

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Kvalita života seniora v Nemocnici následné péče -  
LDN Horažďovice s. r. o.**

Bakalářská práce

Jméno autora: Bittenglová Ilona DiS.

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

14. 5. 2007

## **The Abstract**

The bachelor's thesis about the quality of senior life in a Hospital of subsequent care – LDN Horažďovice, Ltd. Includes practical and theoretical part and research. To this named hospital from history till now. Further on we can find the history of the term quality of life. Next it includes the term „quality of life“ and scope of understanding of the quality of life. In other chapters it is mentioned quality of life which includes health and quality of life in senior age. Another important part of theoretical part is the definition of the term age and medical condition of seniors.

The specify the quality of life in the old age it is important to include the classification of life in social care and in similar fields and in the last place it describes models of illnesses in social care, rehabilitation and medical treatment.

The second chapter is dedicated to the definition of the aim of work and hypothesis that serve as an introduction to the research part. The next chapter deals with methodology which describes method of research and used tools for confirming or rejecting the indicated aim and hypothesis. The following chapter dedicated to the „results“ includes charts and graphs with the final figures and their description. The acquired information from the research are confronted for the discussion.

The thesis includes addenda which show samples of used inquiries and photodocumentation of the hospital where the research was carried out.

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14. 5. 2007

Bittenglová Ilona DiS.

Děkuji Doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D. za odborné vedení práce a konzultace. Dále děkuji Katedře veřejného a sociálního zdravotnictví za poskytnutí materiálů k výzkumu, Nemocnici následné péče – LDN Horažďovice s.r.o. a v neposlední řadě také své rodině za podporu a pomoc.

## Seznam zkratek

EV – Vitality (vitalita)

GHP – General Health Preception (všeobecné vnímání vlastního zdraví)

HRQOL – Health Related Quality of Life (Kvalita života podmíněná zdravím)

ICD – International Classification of Diseases (Mezinárodní klasifikace nemocí)

ICIDH - International Classification of Impairment, Dissability and Handicaps  
(Mezinárodní klasifikace poškození, poruchy schopností a znevýhodnění)

LDN – Léčebna Dlouhodobě Nemocných

MH – Mental Health (duševní zdraví)

NNP – Nemocnice Následné Péče

Např. – například

P – Pain (bolest)

PF – Physical Function (Fyzické funkce)

RE – Role limitation – Emotional (emoční omezení rolí)

RP – Role limitation – Physical (fyzické omezení rolí)

SF – Social Functioning (sociální funkce)

Tj. - To je

## Obsah

ÚVOD.....	- 7 -
1. SOUČASNÝ STAV.....	- 6 -
1.1. Z historie Nemocnice následné péče - LDN Horažďovice, s.r.o. do současnosti .....	- 7 -
1.1.1. Poskytovaná zdravotní péče - Lůžková část .....	- 8 -
1.1.2. Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu .....	- 9 -
1.1.3. Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registrace).....	- 9 -
1.1.4. Průkaz odbornosti.....	- 9 -
1.1.5. Ošetřovatelský proces a jeho dokumentace .....	- 10 -
1.2. Definice pojmu kvalita života .....	- 11 -
1.3. Historie pojmu kvalita Života .....	- 12 -
1.4. Rozsah pojetí kvalita života .....	- 13 -
1.4.1. Kvalita života podmíněná zdravím .....	- 14 -
1.4.2. Kvalita života s přihlédnutím ke stáří .....	- 15 -
1.5. Vymezení pojmu stáří.....	- 15 -
1.6. Zdravotní stav seniorů .....	- 17 -
1.7. Hodnocení kvality života v ošetřovatelství, sociální práci a souvisejících oborech.....	- 18 -
1.8. Modely nemoci a zdraví v ošetřovatelství, rehabilitaci a léčbě.....	- 19 -
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....	- 23 -
2.1. Cíl práce .....	- 23 -

2.2. Hypotéza .....	- 23 -
3. METODIKA .....	- 24 -
4. VÝSLEDKY .....	- 26 -
5. DISKUSE.....	- 42 -
6. ZÁVĚR.....	- 47 -
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	- 48 -
8. KLÍČOVÁ SLOVA .....	- 52 -
9. PŘÍLOHY .....	- 53 -

## ÚVOD

Je všeobecně známo, že populace v ČR stárne. V roce 2001 byl podíl osob ve věku 65+ let 13,8%. Podle existujících českých projekcí obyvatelstva by měla seniorita našeho obyvatelstva značně narůstat. V roce 2030 by měli senioři zabrat zhruba 25% celkového počtu obyvatel ČR.

