č. 26: „*Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?*“

Rozmrzelostí, beznadějí, úzkostí nebo depresí „nikdy“ netrpí 32 seniorů (27 %), „někdy“ až 47 (39 %). „Střední“ výskyt negativních pocitů mělo 16 starších (13 %). „Celkem často“ hodnotilo 21 respondentů (18 %) a neustálá přítomnost těchto pocitů se vyskytovala u 4 (3 %), viz tab. 14.

Tab. 14 Prožívání negativních pocitů

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Nikdy	32 (27 %)
Někdy	47 (39 %)
Středně	16 (13 %)
Celkem často	21 (18 %)
Neustále	4 (3 %)

Doména sociální vztahy

Doména zahrnuje následujících 3 položky zabývající se osobními vztahy, sexuálním životem, podporou přátel a osobním bezpečím.

Položka č. 20: „*Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?*“

Nejčastější odpovědí seniorů bylo, že jsou spokojeni se svými osobními vztahy v 56 případech (47 %). Druhá nejčastější odpověď byla, že jsou velmi spokojeni, a to v 31 případech (26 %). 23 seniorů (19 %) zvolilo vyhýbavou odpověď. Nespokojeno s osobními vztahy bylo 9 starších (7 %) a velmi nespokojen byl 1 senior (1 %), viz tab. 15.

Tab. 15 Spokojenost s osobními vztahy

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Velmi nespokojen/a	1 (1 %)
Nespokojen/a	9 (7 %)
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	23 (19 %)
Spokojen/a	56 (47 %)
Velmi spokojen/a	31 (26 %)

Položka č. 21: „*Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?*“

Velmi nespokojeno se svým sexuálním životem bylo 27 seniorů (23 %), nespokojeno 22 seniorů (18 %). Vyhýbavou odpověď zvolilo 31 respondentů (26 %). Naopak spokojeno bylo 35 starších (29 %) a velmi spokojeno 5 osob (4 %), viz tab. 16.

Tab. 16 Spokojenost se sexuálním životem

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Velmi nespokojen/a	27 (23 %)
Nespokojen/a	22 (18 %)
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	31 (26 %)
Spokojen/a	35 (29 %)
Velmi spokojen/a	5 (4 %)

Položka č. 22: „*Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?*“

Odpověď „velmi spokojeno“ zvolilo 16 seniorů (13 %), nejčastěji bylo zakroužkováno „spokojeno“ u 53 respondentů (44 %). Odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ u 44 starších (37 %). Nespokojeno s podporou přátel bylo 5 seniorů (4 %) a velmi nespokojeni 2 (2%), viz tab. 17.

Tab. 17 Spokojenost s podporou přátel

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Velmi nespokojen/a	2 (2 %)
Nespokojen/a	5 (4 %)
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	44 (37 %)
Spokojen/a	53 (44 %)
Velmi spokojen/a	16 (13 %)

Doména prostředí

Doména zahrnuje následujících 8 položek zkoumajících životní prostředí seniora, finanční situaci, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče a dopravu.

Položka č. 8: „*Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?*“

Nejvíce respondentů, 54 (45 %), označilo odpověď „hodně“. 39 (33 %) zvolilo variantu „maximálně“, 22 (18 %) „středně“ a 5 seniorů (4 %) „trochu“. Nikdo neoznačil odpověď „vůbec ne“, viz tab. 18.

Tab. 18 Pocit bezpečí

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	0
Trochu	5 (4 %)
Středně	22 (18 %)
Hodně	54 (45 %)
Maximálně	39 (33 %)

Položka č. 9: „*Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?*“

Žádný senior neoznačil odpověď „vůbec ne“. Pouze 2 senioři (2 %) označilo „trochu“, 24 dotázaných (20 %) se domnívá, že „středně“. Nejfrekventovanější byla odpověď „hodně“ až v 51 případech (42 %), kterou následovalo „maximálně“ ve 43 případech (36 %), viz tab. 19.

Tab. 19 Pocit zdravého prostředí

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	0
Trochu	2 (2 %)
Středně	24 (20 %)
Hodně	51 (42 %)
Maximálně	43 (36 %)

Položka č. 12: „*Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?*“

Nejčastější reakce 59 seniorů (49 %) byla, že mají dostatek peněz k uspokojení svých potřeb „středně“. Ve 22 případech (18 %) mají „hodně“ peněz. Pouze 9 seniorů zaznamenalo, že mají „maximálně“ peněz k uspokojení svých potřeb. Naopak 15 seniorů (12,5 %) udávalo, že spíše nemají dostatek peněz a stejný počet si stěžoval na úplný nedostatek, viz tab. 20.

Tab. 20 Dostatek peněz

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	15 (12,5 %)
Spíše ne	15 (12,5 %)
Středně	59 (49 %)
Většinou ano	22 (18 %)
Zcela	5 (8 %)

Položka č. 13: „*Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?*“

Maximální možnou odpověď označila téměř polovina 59 respondentů (49 %). 40 seniorů (34 %) se domnívalo, že většinou mají dostatek informací pro svůj každodenní život. Odpověď „středně“ určilo 15 seniorů (13 %) a pouze 5 (4 %) „spíše ne“. Žádný senior si nemyslí, že by neměl informace potřebné ke svému každodennímu životu, viz tab. 21.

Tab. 21 Přístup k informacím

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	0
Spíše ne	5 (4 %)
Středně	15 (13 %)
Většinou ano	40 (34 %)
Zcela	59 (49 %)

Položka č. 14: „*Máte možnost věnovat se svým zálibám?*“

Svým zálibám se vůbec nevěnuje 5 seniorů (4 %) z celkového počtu dotázaných. „Spíše ne“ byla odpověď u 25 seniorů (21 %). „Středně“ se svým zálibám věnuje 20 starších (17 %) a nejvíce 51, respondentů, označilo „většinou ano“. Zcela se svým zálibám věnuje 19 dotázaných (16 %), viz tab. 22.

Tab. 22 Věnování se zálibám

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	5 (4 %)
Spíše ne	25 (21 %)
Středně	20 (17 %)
Většinou ano	51 (42 %)
Zcela	19 (16 %)

Položka č. 23: „*Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?*“

Velmi nespokojen s podmínkami byl 1 (1 %), nespokojeni byli 3 senioři (2 %). Vyhýbanou odpověď zvolilo 32 starších (27 %). Nejpočetnější odpověď byla „spokojen“, kterou zaznačilo 55 seniorů (46 %) a velmi spokojeno bylo 29 (24 %), viz tab. 23.

Tab. 23 Spokojenost s podmínkami v místě bydliště

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Velmi nespokojen/a	1 (1 %)
Nespokojen/a	3 (2 %)
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	32 (27 %)
Spokojen/a	55 (46 %)
Velmi spokojen/a	29 (24 %)

Položka č. 24: „*Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?*“

Velmi spokojeno s dostupností zdravotní péče v Olomouckém kraji bylo 50 dotazovaných (42 %), spokojeno 42 seniorů (35 %). 27 seniorů (22 %) se nemohlo rozhodnout ani pro jednu kladnou či zápornou odpověď. Nespokojen byl pouze 1 (1 %) a nikdo neodpověděl, že by byl velmi nespokojen, viz tab. 24.

Tab. 24 Spokojenost s dostupností zdravotní péče

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Velmi nespokojen/a	0
Nespokojen/a	1 (1 %)
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	27 (22 %)
Spokojen/a	42 (35 %)
Velmi spokojen/a	50 (42 %)

Položka č. 25: „*Jak jste spokojen/a s dopravou?*“

„Spokojeno“ s dopravou bylo 37 klientů (31 %), velmi spokojeno bylo 36 (30 %). „Ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ označilo 31 seniorů (26 %). Nespokojení vyjádřilo 13 ze 120 (11 %) a velmi nespokojeni byli jen 3 senioři (2 %), viz tab. 25.