Pro velkou většinu těchto lidí, je to jeden ze zlomových okamžiků v jejich životě. Ve stáří se zhoršuje smyslové vnímání, paměť, fluidní inteligence. Klesá tvořivost. Afektivní prožívání nabývá ve stáří jiné kvality. Tito lidé jsou méně zaujatí okolím, soustředí se více na sebe a své problémy, občas mohou působit až přecitlivěle. Ubývá společenských vztahů a i rodina se postupně vzdaluje.

Vzhledem ke zhoršování zdravotního stavu (polymorbidita) a ke snižování samostatnosti a soběstačnosti u seniorů často přichází na řadu ústavní péče, a to buď v domech s pečovatelskou službou, domovech důchodců nebo léčebnách dlouhodobě nemocných., kde je klientům poskytována plná péče přispívající ke zlepšení kvality jejich života. Tím, že pracuji jako fyzioterapeut v NNP – LDN Horažďovice, s.r.o. je mi problematika seniorů velice blízká. Každodenní kontakt s klienty mne nutí zamyslet se nad tím, jak nejvíce zlepšit kvalitu jejich života, což si myslím, že je úkolem všech zaměstnanců naší nemocnice. U seniorů je důležité kladně ovlivňovat nejen biologickou, ale i psycho-sociální sféru.

Tím, že seniorů v populaci přibývá je toto téma velmi aktuální a často diskutované ve všech společenských oblastech, rozhodla jsem se tímto tématem hlouběji zabývat ve své bakalářské práci.

Cílem této bakalářské práce je **mapovat kvalitu života seniora na lůžkovém oddělení v Nemocnici následné péče –LDN Horažďovice, s.r.o.**



## 1. Současný stav

V moderní společnosti představuje etapa stáří časově delší, a tím i významnější fázi života člověka. Stáří nabývá na důležitosti a nelze ho brát jako pouhé předznamenání konce životní cesty (27).

Pro kvalitu života ve stáří a pro zachování soběstačnosti je rozhodující stupeň zachování pohyblivosti. Vobralíková L. a Rabušic L. (27) uvádějí, že u žen je postižení lokomoce statisticky významně častější a závažnější než u mužů. Samotná přítomnost nemoci není rozhodující pro kvalitu života. Rozhodující je stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Snížení soběstačnosti je nejzávažnějším důsledkem nemocnosti ve vyšším věku. Může vést až k bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby.

Světová populace stárne. Lidé se dožívají vysokého věku a současně klesá počet narozených dětí. Obyvatelstvo v České republice je na přelomu dvacátého a jedenadvacátého století nejstarší v celé své historii. Nárůst natality za druhé světové války a zvýšená poválečná natalita znamená pro období let 2015 — 2020 nárůst obyvatel starších sedmdesáti let. Klasický strom života (věková pyramida), který vyjadřuje vzájemný poměr různých věkových skupin populace, se dramaticky změnil a převrátil. Nedojde-li k výrazné změně porodnosti či zvýšené imigraci cizinců mladších věkových skupin do České republiky, nastane v letech 2030-2050 dosud neznámá situace, neboť počet seniorů bude tvořit více jak polovinu všech obyvatel. (24) Podle údajů statistického úřadu OSN má v roce 2050 podíl šedesátiletých a starších lidí v populaci činit přibližně čtyřicet procent. (22)

Uvedené demografické údaje vyvolávají četné otázky a otevírají k diskusi a řešení nové problémy. K nim patří aktivní stárnutí. Aktivně stárnout znamená vést produktivní život ve společnosti a ekonomice, činit pružná rozhodnutí o tom, jak trávit čas v průběhu života, při učení a sebevzdělávání, zaměstnání, ve volném čase a v péči o druhé (17).

Současní senioři se stávají silnou sociální skupinou, která se chce zapojit do společnosti, která má své nároky a potřeby, svůj styl života. Seniorský věk dnes skýtá

řadu možností, jak být platným členem společnosti a prožívat dny aktivně a smysluplně. Senioři představují zatím nedocenenou zásobu dovedností, zkušeností a znalostí. Bylo by proto vhodné pozměnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti. Stárnutí populace je třeba pojmout jako příležitost, kterou mohou využít všechny generace.(27)

Kvalitní program je nutným doplňkem péče o seniory. Je důležitý pro jejich duševní i fyzický stav. Poskytuje lidem nutnou fyzickou činnost, adekvátní mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nutný. (23)

Co nejširší účast seniorů na společenském životě je nezbytnou podmínkou rozvoje společnosti, jejich zdravých postojů ke stárnutí a vzájemnému respektu generací. Senioři by měli mít možnost se aktivně zapojovat do politické a společenské sféry. Měli by mít možnost specifikovat své potřeby a požadavky, svobodně se pro ně rozhodovat a podílet se na jejich organizaci. (Národní programu přípravy na stárnutí populace v České republice) Populační stárnutí je výzvou pro společnost i každého jedince.

### ***1.1. Z historie Nemocnice následné péče - LDN Horažďovice, s.r.o. do současnosti***

Celý areál zdravotnického zařízení, včetně hlavní budovy nemocnice a provozních budov, byl postaven v roce 1927 patřil Kongregaci školských sester De Notre Dame, které pobývaly v nedalekém zdejší klášteře, a tento areál využívali jako tzv. „Mateřinec“ pro přestárlé řádové sestry. V roce 1950 musely řádové sestry odejít a v budově až do roku 1961 sídlil Okresní národní výbor Horažďovice.

V letech 1961 – 62 byla budova adaptována na plicní léčebnu i s uzavřeným oddělením pro neukázněné pacienty. Z této doby se již datuje činnost komplementu radiodiagnostického oddělení a laboratoře.

V roce 1966 Krajský národní výbor Plzeň zrušil plicní léčebnu a zařízení předal do správy OÚNZ Klatovy. Po úpravách zde bylo zřízeno interní oddělení. Nacházela se zde akutní interní lůžka, lůžka pro dlouhodobě nemocné a lůžkové kožní oddělení.

Léčebna i kožní oddělení mělo širokou spádovou oblast – okresy Klatovy, Domažlice a Plzeň jih.

V 80. letech se provedla rozsáhlá rekonstrukce budovy, která byla zahájena v roce 1984 a ukončena v roce 1987.

V roce 1991 po rozpadu OÚNZ Klatovy vznikla samostatná organizace Nemocnice Horažďovice, která ihned od počátku masově investovala, z počátku do přístrojového vybavení, a následně do stavebních investic.

V roce 1998 byla zrušena všechna akutní lůžka, a nemocnice se specializovala pouze na péči následnou, převážně rehabilitační a ošetrovatelskou. Proto prošla nemocnice od konce 90. let až do roku 2003 řadou výrazných změn.

Mezi hlavní změny patří vybudování nového rehabilitačního oddělení s bezbariérovými vstupy, bazénkem s posuvným dnem a velkou tělocvičnou, které bylo napojeno podzemním tunelem s hlavní budovou nemocnice. Dále bylo v areálu nemocnice vystavěno multifunkční hřiště s bezbariérovým napojením na asfaltové chodníčky. Celá hlavní budova nemocnice byla opravena a rozšířena o dvě nové přístavby, které umožnily provozovat ústavní kuchyň dle nových hygienických norem, a dále se výrazně zvýšil komfort hospitalizovaných a ambulantních pacientů. V současné době je v nemocnici 28 dvoulůžkových pokojů, 20 třílůžkových a pouze 6 čtyřlůžkových.

V roce 2003 se změnil zřizovatel nemocnice - ze zaniklého Okresního úřadu v Klatovech na Plzeňský kraj, a v tomto roce se také nemocnice přetransformovala z příspěvkové organizace na obchodní organizaci - společnost s ručením omezeným.(13)

### ***1.1.1. Poskytovaná zdravotní péče - Lůžková část***

Čtyři stanice LDN (lůžka dlouhodobě nemocných), celkem 140 lůžek pro okresy Klatovy, Plzeň-jih a Domažlice - jsou určena nemocným bez ohledu na věk, u kterých je nutná dlouhodobější intenzivní léčebná, rehabilitační a ošetrovatelská péče v rozsahu, který není možno zabezpečit ambulantně, tj. v domácnosti pacienta. Jedná se např. o pacienty po ortopedických a jiných operacích, úrazech, po mozkových příhodách včetně apalických syndromů, ale i o pacienty, u kterých nelze zvládnout ošetrovatelskou péči

doma (pacienti s těžkou demencí, stavy zmatenosti, imobilní, inkontinentní, s nutností výživy enterální sondou). Jde tedy o široké spektrum nemocných, které je někdy důvodem k obavám z hospitalizace v naší nemocnici u schopnějších pacientů. Naše nemocnice je v tomto směru dostatečně prostorově vybavena tak, aby na pokojích byli společně pacienti s podobným postižením i psychickými schopnostmi a vzájemně se nerušili.(16)