Tab. 25 Spokojenost s dopravou

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Velmi nespokojen/a	3 (2 %)
Nespokojen/a	13 (11 %)
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	31 (26 %)
Spokojen/a	37 (31 %)
Velmi spokojen/a	36 (30 %)

3.3 Souhrn výsledků pro domény WHOQOL-BREF

Nejvíce seniorů (30 %) v doméně **fyzické zdraví** uvedlo, že je při činnostech, které potřebují dělat, ovlivňuje *bolest* pouze „trochu“. V hodnocení *potřebnosti lékařské péče* byla nejvíce zastoupena (27 %) kategorie „středně“. Na otázku, zda mají senioři dost *energie pro každodenní život*, byla rovněž nejčastější odpověď (32 %) „středně“. Třetina seniorů (34 %) hodnotila svou *schopnost pohybovat se* stupněm „ani dobře, ani špatně“, *spokojenost se spánkem* udávalo 49% seniorů. Pro hodnocení *spokojenosti s prováděním každodenních činností a pracovní výkonnosti* volili nejčastěji senioři (38 %) variantu „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“.

Odpovědi v doméně **prožívání** ukázaly, že 38 % seniorů *těší život* „hodně“, 31 % jej vnímá jako „hodně“ *smysluplný* a 29 % se dokáže *soustředit* „hodně“. *Zcela svůj tělesný vzhled akceptuje* 39 % dotazovaných. Odpověď „ani spokojen/a, ani nespokojen/a“ uvedlo 37 %

seniorů při dotazu na spokojenost sama se sebou. V otázce týkající se *četnosti negativních pocitů* udávalo 39 % seniorů odpověď „málo“.

Spokojenost s *osobními vztahy* v doméně **sociální vztahy** udávalo 47 % dotázaných. Se svým *sexuálním životem* bylo „spokojeno“ 29 % seniorů. Taktéž spokojeno s *podporou přátel* bylo 44 % seniorů.

V doméně **prostředí** hodnotilo 45 % seniorů *bezpečnost svého každodenního života* variantou odpovědi „hodně“. Opět nejčastější odpověď u 42 % respondentů, *jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete*, byla „hodně“. Polovina seniorů (49 %) hodnotí *množství peněz k uspokojení svých potřeb* odpovědí „středně“. Stejně množství dotázaných (49 %) hodnotí *přístup k informacím* jako „zcela“ dostatečný. *Věnovat se svým zálibám* „většinou ano“ může 42 %. *S podmínkami v místě bydliště* je „spokojeno“ 46% seniorů. Velmi spokojeno s *dostupností zdravotní péče* bylo 42 % a s *dopravou* 37 % respondentů.

3.4 Vyhodnocení položek dotazníku WHOQOL-OLD

Doména postoj k smrti

Doména zahrnuje následující 4 položky zabývající se obavami ze smrti a strachem z bolesti při umírání.

Položka č. 6: „Znepokojujete se nad tím, jak zemřete?“

Až 73 dotázaných (61 %) odpovědělo „vůbec ne“. „Trochu“ se znepokojovalo 20 seniorů (17 %). Střední znepokojení cítilo 18 starších (15 %). 6 seniorů se znepokojí nad touto myšlenkou „hodně“ a 3 (2 %) „maximálně“, viz tab. 26.

Tab. 26 Znepokojení nad smrtí

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	73 (61 %)
Trochu	20 (17 %)
Středně	18 (15 %)
Hodně	6 (5 %)
Maximálně	3 (2 %)

Položka č. 7: „Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?“

Ztráty kontroly se vůbec neobává 62 seniorů (52 %). „Trochu“ byla odpověď 33 dotázaných starších lidí (27 %). 11 (9 %) reagovalo variantou „středně“ a 14 (12 %) „hodně“. Žádný neoznačil, že by se obával ztráty kontroly maximálně, viz tab. 27.

Tab. 27 Obavy ze ztráty kontroly v souvislosti se smrtí

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	62 (52 %)
Trochu	33 (27 %)
Středně	11 (9 %)
Hodně	14 (12 %)
Maximálně	0

Položka č. 8 : „*Jak moc se bojíte umírání?*“

Maximální strach z umírání trápil pouze 1 respondenta (1 %) a 13 (11 %) trápil hodně. Střední obavy mělo 19 dotázaných (16 %). Odpověď „trochu“ byla častá u 32 seniorů (26 %). Zato žádnými obavami netrpí 55 seniorů (32 %), viz tab. 28.

Tab. 28 Strach z umírání

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	55 (46 %)
Trochu	32 (26 %)
Středně	19 (16 %)
Hodně	13 (11 %)
Maximálně	1 (1 %)

Položka č. 9: „*Jak moc se bojíte bolesti při umírání?*“

Bolesti při umírání se bojí nejvíce 9 seniorů (7 %), „hodně“ 25 seniorů (21 %), „středně“ 22 (18 %), „trochu“ 44 (37 %) a vůbec se neobává 20 respondentů (17 %), viz tab. 29

Tab. 29 Strach z bolesti při umírání

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	20 (17 %)
Trochu	44 (37 %)
Středně	22 (18 %)
Hodně	25 (21 %)
Maximálně	9 (7 %)

Doména blízké vztahy

Doména zahrnuje následující 4 položky zabývající se významem přátelství a láskou v životě.

Položka č. 21: „*Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?*“

Přátelství má pro 33 seniorů (27 %) „maximální“ význam, pro 44 seniorů (37 %) velký význam. Střední význam přátelství v životě sdělilo 27 starších (23 %). Zato malý význam má přátelství u 11 seniorů (9 %) a vůbec žádný pro 5 dotazovaných (4 %), viz tab. 30.

Tab. 30 Význam přátelství

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	5 (4 %)
Trochu	11 (9 %)
Středně	27 (23 %)
Hodně	44 (37 %)
Maximálně	33 (27 %)

Položka č. 22: „*Kolik je ve Vašem životě lásky?*“

Velké množství lásky pociťuje 36 seniorů (30 %), „hodně“ lásky 43 seniorů (36 %), „středně“ bylo láskou zahrnuto 23 starších (19 %). 15 respondentů (12 %) má jen „trochu“ lásky ve svém životě, a dokonce 3 (3 %) nepociťují žádnou lásku, viz tab. 31.

Tab. 31 Množství lásky v životě

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	3 (3 %)
Trochu	15 (12 %)
Středně	23 (19 %)
Hodně	43 (36 %)
Maximálně	36 (30 %)

Položka č. 23: „Máte příležitost někoho milovat?“

Nejvíce respondentů zvolilo odpověď „maximálně“ a to 43 (36 %). Druhá nejčastější varianta byla „hodně“ u 33 starších (27 %), 20 seniorů (17 %) zakroužkovalo odpověď „středně“. „Trochu“ uvedlo 17 respondentů (14 %) a „vůbec ne“ 7 seniorů (6 %), viz tab. 32.

Tab. 32 Příležitost někoho milovat

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	7 (6 %)
Trochu	17 (14 %)
Středně	20 (17 %)
Hodně	33 (27 %)
Maximálně	43 (36 %)

Položka č. 24: „Máte příležitost být někým milován/a?“

Pocit, že je nikdo nemiluje, mělo 8 seniorů (7 %), variantu „málo“ označilo 12 dotázaných (10 %). Odpověď „středně“ se vyskytovala u 27 seniorů (22 %). V 36 případech (30 %) měli senioři pocit, že jsou milováni „hodně“ a v 37 případech (31 %) „maximálně“, viz tab. 33.

Tab. 33 Být někým milován

Varianty odpovědí	Četnost varianty odpovědi
Vůbec ne	8 (7 %)
Málo	12 (10 %)
Středně	27 (22 %)
Hodně	36 (30 %)
Maximálně	37 (31 %)

3.5 Souhrn výsledků pro domény WHOQOL-OLD

V doméně **postoj ke smrti** 61 % seniorů udávalo, že se vůbec *neznepokojuje nad tím, jak zemře*. Polovina dotázaných (52 %) se vůbec neobává *ztráty kontroly v souvislosti se smrtí*. Téměř polovina seniorů (46 %) také uvádí, že se *nebojí umírání* a 37 % seniorů se *bolesti při umírání* bojí „trochu“.