### ***1.1.2. Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu***

V průběhu aktivního výkonu ošetrovatelské profese se zdravotničtí pracovníci registrují v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Registr je veřejně přístupný, s výjimkou údajů o rodném čísle a trvalém pobytu a je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Poskytuje informace o počtu a odborném zaměření zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči.(14)

### ***1.1.3. Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registrace)***

Zápis v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu motivuje sestry k dalšímu a celoživotnímu vzdělávání, usnadní jejich profesní uplatnění v rámci Evropské unie. Dokladem o registraci zdravotnických pracovníků je osvědčení, které se vydává na období 6 let. Osvědčením se získává oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu a oprávnění k vedení praktického vyučování.(12)

### ***1.1.4. Průkaz odbornosti***

Průkaz odbornosti slouží k průběžnému zaznamenávání druhu a délky získaného vzdělání a vykonávaných činností při výkonu povolání zdravotnických pracovníků, vykonaných zkoušek, celoživotního vzdělávání.

### ***1.1.5. Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace***

Hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu je ošetrovatelský proces. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče, respektuje právo pacienta na individuální péči a účast včetně spolurozhodování. Je založen na systému vyhledávání bio-psycho-socio-spirituálních potřeb pacienta a jejich uspokojování aktivně nabízenou ošetrovatelskou péčí. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetrovatelství používají:

- ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity,
- ke stanovení ošetrovatelských problémů (ošetrovatelských diagnóz),
- k plánování ošetrovatelské péče,
- k realizaci ošetrovatelské péče,
- k vyhodnocování efektivity ošetrovatelské péče.

Činnost sester v nepřetržitém provozu je při aplikaci ošetrovatelského procesu organizována těmito organizačními systémy práce:

- **system skupinové péče**\_ skupinová sestra během směny pečuje o určenou skupinu nemocných, odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu a vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Každého nemocného osobně předá příslušné skupinové sestře z další směny

- **system primárních sester** - po přijetí je nemocnému přidělena primární sestra, která odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu po celou dobu jeho hospitalizace a za vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Plán péče zajišťuje za pomoci dalších ošetrovatelských pracovníků. Není-li ve službě, nemocného předá sestřím další směny, po návratu do služby své nemocné přebírá zpět. Primární sestra se podílí v průběhu směny také na ošetrování nemocných, jimž primární sestrou není.

Do ošetrovateľského procesu je zahrnuto kvalitní předávání služby a kvalitní výměna informací o nemocných. Sestra předávající službu podává informace přijímající sestře o každém pacientovi zvlášť.

U každého pacienta/klienta je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž součástí je ošetrovateľská dokumentace, která zaznamenává údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetrovateľských problémů pacienta/klienta, rodiny, či jeho blízkých nebo komunity.(15)

### ***1.2. Definice pojmu kvalita života***

Slovo „kvalita“, podle etymologického slovníku, je odvozeno od latinského základu „qualitas“ — kvalita — či „qualis“ jaký. Ještě hlubší kořen má latinské „qualis“ to „qui“ — „kdo“. Český kořen tázacího zájmena ( kdo? ) „k“ — nás dovede až ke slovům „kěž“ či „kýžený“ — tj. žádoucí, cílový stav. Pod pojmem kvalita si lze představit i „jakost, hodnotu“ tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (8).

Definice pojmu kvalita života je podle Velkého lékařského slovníku individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu k systému hodnot, kultuře, životním cílům, očekávání a k běžným zvyklostem. Někdy bývá pojímána jako rozdíl mezi skutečností a individuálním očekáváním. Do značné míry je podmíněna zdravím, psychickým stavem, stupněm nezávislosti, ekonomickými okolnostmi, sociálními vztahy i celkovým životním prostředím (29).

Autoři Hartl, Hartlová (2) pojem kvalita života (quality of life) chápou jako vyjádření pocitu životního štěstí. K nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost. Psychologický význam pojmu uvádějí jako „míru seberealizace a duševní harmonie, čili míru životní spokojenosti a nespokojenosti“. V sociologickém významu je kvalita života chápána jako „pocit a životní úroveň speciálních skupin jako jsou staří lidé, příslušníci etnických a jiných minorit čili hledisko jejich možnosti volby“. Lékařská definice podle autorů vyjadřuje, na jaké zdravotní úrovni a s jakým omezením žijí lidé s chronickými chorobami jako je

bronchiální asthma, Parkinsonova nemoc, choroby kardiovaskulární, geriatrické choroby a mnohé jiné, čili hledisko omezení svobody. Individuálně kvalitu života zvyšují, především ve stáří, plánované tělesné a duševní činnosti, aktivní životní styl“.

Podle světové zdravotnické organizace je kvalita života to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu, ve kterém žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (1).

Jiné definování pojmu kvalita života uvádí Kučera, Z.. Definuje ho jako: „úroveň osobní pohody ( wellbeing) spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí. Kvalita života v tomto smyslu je nejbezprostředněji měřitelná pomocí subjektivních indikátorů. Nicméně jsou často využívány rovněž objektivní indikátory, které postihují vnější podmínky, které ovlivňují kvalitu života (9). Můžeme říci, že osobní pohoda je hodnocením kvality života jako celku (26).

Pod pojmem kvalita života se všeobecně rozumí souhrn objektivních a subjektivních posouditelných činností a vjemů člověka v jeho každodenním životě a společenských vztazích (22).

Kvalitu života lze operacionalizovat jako kognitivní ohodnocení vlastního života, které se týká spokojenosti v jednotlivých oblastech života ( vztahy, práce, přátelé, finance, volný čas atd. ) a dále se týká spokojenosti s celkovou kvalitou života.

### ***1.3. Historie pojmu kvalita Života***

Ze sociologického pohledu je na místě domnívat se, že pojem kvalita života je historicky a sociokulturně podmíněn. V závislosti na výchově a socializaci je odlišně interpretován.

Už v 50. letech psali o kvalitě života jako novém sociologickém tématu J.K Galbraith a D. Riesman (7). Společně ho vnímali jako rozvojovou šanci americké společnosti, vůči níž vznášeli mnohé kritické výhrady. V 60. letech ho do politiky zavedli J. F. Kennedy a L. B. Johnson. (7). V těchto letech došlo i k prvnímu výzkumnému použití „kvality života“. Bylo spojeno s hnutím „Social Indicators“, které

zdůrazňovalo, že kvalitu života ovlivňují nejen ekonomické ukazatele, ale i určité prostředí, ve kterém obyvatelé žijí, jako např. vesnice či město.

V 70. letech proběhlo první šetření kvality života obyvatelstva v USA. Cílem bylo vyvinout objektivní ukazatele doplňující objektivní charakteristiky prostředí, jako je hluk, znečištění vzduchu, kriminalistika. Šetření zachycovalo, jak lidé sami hodnotí svůj život ve vztahu k objektivním životním podmínkám.

V 80. letech se kvalita života uplatňuje v mnoha lékařských oborech. Dostává se do klinického výzkumu jako završení tradičních ukazatelů morbidity a mortality. U klientů, kde se nedalo hovořit o uzdravení či zjišťování kvality života, kladlo za cíl pouze jejich kvalitu života zlepšit a to v co nejlepším měřítku (4).

V současné době se o kvalitě života hovoří v mnoha oblastech. Ať už je to oblast hodnocení komunitních služeb, zdravotnických programů či měření individuální pohody.(3)

#### ***1.4. Rozsah pojetí kvalita života***

Na kvalitu života je třeba pohlížet jako na komplex otázek. Tyto otázky pojímají život člověka v celé šíři. Pokud budeme uvažovat o kvalitě života, je třeba si předem ujasnit, o kterou rovinu se bude jednat. Křivohlavý uvádí v problematice kvality života tři hierarchicky odlišné roviny: makro-rovinu, mezo-rovinu a rovinu osobní nebo-li personální.

V makro-rovině se jedná o otázky kvality života velkých společenských celků — např. dané země nebo kontinentu. Absolutní morální hodnota je nehlubší absolutní smysl života a kvalita života jí jako takovou musí respektovat. V tomto pojetí se problematika kvality života stává součástí základních politických úvah (např. oblast boje s hladomorem, chudobou, epidemiemi, terorismem, ale i v otázkách investic do infrastruktur a zvláště zdravotnictví, stanovení obsahu základní výchovy apod.)

V mezo-rovině jsou zahrnuty otázky týkající se kvality života v tzv. malých sociálních skupinách jako je nemocnice, škola nebo domov důchodců. Kromě morální hodnoty života člověka jsou zde i otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi



lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb, existence sociální opory a sdílení hodnot.