Nejčastěji *význam přátelství* hodnotilo 37 % seniorů v doméně **blízké vztahy** variantou odpovědi „hodně“. Více než jedna třetina (36 %) seniorů cítí, že v jejich životě je „hodně“ *lásky*. Maximální *příležitost někoho milovat* má 36 % a pocit, že jsou senioři *někým „maximálně“ milováni* udává 31 % respondentů.

3.6 Souhrn ověření statistických hypotéz k cíli 1

Výsledky k cíli 1 (*Zjistit, jak vnímají senioři v domácí péči kvalitu svého života v definovaných dimenzích (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) a zda je kvalita jejich života ovlivněna věkem.*) byly získány zpracováním dat z dotazníku WHOQOL-BREF a porovnány s demografickým údajem.

Hypotézu H1₀– „*Neexistuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně fyzické zdraví*“ **zamítáme**. Spearmanova korelační analýza prokázala slabou nepřímou závislost mezi věkem seniorů a hodnotami skóre v doméně fyzické zdraví. Hodnota korelačního koeficientu $r = - 0,313$ a hladina signifikance testu významnosti korelačního koeficientu byla $p = 0,001 (< 0,05)$. **Bylo prokázáno, že s rostoucím věkem seniorů kvalita života v doméně fyzické zdraví statisticky významně klesá.**

Hypotézu H2₀– „*Neexistuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně prožívání*“ **nelze zamítnout**. Mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně prožívání nebyla prokázána statisticky významná závislost.

Hypotézu H3₀– „*Neexistuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy*“ **nelze zamítnout**. Mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy nebyla prokázána statisticky významná závislost.

Hypotézu H4₀– „*Neexistuje vztah mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně prostředí*“ **nelze zamítnout**. Mezi věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně prostředí nebyla prokázána statisticky významná závislost.

Tabulka s výsledky Spearmanovy korelační analýzy

Tab. 34 Závislost mezi fyzickým zdravím, prožíváním, sociálními vztahy, prostředím a věkem

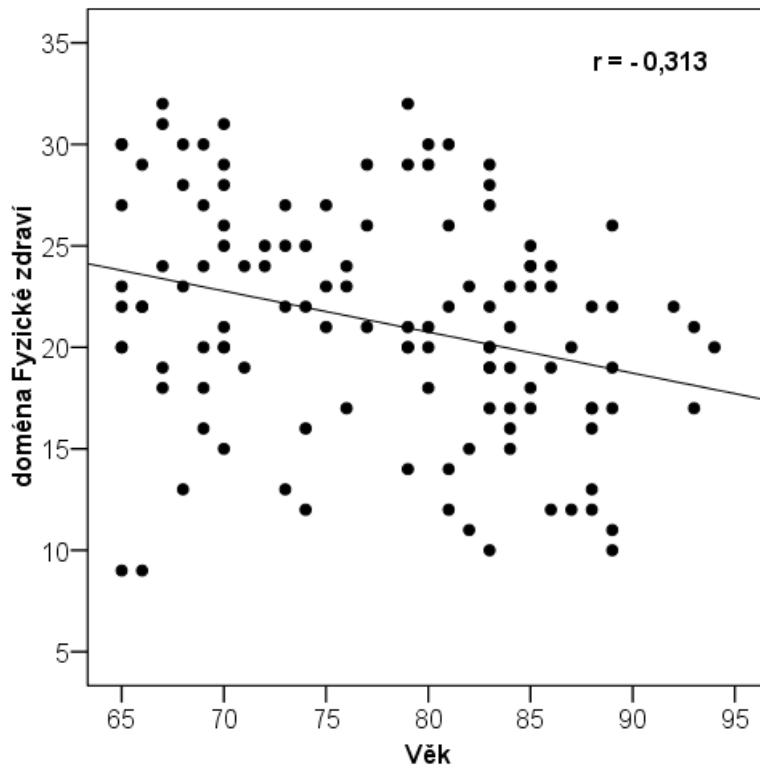
Spearmanova korelační analýza

		doména Fyzické zdraví	doména Prožívání	doména Sociální vztahy	doména Prostředí
VĚK	korelační koeficient	-,313**	-,125	,033	-,035
	Signifikance	,001	,173	,722	,701
	N	120	120	120	120

** . Korelace je významná na hladině 0,01

Bodový graf závislosti skóre v doméně fyzické zdraví na věku seniorů

Graf 1- Skóre fyzického zdraví a věku



3.7 Souhrn ověření statistických hypotéz k cíli 2

Výsledky k cíli 2 (*Porovnat subjektivní hodnocení kvality života seniorů v doméně „postoj ke smrti“ v závislosti na pohlaví.*) byly získány zpracováním dat z jedné domény dotazníku WHOQOL-OLD a porovnány s demografickým údajem.

Hypotézu H5₀– „*Neexistuje vztah mezi pohlavím seniorů a postojem ke smrti*“ **nelze zamítnout**. Mann-Whitney U test **neprokázal signifikantní rozdíl mezi muži a ženami v postoji ke smrti**. Medián skóre v dimenzi

postoj ke smrti byl v obou skupinách stejný 17 bodů, hladina signifikance Mann-Whitney U testu $p = 0,962 (> 0,05)$.

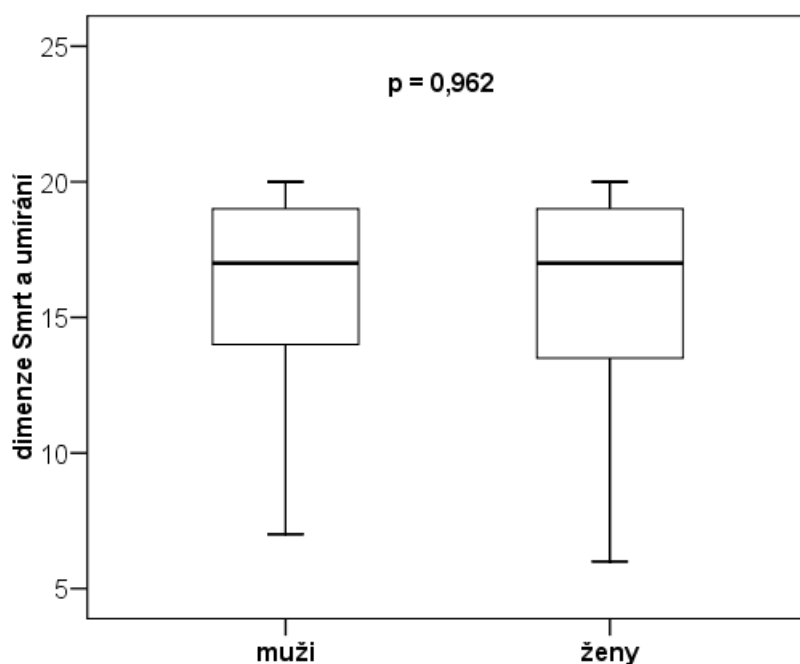
Následující tabulka uvádí základní popisné charakteristiky skóre ve skupině muži a ženy. V posledním sloupci je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu.

Tab. 35 Skóre pohlaví ve vztahu k dimenzi postoj ke smrti

Doména postoj ke smrti	Muži (n=41)	Ženy (n=79)	Signifikance p
Medián skóre (min-max)	17,0 (7-20)	17,0 (6-20)	0,962

Distribuce hodnot skóre je pro obě porovnávané skupiny zobrazena pomocí kvartilového krabicového grafu. Silná čára uvnitř krabice zobrazuje medián hodnot skóre, dno a víko krabice zobrazují polohu dolního a horního kvartilu, anténky nahoře a dole zobrazují minimální a maximální hodnotu skóre.

Graf 2 Závislost mezi postojem ke smrti a pohlavím



3.8 Souhrn ověření statistických hypotéz k cíli 3

Výsledky k cíli 3 (*Porovnat subjektivní hodnocení kvality života seniorů v doméně blízké vztahy a sociální vztahy v závislosti na jejich sociální situaci.*) byly získány zpracováním dat ze dvou domén, které se nacházejí v dotaznících WHOQOL-OLD, WHOQOL-BREF. Tyto domény byly porovnány s demografickým údajem.

Hypotézu H₆₀ zamítáme. Kruskal-Wallisův test s Mann-Whitney post hoc testem **prokázaly signifikantní závislost mezi sociální situací seniorů a jejich hodnocením v doméně blízké vztahy.** Signifikantně vyšší hodnota skóre v dimenzi blízké vztahy byla zjištěna u seniorů, kteří bydlí s partnerem (medián skóre 17 bodů) než u seniorů, kteří bydlí s příbuznými (medián 15 bodů) nebo u seniorů, kteří bydlí sami (medián skóre 14 bodů). Korigovaná hladina signifikance Mann-Whitney U testu $p = 0,049$; resp. $p = 0,001$.

Následující tabulka uvádí základní popisné charakteristiky skóre v doméně blízké vztahy ve všech porovnávaných skupinách seniorů. V posledním řádku je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu.

Tab. 36 Skóre mezi sociální situací a blízkými vztahy

Sociální situace	Doména blízké vztahy
1 – bydlí s partnerem (n=40)	17,0 (11-20)
2 – bydlí s příbuznými (n=37)	15,0 (9-20)
3 – bydlí sám (n=43)	14,0 (4-20)
Signifikance Kruskal-Wallisova testu	0,001

medián (minimum-maximum)

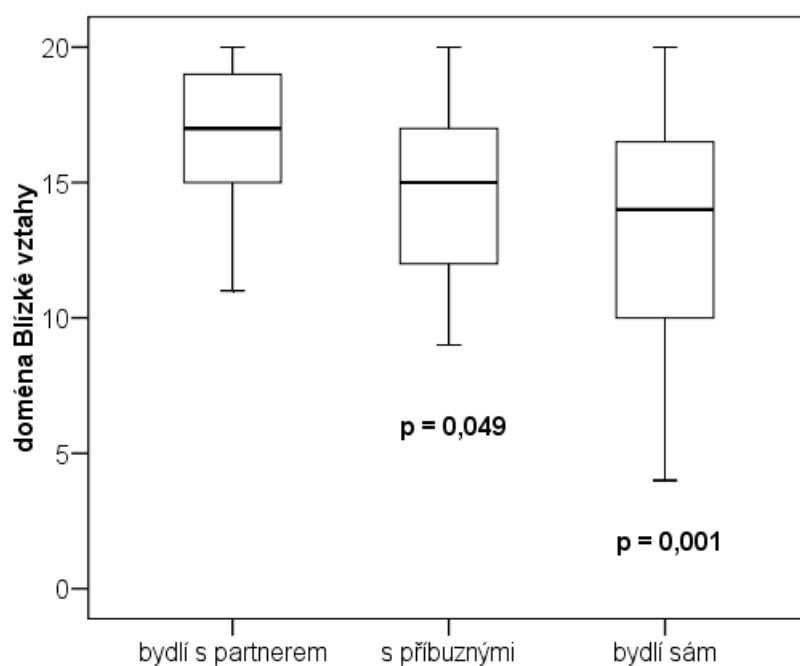
Signifikanci Mann-Whitney post hoc testu s Bonferroniho korekcí uvádí následující tabulka.

Tab. 37 Signifikance sociální situace

Porovnávané skupiny podle sociální situace	Signifikance p
Bydlí s partnerem vs. bydlí s příbuznými	0,049
Bydlí s partnerem vs. bydlí sám	0,001
Bydlí s příbuznými vs. bydlí sám	0,419

Distribuce hodnot skóre v porovnávaných skupinách je zobrazena pomocí kvartilového krabicového grafu.

Graf 3 Závislost mezi blízkými vztahy a sociální situací



Hypotézu H7₀ - „*Neexistuje vztah mezi sociální situací seniora a subjektivním hodnocením kvality života v doméně sociální vztahy* **nelze zamítnout**. Kruskal-Wallisův test **neprokázal signifikantní závislost**

mezi sociální situací seniorů a jejich hodnocením v doméně sociální vztahy. Hladina signifikance testu $p = 0,201 (> 0,05)$.

Následující tabulka uvádí základní popisné charakteristiky skóre v doméně sociální vztahy ve všech porovnávaných skupinách seniorů. V posledním řádku je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu.

Tab. 38 Skóre mezi sociální situací a sociálními vztahy

Sociální situace	Doméně sociální vztahy
1 – bydlí s partnerem	11,0 (5-14)
2 – bydlí s příbuznými	10,0 (7-14)
3 – bydlí sám	10,0 (5-14)
Signifikance Kruskal-Wallisova testu	0,201

medián (minimum-maximum)

3.9 Souhrn ověření statistických hypotéz k cíli 4

Výsledky k cíli 4 (*Zjistit, zda existuje souvislost mezi subjektivním hodnocením kvality života v doméně postoj ke smrti a blízké vztahy*) byly získány zpracováním a porovnáním dat dvou domén dotazníku WHOQOL-OLD.

Hypotézu H5₀– „*Neexistuje závislost mezi hodnocením kvality života v doméně postoj ke smrti a blízké vztahy* **nelze zamítnout.** Spearmanova korelační analýza **neprokázala statisticky významnou závislost mezi hodnocením kvality života v doménách postoj ke smrti a blízké vztahy.** Hodnota korelačního koeficientu $r = 0,139$ a hladina signifikance testu významnosti korelačního koeficientu byla $p = 0,130 (> 0,05)$.

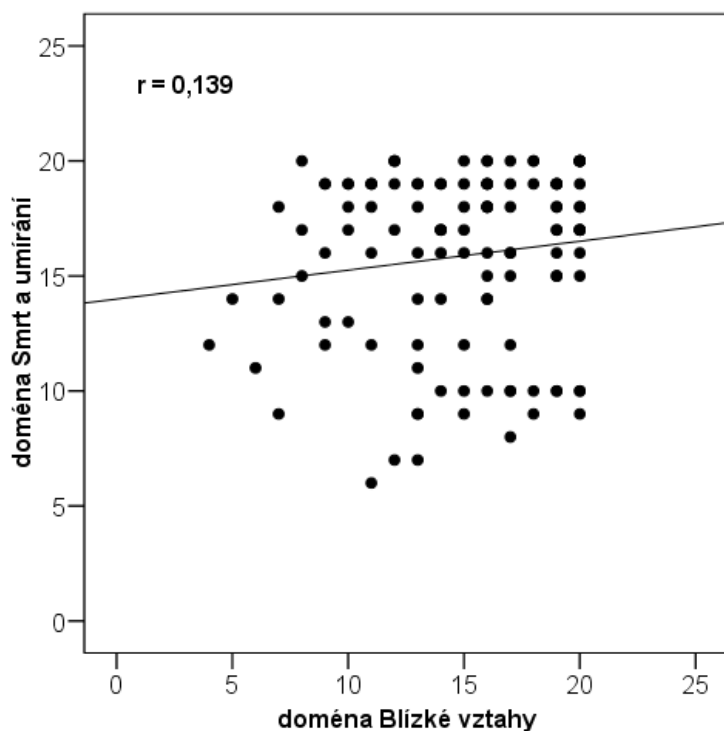
Tab. 39 Spearmanova korelační analýza blízkých vztahů a postoje ke smrti

Spearmanova korelační analýza

		doména Postoj ke smrti
doména Blízké vztahy	korelační koeficient	,139
	Signifikance	,130
	N	120

Bodový graf závislosti mezi hodnocením kvality života v doméně postoj ke smrti a blízké vztahy

Graf 4 Závislost mezi postojem ke smrti a blízkými vztahy



Data byla analyzována statistickým programem SPSS verze 15 (SPSS Inc., USA).