Třetí rovina je rovina osobní nebo-li personální. Týká se života jednotlivce, individua. V této rovině je stanovení kvality života čistě osobní. Hodnocení spokojenosti, zdravotního stavu či bolesti je subjektivní záležitostí jednotlivce. Na tuto rovinu mají vliv osobní hodnoty individua, jako jsou představy, naděje, očekávání, přesvědčení atp. Křivohlavý cituje definici od Bergsmana a Engela, kteří nastínili rozsah pojmu kvalita života takto: „Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) jde o subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací(hybnou silou) žítí“.

Kvalitu života je možné měřit ještě ve čtvrté rovině, již je fyzická (tělesná) existence. Jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, jenž je možné objektivně měřit a porovnávat. Týká se např. změn chování a projevů v důsledku léčby (chůze před a po ortopedickém léčení). Poslední dvě roviny (rovinu osobní a rovinu tělesné existence) je možné považovat za dvě poloviny mikro-roviny a doplnit tak pojmy makro-roviny a mezo-roviny do logického celku (8).

#### ***1.4.1. Kvalita života podmíněná zdravím***

Kvalitu života lze považovat za obecný termín zahrnující např. náboženské a ekonomické aspekty. Ve vztahu ke zdraví se používá označení „Health Related Quality of Life“ (HRQoL), tedy ke zdraví vztažená kvalita života týkající se zdraví. Používá se pro též sledování vlivu nemocí a jejich léčby na člověka (20).

Je to pojem, který shrnuje subjektivní a přitom kvantifikovatelné měření vnímání zdraví a chodu životních funkcí ve fyzické, zdravotní, sociální a emoční sféře (30).

Velký lékařský slovník uvádí kvalitu života související se zdravím jako: „úroveň duševních, tělesných a sociálních funkcí a vztahů, včetně vnímání zdraví, životního uspokojení a pohody. Bývá do ní zahrnována i spokojenost pacientů se zdravotnickými službami, respektive s léčbou a jejími výsledky“ (28).

### ***1.4.2. Kvalita života s přihlédnutím ke stáří***

Kvalita života se stala v posledních přibližně deseti letech velice používaným pojmem, stává se jakousi kondenzovanou logickou zkratkou, kterou se odborná zdravotnická veřejnost i odborníci z oblasti sociální snaží vyjádřit komplexní přístup jak ke konkrétní osobě, tak k celým populačním skupinám i k životnímu prostředí.

U starého člověka je zdravotní a sociální péče neoddělitelná a má být poskytována současně. Konečným cílem zdravotní a sociální péče je udržet starého člověka vzhledem k okolí soběstačného, přiměřeně aktivního, společensky integrovaného a spokojeného v jeho navyklém, tj. domácím prostředí tak dlouho, jak je to objektivně možné nebo jak si to sám přeje.

Zdraví ovlivňuje všechny aspekty života ve vyšším věku. Je úzce spjato se sociální problematikou, se zaměstnáním a ekonomikou. Zdraví ve vysokém věku má jiné dimenze než v raných deceniích. V praxi považujeme za zdravého takového geronta, u kterého není přítomna zjevná choroba, který je spokojen, je sociálně adaptabilní a má neporušenou sociální homeostázu. Nemoc je naopak možno charakterizovat objektivní potřebou léčení. Funkční věk odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka. Má charakteristiky biologické, psychologické a sociální. Někdy se mu také říká věk skutečný, nemusí vždy být v souladu s věkem kalendářním. V České republice se pro odhad potřeby sociálních a zdravotních služeb používá nejčastěji věková hranice 65ti let, pro počátek stáří.

### ***1.5. Vymezení pojmu stáří***

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince. Stáří je biologický proces, který je charakterizován tím, že je nezvratný a končí smrtí jedince.