4 DISKUZE

Ve výzkumném šetření v rámci této diplomové práce prováděném v agenturách domácí péče v Olomouckém regionu 2013 **bylo prokázáno, že s rostoucím věkem seniorů kvalita života v doméně fyzické zdraví statisticky významně klesá.** Výsledky potvrzuje i průřezová studie Vitorina, Paskulina a Vianna, která poukazuje na fakt snižování kvality života v souvislosti s přibývajícím věkem. (Vitorino, Paskulin, Vianna, 2012, s. 1192). Netuvell et al. jsou přesvědčeni, že vliv věku na kvalitu života lze zaznamenat pouze u lidí 75 letých a starších. Dále uvádějí, že kvalita života se mění v jeho průběhu. Zásadní vliv mají klíčové faktory, mezi které patří nemoc, funkční omezení, omezení v pohybu, každodenních činnostech a instrumentálních aktivitách každodenního života (Netuvell, et al., 2006, s. 361-2). Stejný názor prezentují autoři Halvorsrud et al., kteří se domnívají, že s přibývajícím věkem se lidé častěji setkávají s nemocemi a různými omezeními, které snižují kvalitu života (Halvorsrud, et al., 2010, s. 252). Zdraví samo o sobě má zásadní vliv na subjektivní hodnocení kvality života (Molzahn, et al., 2010, s. 197).

Statisticky významná závislost mezi **věkem seniorů a hodnocením kvality života v doméně prožívání, sociální vztahy a prostředí** nebyla výzkumným šetřením této diplomové práce prokázána. V rámci rešerše nedošlo k nalezení žádné studie, která by se speciálně zaměřila na tuto problematiku. Provázanost výše zmíněných domén ale potvrzují zahraniční výzkumy. Osamělost je podle Hellstöma, Perssona, Hallberga velmi významný faktor přispívající k nízkému hodnocení kvality života. Právě lidé žijící doma sami a využívající pečovatelských služeb hodnotí svoji kvalitu života jako nízkou oproti lidem, kteří pomoci pečovatelů nevyužívají. Dále autoři vysvětlují, že senioři, kteří potřebují služby pečovatelů, více trpí muskuloskeletální bolestí, sníženou pohyblivostí,

závratěmi a únavou (Hellstöm, Persson, Hallberg, 2003, s. 590-1). V průřezové studii, která použila nástroj WHOQOL-BREF bylo zjištěno že právě bydlení seniorů v pečovatelských domech velmi příznivě ovlivňuje kvalitu života. Takové instituce jsou schopny zajistit pocit bezpečí, dostupnost zdravotní péče a poskytují možnost setkání s vrstevníky. I starší lidé považují za důležité udržovat kontakt se svými vrstevníky a trávit s nimi svůj volný čas např. při rybaření, výletech, tanci, atd. A právě i fyzická aktivita jim pomáhá k udržení vitality a energie pro každodenní činnosti, což umožní zlepšení autonomie (Vitorino, Paskulin, Vianna, 2012, s. 1191 - 1192). Výzkum realizovaný také dotazníkem WHOQOL-BREF ukázal, že v oblasti sociálních vztahů hodnotí senioři 60% kvalitu svého života. Podle autorů lze zvýšit kvalitu života získáním nových plnohodnotných vztahů a vytvořením prostředí pro smysluplné aktivity včetně zapojení seniorů do širšího společenského dění (Farský, Solárová, 2010, s. 36, 38).

Z pohledu seniora má postoj ke smrti a umírání velký vliv na způsob jeho prožívání a vyrovnávání se s úmrtím (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 338). Jeho postoj je ovlivněn řadou faktorů, jako je etnický původ, vzdělání, zkušenosti člověka s bolestí a fyzickým utrpením. Podle průzkumu je nižší vzdělání u afrických Američanů spojeno se sníženou připraveností na smrt, tedy z většího strachu ze smrti (McLeod-Sordjan, 2013, s. 7-9). Právě přítomnost chronického onemocnění zvyšuje obavy seniorů ze smrti. Naopak působí rostoucí věk, kdy jsou starší lidé více smířeni s procesem umírání a smrtí než mladší senioři. Dalším pozitivně působícím faktorem je vyšší vnímaná kvalita života. (Bowling, et al., 2009, s. 201). Ve výzkumném šetření v rámci této diplomové práce **se neprokázal signifikantní rozdíl mezi muži a ženami v postoji ke smrti.** Naopak výsledky výzkumu Dvořáčkové a Kajanové ukázaly, že postoj ke smrti a umírání je u mužů a u žen odlišný v domácím prostředí. Ženy v doméně smrti a umírání subjektivně hodnotí vyšší kvalitu svého života

než muži. (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 335). Lze se domnívat, že rozdíl je způsoben charakterem výzkumného souboru. Započítání jsou do celkového počtu i senioři navštěvující Univerzitu třetího věku. Předpokládat lze, že tito lidé jsou aktivnější a vitálnější oproti zkoumanému souboru v této diplomové práci. Dále Dvořáčková s Kajanovou uvádí, že jejich zjištění se shodují s Dragomireckou a Prajsovou v tom, že obavy ze smrti a umírání patří ke stáří, ale na hodnocení kvality života nemají zvláštní vliv (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 337).

Podle autorek otázky týkající se smrti a umírání seniory velice zajímaly a měli potřebu se k těmto položkám vyjadřovat i podrobněji (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 337). Potřebu seniorů hovořit o smrti a umírání potvrzuje i Wijk a Grimby (Wijk, Grimby, 2008, p. 108-110). Při realizaci výzkumného šetření diplomové práce byly reakce seniorů na otázky týkající se smrti a umírání spíše negativní. Relativní přítomnost blízké smrti si nechtěli připomínat, což může souviset se zhoršením fyzického stavu.

Ve výzkumném šetření v rámci diplomové práce se **prokázala signifikantní závislost mezi sociální situací seniorů a jejich hodnocením kvality života v doméně blízké vztahy**. Signifikantně vyšší hodnota skóre v doméně blízké vztahy byla zjištěna u seniorů, kteří bydlí s partnerem, ve srovnání se seniory, kteří bydlí s příbuznými nebo u seniorů, kteří bydlí sami. Stejně výsledky uvádí i Dvořáčková s Kajanovou. Senioři z Jihočeského kraje žijící v partnerském vztahu hodnotí kvalitu svého života výše než ti, co žijí bez partnera (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 337). Netuvel et al. uvádějí, že mezi faktory pozitivně ovlivňující kvalitu života patří dobré vztahy s dětmi, rodinou a přáteli (Netuvel, et al., 2006, s. 361). Lze se domnívat, že rozdíl je opět způsoben charakterem výzkumného souboru ve výzkumu realizovaném Dvořáčkovou a Kajanovou. Započítání jsou do celkového počtu i senioři

navštěvující Univerzitu třetího věku, u kterých lze předpokládat vyšší vitalitu oproti zkoumanému souboru výzkumného šetření diplomové práce.

Ve výzkumném šetření diplomové práce se **neprokázala statisticky významná závislost mezi hodnocením kvality života v doméně postoj ke smrti s doménou blízké vztahy**. Ve výzkumu Dvořáčkové a Kajanové byly statisticky významné souvislosti prokázány pouze u domény blízké vztahy, a to v souvislosti s věkem a se skutečností, zda má či nemá senior děti. Další významná souvislost se ukázala s rodinným stavem. Lidé ve věkové kategorii 80-85 let hodnotí kvalitu svého života v oblasti blízkých vztahů výše než senioři ve věkové kategorii pod 70 let (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 336). Lze se domnívat, že rozdíl je způsoben zakomponováním odpovědí od aktivních seniorů navštěvujících Univerzitu třetího věku do celkového počtu odpovědí seniorů.