Hlavní změny pozorované obecně u stárnoucích lidí lze stručně popsat v následujících bodech.

a) Zhoršuje se smyslové vnímání – asi u 90 procent osob lze po 60. roce jejich věku zjistit výrazné zhoršení zraku a zhruba u 30 procent se výrazně zhoršuje sluch. To přináší s sebou ovšem nejen pokles jejich výkonu při některých pracovních činnostech, ale omezují se proto často i jejich možnosti rekreace (četba, naslouchání hudbě, apod.). Poruchy senzorické ztěžují dostupnost komunikace s druhými lidy, což může být provázáno nejistotou, úzkostí, podezíravostí nebo hněvivostí. Zhoršení zrakového a sluchového vnímání znamená rovněž vyšší riziko úrazu, zejména, pokud člověk nepřizpůsobuje činnost svým aktuálním možnostem. Zlepšení zrakové a sluchové percepce brýlemi, sluchadly a jinými pomůckami může znamenat velkou pomoc v celkovém osobním přizpůsobení i ve společenském zařazení stárnoucího člověka.

b) Zhoršuje se paměť – především paměť pro nové události, zatímco dávno minulé zážitky (např. z dětství) zůstávají většinou v paměti dobře uchovány. Kromě toho však bývají vzpomínky i obsahově a emočně zkresleny: minulé je obecně hodnoceno spíše pozitivně a starý člověk lpí potom až nepochopitelně na tom, čím byl a co měl, ať už je to postavení, majetek, zvyklosti nebo získané výsady. Často jde o určitou obranu proti pocitu ohrožení ze strany mladších, která je však z neporozumění hodnocena jako nepříznivá charakterová vlastnost. I krátkodobá paměť je závislá na stanoveném problému: opakování čísel ve stejném pořadí zůstává dlouho zachováno nebo klesá jen mírně, zatímco jejich reprodukce ve zpětném pořadí se zhoršuje výrazněji.

c) Inteligence měřená běžnými inteligenčními testy zřetelně klesá ve vyšším věku.

d) Afektivné prožívání – nabývá ve stáří zřejmě poněkud jiné kvality. Citové prožívání se většinou stává méně bezprostřední a snižuje se intenzita emocí – člověk se již tak snadno nenadchne pro nové, ale současně řadu situací dokáže hodnotit klidněji a racionálněji. Na počátku období stáří bývá ještě velmi silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný pro druhé, později vystupuje do popředí spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí v kruhu blízkých osob.

e) Tvořivost – člověk zůstává tvořivým po celý svůj život – spíše než o věk jde o motivaci, vytrvalost.

f) Osobnost starého člověka – lze vyčlenit pět strategií vyrovnání se s vlastním stářím. Konstruktivní strategie – ideální standard, optimistický postoj k životu, smíření se s nutným faktem stáří. Strategie závislosti – pasivnější, spoléhá zadruhé. Strategie obranná – obává se hrozící závislosti a relativní nečinnosti, spíše pesimista. Strategie hostility – silný odpor ke stáří dávají okázale najevo. Strategie sebenenávisti – nepřátelství obracejí vůči sobě samým, nedovedou nalézt optimistický postoj ke stáří.

g) Citové vztahy ve stáří – síla vztahu k blízkým lidem se ve stáří většinou nijak významněji nemění a význam rodiny s věkem naopak stoupá; stejně jako v dětství je člověk i ve stáří více ohrožen sociální izolací či emoční nebo podnětovou deprivací.

h) Sociální zařazení starého člověka – problematika stáří se stává v současné západní společnosti stále závažnějším celospolečenským problémem, protože z hlediska demografického vývoje dochází postupně ke stárnutí populace (tj. nárůstu procentuálního zastoupení seniorů v populaci) vlivem prodlužování délky života při současném poklesu počtu narozených dětí.(11)

Většina současných koncepcí „úspěšného stárnutí“ i ostatní programy zaměřené na posilování kvality života a úspěšnou adaptaci ve stáří tedy dnes spíše kladou hlavní důraz na udržení dostatečné aktivity lidí vysokého věku: nečinnost je patogenní tělesně (atrofie svalů, smyslových orgánů z nečinnosti; imobilizační syndrom, kdy člověk ztrácí pohybové i další dovednosti, je-li po delší dobu upoután na lůžko) i psychicky a sociálně.

### **1.6. Zdravotní stav seniorů**

Zdraví a zdravotní stav má velký vliv na kvalitu života seniora. Ve stáří přibývají zdravotní problémy a zdravotní stav se s přibývajícím věkem zhoršuje. Jak se snižuje soběstačnost, vzrůstá závislost, které se starý člověk v určitém slova smyslu bojí. Můžeme říci, že zdraví a nemoc budou vždycky výrazně ovlivňovat život ve stáří.

Nezanedbatelným faktorem kvality života je subjektivní prožívání stáří a vnímání životních podmínek (10).