Průřezová studie z Anglie uvádí, že starší lidé často přemýšlejí o místě, kde by chtěli zemřít. Přání naprosté většiny (50-60%) je zemřít doma. Touha seniorů zemřít v dobře známém prostředí se může vyplnit pouze za předpokladu, že mají funkční rodinu. Rodinní příslušníci musí být ochotni poskytovat neustálou péči umírajícímu. Zhruba 20% britské populace opravdu umírá doma v náručí svých blízkých (Payne, 2012, s. 1-2). Podobnou situaci potvrzují i údaje UZIS, které uvádějí, že v roce 2012 zemřelo v domácím prostředí 26% (UZIS, 2012, s. 13). Výzkum Payneho ukazuje souvislost mezi vyšším vnímáním kvality života v oblasti blízkých vztahů seniorů a následně jejich pozitivním postojem ke smrti. Umírání v domácím prostředí ale nemusí být vždy bez problémů. Zvláště pokud doma chybí pečující osoba zajišťující komplexní péči, která by odstranila nebo snížila negativní příznaky spojené s bolestí a utrpením při umírání. Pro tyto umírající je lepší zemřít v nemocnici (Homolová, 2009a, s. 321). Z demografických údajů zkoumaného vzorku výzkumného šetření diplomové práce je patrné, že více než jedné třetině (36 %) seniorů bydlících osamocně chybí blízká osoba, která by jim poskytla nepřetržitou péči při umírání. Postoj ke smrti ovlivňuje mnoho faktorů. Nepochybně sem lze zařadit kvalitu

dosavadního života, dosažení vysněných věcí, přítomnost blízkých atd. Smířit se s tím, že náš život je u konce, je nesnadné. Každý se s tímto faktem vypořádává odlišně (Dvořáčková, Kajanová, 2012, s. 337).

5 ZÁVĚR

Kvalita života je v dnešní době jedním z velmi sledovaných témat. Je to dáno i tím, že údaje z různých zdrojů poukazují na neustále se zvyšující průměrnou délku života populace na celém světě. Problém již po dobu několika desítek let zaznamenává např. Brazílie, Čína, ale i státy Evropy. Nadále se očekává výrazný růst seniorské populace, kterému nelze zabránit. Bohužel demografické stárnutí obyvatelstva je ireverzibilním fenoménem, který má za následek zásadní změnu věkových struktur všech vyspělých zemí. Dohledat je možné nesčetné množství informací podporujících tento fakt. S rostoucím počtem stárnoucích lidí úměrně stoupají i nároky na lékařské, ošetrovatelské i sociální služby, které by se měly přizpůsobit této situaci. Je nutné si uvědomit, že nejde jen o narůstající počty seniorů a vliv na ekonomiku států, ale hlavně jde o životní podmínky stárnoucích lidí. Proto je nutné si položit otázku: „Jaká je vůbec kvalita života v pokročilém věku?“ Nemůžeme seniorskou populaci vnímat jako homogenní skupinu, naopak představuje velmi různorodou skupinu. Rozdíly mezi nimi lze najít jak ve věku, zdravotním stavu, funkční zdatnosti, rodinné situaci, tak i sociálním zázemím, ekonomických podmínkách, vzdělání, životních zkušenostech či hodnotovém systému. Vzájemné odlišnosti s sebou nesou rozdílnost v prioritách, přáních a potřebách, a to ve zdraví i v nemoci. A právě tato progredující situace vyžaduje pravidelné hodnocení a sledování kvality života seniorů. Znalost subjektivního vnímání kvality života seniorské populace umožní správně reagovat na měnící se situaci i v oblasti domácí péče a umožní nabízet optimální spektrum ošetrovatelské péče pro všechny klienty.

6 BIBLIOGRAFICKÉ, ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. BACHORECZOVÁ, G., I. MEŇKYOVÁ. Medicínské a sociálne aspekty kvality života chronicky chorého človeka. *Kontakt: Odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2008, roč. 10, č. 2, s. 389-396 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120503103024249584.pdf>
2. BOWLING, A., S. ILIFFE, A. KESSEL, I. J. HIGGINSON. Fear of dying in an ethnically diverse society: cross-sectional studies of people aged 65+ in Britain. *Journal of Postgraduate Medicine* [online]. London: PMJ, 2009, vol. 86, pp. 197-202 [cit. 2014-02-03]. ISSN 0972-2823. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921269/>
3. BUŽGOVÁ, R. Měření úzkosti a strachu ze smrti u studentek ošetrovatelství. *Kontakt: Odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2010, roč. 12, č. 3, s. 264-271 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423132452927593.pdf>
4. BUŽGOVÁ, R. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt: Odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2011, roč. 13, č. 3, s. 265-274 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214103906469970.pdf>
5. BUŽGOVÁ, R., R. ZELENÍKOVÁ. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP).

- Ošetrovatelství a porodní asistence: Recenzovaný vědecký časopis.* Ostrava. 2012, roč. 3, č. 2, s. 404-414 [cit. 2013-09-01]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-02/6_buzgova.pdf
6. COHEN, M. Z et al. 2006. Quality Life of Family Cregivers of Pacient with Cancer: A Literature Review. *Oncology Nursing Forum*. 2006, vol. 33, no. 3, p. 625-632 [cit. 2013-09-03]. ISSN 1538-0688. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16676018>
 7. DINGOVÁ, M., NEMČEKOVÁ, M. 2008. Metodologické problémy výskumu kvality života rómského etnika na Slovensku z hľadiska ošetrovatelstva. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2008, roč. 10, č. 2, s. 274-282 [cit. 2013-09-03]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120418122813935254.pdf>
 8. DOBRÍKOVÁ, P. Psychické problémy nevyličitelne chorých a úlohy psychologa v paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, 2008, roč. 1, č. 3, s. 135-138 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3764
 9. DOBRÍKOVÁ, P., E. SLÁMKOVÁ. Nároky na sestry sprevádzajúce zomierajúcich v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, 2009, roč. 2, č. 3, s. 142-144 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4116
 10. DOBRÍKOVÁ, P., E. SLÁMKOVÁ. Potreba multidisciplinarity v starostlivosti o pacientov zomierajúcich v domácom prostredí – výskumná analýza ADOS. *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online].

- Bratislava: Solen, 2012, roč. 5, č. 1, s. 21-23 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5713&magazine_id=13
11. DOLISTA, J. Problematika péče o staré a umírající rodiče. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2007, roč. 9, č. 2, s. 264-269 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120327121842228789.pdf>
12. DRAGOMIRECKÁ, E., J. BARTOŇOVÁ. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF: Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*, 2006. roč. 10, č. 3., s. 144 -149. ISSN 1212-6845. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2006/03/02_dragomirec_psych_3-06.pdf
13. DRAGOMIRECKÁ, E., J. PRAJSOVÁ. WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. 72 s. ISBN 978-80-87142-05-9.
14. DVOŘÁČKOVÁ, D., A. KAJANOVÁ. Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD – smrt, umírání a blízké vztahy. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2012, roč. 14, č. 3, s. 331-339 [cit. 2013-02-08]. ISSN 18004-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121012111225457457.pdf>
15. FARSKÝ, I. M. SOLÁROVÁ. Kvalita života seniorov v komunitním zariadení. *Profese on-line: recenzovaný časopis pro zdravotnické obory* [online]. Olomouc: Fakulta zdravotnických věd UP v Olomouci. 2010,

roč. 3, č. 1, s. 30-41 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/kvalita-zivota-seniorov-v-komunitnom-zariadeni/>

16. FOX, K., R., A. STATHI, J. McKENNA, M. G. DAVIS. Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. *Eur J Appl Physiol* [online]. London: Springer, 2007, vol. 100, pp. 591-602 [cit. 2014-01-28]. ISSN 1439-6327. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17285318>
17. HALL, S., S. LONGHURST, I. HIGGINSON. Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age and Ageing*. 2009, roč. 38, č. 4, s. 411-416 [cit. 2013-09-01]. ISSN 0002-729. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=955d331f-eca1-4453-8b3b-95944e7822f9%40sessionmgr11&hid=3&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=43426352>
18. HALVORSRUD, L., M. KIRKEVOLD, L. DISETH, M. KALFOSS. Quality of life model: predictors of quality of life among sick older adults. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* [online]. New York: Springer publishing company, 2010, vol. 24, no. 4 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1541-6577. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21197919>
19. HELLSTRÖM Y., G. PERSSON, I. R. HALLBERG. Quality of life and symptoms among older people living at home. *Issues and innovations in nursing practice* [online]. Wiley Online Library, 2003, vol. 48, no. 6, pp. 584-593. ISSN 1440-172X. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652648.2004.03247.x/pdf>
20. HOLM, A., L., SEVERINSSON, E. Systematic review of the emotional state and self-management of widows. *Nursing and Health Sciences*.

- [online]. 2012, roč. 14, s. 109-120 [cit. 2013-09-01]. ISSN 1442-2018. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=9b43d12a-e840-4371-918f-137c1b94ee57%40sessionmgr198&hid=116>
- 21.HOMOLOVÁ, M. Zomieranie a kvalita zabezpečovania potrieb zomierajúcich. *Kontakt: Odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2009a, roč. 11, č. 2, s. 320-327 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330111712329507.pdf>
- 22.HOMOLOVÁ, M. Postoje moderného človeka k zomieraniu a smrti. *Kontakt: Odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2009b, roč. 11, č. 2, s. 328-332 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330112033339525.pdf>
- 23.HROZENSKÁ, M. Zdravie jako klíčový faktor kvality života starších lidí. *Kontakt: Odborný a vedecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2008, roč. 10, č. 1, s. 81-84 [cit. 2013-09-01]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120506165918582413.pdf>
- 24.KABELKA, L. Principy neonkologické paliativní péče – pohled geriatra. *Paliativna medicína a léčba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, 2008, roč. 1, č. 2, s. 67-70 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3279

25. KISVETROVÁ, H. Náhled sester z hospiců v České republice na vlastní smrtelnost. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, 2011, roč. 4, č. 2, s. 69-71 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5249
26. KISVETROVÁ, H. Ošetrovatelská diagnóza „úzkost ze smrti“ v české ošetrovatelské praxi. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2012, roč. 14, č. 1, s. 21-29 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120424113625855035.pdf>
27. KISVETROVÁ, H., J. KUTNOHORSKÁ. Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2010, roč. 12, č. 2, s. 212-219 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423120621813827.pdf>
28. KUBEŠOVÁ, H., L. KABELKA, J. MATĚJIVSKÝ, P. WEBER. Umírání mimo nemocnici z etického, právního a ekonomického pohledu. *Česká geriatrická revue: edukační materiál české gerontologické a geriatrické společnosti* [online]. 2003, roč. 1, č. 3, s. 48-52. [cit. 2013-02-11]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_03_03_07.pdf
29. LEEMANS, K., L. VAN DEN BLOCK, J. BILSEN, J. COHEN, N. BOFFIN, L. DELIENS. Dying at home in Belgium: a descriptive GP interview study. *BioMed Central* [online]. 2012, roč. 13, č. 4, s. 1-9 [cit. 2013-02-11]. ISSN 1471-2146. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3317833/>

30. LOW, G., A. E. MOLZAHN. Predictors of Quality of life in Old Age: A Cross-Validation Study. *Nursing & Health* [online]. Wiley Periodicals, Inc., 2007, vol. 30, pp. 141-150. ISSN 1098-240X. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17380515>
31. McLEOD-SORDJAN, R. Death preparedness: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2013, pp. 1-12. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24102626>
32. MIKULINCER, M., V. FLORIAN, G. HIRSCHBERGER. The Existential Function of Close Relationships: Introducing Death Into the Science of Love. *Personality and Social Psychology Review* [online]. 2003, vol. 7, no. 1, pp. 20-40 [cit. 2013-09-01]. ISSN 1532-7957. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=70771b5d-284d-43f9-80b8-d81e51dcc62d%40sessionmgr11&vid=8&hid=2>
33. MOLZAHN, A., E., M. KALFOSS, K. S. MAKAROFF, S. M. SKEVINGTON. Comparing the importance of different aspects of quality of life to older adults across diverse cultures. *Age and Ageing* [online]. Published by Oxford University Press on behalf of British Geriatrics Society., 2010, vol. 40, pp. 192-199 [cit. 2014-01-29]. ISSN 1468-2834. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21186234>
34. MONFORTE-ROYO, C., CH. VILLAVICENCIO-CHÁVEZ, J. TOMÁS.SÁBADO, V. MAHTANICHUGANI, A. BALAGUER. What lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients. *PLoS ONE*. [seriál on the internet]. 2012, roč. 7, č. 5, s. 1-16 [cit. 2013-02-12]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=955d331f-eca1-4453-8b3b-95944e7822f9%40sessionmgr11&hid=107>

35. MORENO, R., P., E., I. DE LA FUENTE SOLANA, M., L. RICO & L. FERNÁNDEZ. Death Anxiety in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People in Spain. *Omega: Journal Of Death & Dying* [serial on the Internet]. 2008, roč. 58, č. 1, s. 61-76 [cit. 2013-09-01]. ISSN 00302228. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/eds/detail?sid=cfa23cad-6b6f-4e2a-bfcd-ca96e12b67ee%40sessionmgr112&vid=1&hid=110&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT11ZHMtbG12ZQ%3d%3d#db=sih&AN=35041999>
36. NETUVELI, G., R. WIGGINS, Z. HILDON, S. MONTGOMERY, D. BLANE. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health* [online]. London, 2006, vol. 60, pp. 357-363 [cit. 2014-02-01]. ISSN 1470-2738. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566174/>
37. OLIŠAROVÁ, V., F. DOLÁK a V. TÓTHOVÁ. Kvalita života jako součást ošetřovatelství. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2013, roč. 15, č. 1, s. 14-21 [cit. 2013-09-01]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130321134930700275.pdf>
38. ONDRUŠOVÁ, J. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue: edukační materiál české gerontologické a geriatrické společnosti* [online]. 2009, roč. 7, č. 1, s. 36-39. [cit. 2013-02-11]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-geriatricka-revue-clanek/mereni-kvality-zivota-u-senioru-33748>
39. PAYNE, S., S. BREAELEY, CH. MILLIGAN, D. SEAMARK, C. THOMAS, X. WANG, S. BLAKE, M. TURNER. The perspectives of bereaved family carers on dying at home: the study protocol of

- „unpacking the home:family carers“ reflections on dying at home. *Palliative Care*. 2012, roč. 23, č. 11, s. 1-5 [cit. 2013-09-01]. ISSN 1472-684x. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=9b43d12a-e840-4371-918f-137c1b94ee57%40sessionmgr198&hid=116>
40. PETERS, L. et al. Quality of Life of cancer patients receiving inpatient and home – base palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, vol. 10, no. 12, p. 524-533 [cit. 2013-09-03]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=9b43d12a-e840-4371-918f-137c1b94ee57%40sessionmgr198&hid=116>
41. PRINCE-PAUL, M. Understanding the Meaning of Social Well-Being at the End of Life. *Oncology nursing forum* [online]. 2008, vol. 35, no 3, pp. 365-371 [cit. 2013-09-01]. ISSN 1538-0688. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=70771b5d-284d-43f9-80b8-d81e51dcc62d%40sessionmgr11&hid=2>
42. PROKOP, J. Specifika přístupu k pacientovi s paliativní léčbou. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, 2009, roč. 7, č. 1, s. 20-23 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3791
43. RAUDENSKÁ, J., A. JAVŮRKOVÁ. Komunikační dovednosti lékaře o smrti a umírání v péči o pacienty, kterým hrozí smrt. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, 2011, roč. 4, č. 3, s. 103-106 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/ac7b5044ac14549032c1bc9f936b5f3e.pdf>
44. RAUDENSKÁ, J. Biopsychosociální model chronické nenádorové bolesti. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, 2012, roč. 5, č. 1, s. 27-29 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1337-6896.

Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5715&magazine_id=13

45. ROKYTA, R. Patofyziologie bolesti ve vyšším věku a ve stáří. *Česká geriatrická revue: edukační materiál české gerontologické a geriatrické společnosti* [online]. 2004, roč., č. 1, s. 22-25 [cit. 2013-02-11]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_04_01_02.pdf
46. SETOGUCHI, S., C. C. EARLE, R. GLYNN, M. STEDMAN, J. M. POLINSKI, C. P. CORCORAN, J. S. HAAS. Comparison of Prospective and Retrospective Indicators of the Quality of End-of-Life Cancer Care. *Journal of Clinical Oncology* [online]. 2008, roč. 26, č. 35, s. 5671-5678 [cit. 2013-02-12]. ISSN 1527-7755. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19001333/>
47. SLÁMA, O. Mírnění bolesti u umírajících nemocných. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. Olomouc: Solen, 2007, roč. 27, č. 2, s. 59-61 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1803-5353. Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2007/02/03.pdf>
48. SLÁMA, O. Klinický obraz a současné možnosti léčby průlomové bolesti u onkologických pacientů. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, 2011, roč. 4, č. 3, s. 94-96 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5404&magazine_id=13
49. SLÁMA, O. Péče o umírajícího starého pacienta v podmínkách LDN. *Česká geriatrická revue: edukační materiál české gerontologické a geriatrické společnosti* [online]. 2004, roč., č. 1, s. 38-43 [cit. 2013-02-11]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_04_01_04.pdf

50. SLOVÁČEK, L., B. SLOVÁČKOVÁ. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, 2012, roč. 5, č. 1, s. 13-17 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5711
51. SLOVÁČEK, L., B. SLOVÁČKOVÁ, L. JEBAVÝ, M. BLAŽEK. Kvalita života onkologických nemocných: Koncepční model, možnosti měření. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. Brno: Univerzita obrany, 2005, roč. 74, č. 5-6, s. 180-182 [cit. 2013-09-03]. ISSN 0372-7025. Dostupné z: http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL5_6_2005/011-Slovacek.pdf
52. SUŠINKOVÁ, J. Paliativna starostlivosť – cesta zachovania kvality a dôstojnosti života umierajúcich. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. Bratislava: Solen, 2009, roč. 2, č. 1, s. 26-28 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3794&magazine_id=13
53. SVATOŠOVÁ, M. Milosrdná pravda místo (ne)milosrdné lži. *Pediatric pro praxi*. [online]. Olomouc: Solen, 2008, roč. 9, č. 6, s. 424-426 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/17.pdf>
54. ŠERFELOVÁ, R. Hodnotenie záľaže a kvality života rodín v paliatívnej starostlivosti. *Profese on-line: recenzovaný časopis pro zdravotnické obory* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, roč. 9, č. 1, s. 29-32 [cit. 2011-02-08]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2011_01/36-serfelova.pdf
55. ŠÍMOVÁ, I. Interaktivní výuka předmětu sociální gerontologie a thanatologie. *Kontakt: Odborný a vědecký časopis pro zdravotně*

- sociální otázky* [online]. České Budějovice. 2010, roč. 12, č. 2, s. 226-229 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-sfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423121106668594.pdf>
56. TOPINKOVÁ, E. Geriatrická paliativní péče a péče o umírající. *Česká geriatrická revue: edukační materiál české gerontologické a geriatrické společnosti* [online]. 2004, roč. 1, s. 14-21 [cit. 2013-02-11]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-geriatricka-revue-clanek?ida=3035>
57. ÚZIS ČR. Zemřelí 2012. [online] Praha: ÚZIS ČR, 2012, s. 161 [cit. 2014-02-09]. ISBN 978-80-7280-034-6. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>
58. VITORINO, L. M., L. M. G. PASKULIN, L. A. C. VIANNA. *Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2012, vol. 20, n. 6, pp. 1186-1195. ISSN 0104-1169. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23258733>
59. VOHRALÍKOVÁ, L., L. RABUŠIC. Čeští senioři včera, dnes a zítra. Výzkumné centrum Brno. 2004, s. 90 [cit. 2013-09-06] Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf
60. VONDRÁČKOVÁ, D. Léčení bolesti u starých nemocných. *Česká geriatrická revue: edukační materiál české gerontologické a geriatrické společnosti* [online]. 2004, roč. 1, s. 28-36 [cit. 2013-02-11]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_04_01_03.pdf
61. WIJK, H., A. GRIMBY. Needs of Elderly Patients in Palliative Care. *American Journal Of Hospice & Palliative Medicine*. [serial online].

2008, roč. 25, č. 2, s. 106-111 [cit. 2013-02-08]. ISSN 1938-2715.
Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17890348>

62.ZACHAROVÁ, E. Sdělování pravdy o zdravotním stavu. *Onkologie*
[online]. Olomouc: Solen, 2009, roč. 3, č. 4, s. 261-262 [cit. 2013-02-08].
ISSN 1803-5345. Dostupné z:
<http://www.solen.cz/pdfs/xon/2009/04/13.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: dotazníkový formulář WHOQOL- BREF

Příloha II: dotazníkový formulář WHOQOL-OLD

Příloha III: Souhlas vedení s dotazníkovým šetřením

Kvalita života
dotazník Světové zdravotnické organizace
WHOQOL-BREF (krátká verze)

Instrukce

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Velmi špatně	špatně	Ani špatně, ani dobře	dobře	Velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

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

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

VZOR dotazníku

WHOQOL-OLD – česká verze

Instrukce

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

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

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

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

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

Děkujeme Vám za spolupráci

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

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. chodit ven tak, jak byste rád/a. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „zcela“. Pokud jste je vůbec nemohl/a provádět,

zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete naznačit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „zcela“, zakroužkujete jedno z čísel, které leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/a nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech. Např. se svou účastí ve společenském životě nebo s tím, co jste v životě dosáhl/a. Rozhodněte se, jak jste spokojený/á nebo nespokojený/a s každou oblastí svého života a zakroužkujte číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak se cítíte. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	málo	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Chcete k dotazníku něco dodat?

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E., J. PRAJSOVÁ. WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. 77 s. ISBN 978-80-87142-05-9.

Příloha III: Souhlas vedení s dotazníkovým šetřením

Paní
Mgr. Kateřina Petrželová
vrchní sestra
Charita Olomouc

V Olomouci, 25. 3. 2013

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

v rámci výzkumného šetření se zabývám subjektivním vnímáním kvality života seniorů v domácí péči. Dílčími oblastmi mého výzkumu je postoj ke smrti a vztahy s blízkými u seniorské populace. Pro vlastní výzkum bude použita česká verze standardizovaného dotazníku WHOQOL_BREF a WHOQOL-OLD. Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí FZV UP, použití dotazníků pro tuto studii je zaregistrováno v českém WHOQOL centru, které také poskytlo jejich elektronickou verzi. Po provedení analýzy budou formuláře dotazníků skartovány, aby byla zajištěna ochrana dat respondentů. Výsledky výzkumu budou využity pro vypracování diplomové práce.

Chtěla bych Vás proto touto formou požádat o souhlas s realizací uvedeného výzkumného šetření na vašem pracovišti.

Předem děkuji.

S pozdravem

Bc. Šárka Hrabalová
I. ročník navazujícího magisterského studia
Ošetrovatelská péče v interních oborech
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Vyjádření:

- souhlasím s realizací výzkumného šetření
 nesouhlasím s realizací výzkumného šetření.

Datum: 4. 4. 2013



Paní
Taťána Sklenáková
Majitelka
POMADOL s.r.o. Olomouc

V Olomouci, 10. 4. 2013

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

v rámci výzkumného šetření se zabývám subjektivním vnímáním kvality života seniorů v domácí péči. Dílčími oblastmi mého výzkumu je postoj ke smrti a vztahy s blízkými u seniorské populace. Pro vlastní výzkum bude použita česká verze standardizovaného dotazníku WHOQOL_BREF a WHOQOL-OLD. Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí FZV UP, použití dotazníků pro tuto studii je zaregistrováno v českém WHOQOL centru, které také poskytlo jejich elektronickou verzi. Po provedení analýzy budou formuláře dotazníků skartovány, aby byla zajištěna ochrana dat respondentů. Výsledky výzkumu budou využity pro vypracování diplomové práce.

Chtěla bych Vás proto touto formou požádat o souhlas s realizací uvedeného výzkumného šetření na vašem pracovišti.

Předem děkuji.

S pozdravem

Bc. Šárka Hrabalová
I. ročník navazujícího magisterského studia
Specializovaná oš. péče v interních oborech
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Vyjádření:

- souhlasím s realizací výzkumného šetření
 nesouhlasím s realizací výzkumného šetření.



Datum: 10. 4. 2013

Podpis:

Sklenakova