Kalvach, Z. (5) uvádí, že senioři často hodnotí zdravotní stav jako špatný ve srovnání s obecnou, mladou normou, ale jako dobrý ve srovnání s vrstevníky. Míra zdraví hodnocená v jednom společenství může být jako velmi dobrá a v jiném společenství špatná. Někteří senioři hodnotí své zdraví jako dobré (ještě neztratili soběstačnost), jiní, podstatně zdatnější senioři mohou považovat své zdraví za špatné.

Ve výzkumu, který provedla D. Sýkorová a I. Loučková (25) uvedla pětina dotázaných, že se zdravím jsou na tom špatně či dosti špatně a polovina přiznala kolísání aktuálního zdravotního stavu. Zdravá se cítila být celá třetina dotázaných. Čtyřicet procent dotazovaných tvrdilo, že mohou dělat vše, co chtějí. Padesát pět procent jich odpovědělo, že je jejich zdravotní stav částečně omezuje. Jen u pěti procent respondentů je naprostou bariérou jejich aktivita. U žen hodnocení zdraví dopadalo hůře než u mužů.

Vohradílková, L. a Rabušic, L. (27) uvádějí, že subjektivně se cítí více či méně zdravý více jak čtyři pětiny mužů a tři čtvrtiny žen ve věkové skupině 65 až 74 let. Ve věku nad 75 let označují své zdraví za dobré stále téměř dvě třetiny mužů a tři pětiny žen. Dále uvádějí, že zdravotní stav seniorů se liší v závislosti na pohlaví. U starších žen je v porovnání s muži výrazně horší.

### ***1.7. Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech***

S postupujícím osamostatňováním oboru ošetrovatelství a sociální práce a s tím jak se rozvíjí jejich teoretická základna a institucionální zakotvení ve výuce, vědě a výzkumu i ve vlastní praxi, vystupuje do popředí jev již déle známý, ale dosud málo reflektovaný. Je to nedostatečnost dosavadních konceptů a modelů nemoci i zdraví.

Tato nedostatečnost netkví v tom, že by byly špatné či překonané, ale v tom, že nejsou adekvátní reálné potřebě společenské praxe. Dosavadní biomedicínský model a jeho klasifikační systémy a osvědčené přístupy jsou v současnosti doplněny modelem bio-psycho-sociálním a jeho deskriptivním klasifikačním systémem. Spolu s možností hodnotit kvalitu života poměrně exaktními nástroji máme díky tomuto modelu k dispozici teoretické podklady pro zabezpečení skutečného konsensu, a to i v mezinárodním měřítku a rozsahu. Vytváří mezinárodně přijaté podklady pro obor ošetrovatelství jak pro indikaci a účelné poskytování a provádění ošetrovatelské péče, tak pro zajištění jeho kvality a dobrých výsledků. Tento jev a trend je tak významný, že se v odborné veřejnosti hovoří o změně paradigmat, změně vzorců pro myšlení, chování a jednání zdravotníků obecně a odborníků v oboru ošetrovatelství zvláště. Tato změna paradigmat je vyvolána nepochybnými změnami ve spektru prevalence nemocí. Začínají totiž převažovat chronické nemoci, kdy striktní uvažování dle schématu etiopatogenesa – manifestace – vyléčení prostě nepostihuje plně realitu. Další a možná ještě významnější příčinou je současný celostní („holistický“) pohled na člověka, zdraví a nemoc. V této situaci se do popředí dostává zvažování konkrétního lidského údělu v jeho plnosti biologické, psychologické a sociální. Velkou roli zde hraje pojem životních rolí, a jejich omezení nemocí či handicapem. Jestliže budeme schopni měřit kvalitu života a její dynamiku v souvislosti s ošetrovatelskou péčí, a to jak v ohledech fyzických, biologických, tak duševních, psychických a sociálních (životní role a jejich omezení nemocí či handicapem) budeme moci tuto péči lépe indikovat, provádět i vyhodnocovat. Podobně to platí i pro rehabilitační péči a v případě chronických nemocí lze tento přístup aplikovat i pro léčbu.(19)

### ***1.8. Modely nemoci a zdraví v ošetrovatelství, rehabilitaci a léčbě***

Biomedicínský model nemoci je charakterizován

- orientací na příčinu nemoci, stavu (kausální orientace),
- orientací na zajištění podkladů pro kausální léčbu,

- odpovídajícím klasifikačním systémem ICD (International Classification of Diseases).

Zdravotníci uvažují v tomto modelu dle schématu:

Etiopatogenesa – Manifestace nemoci – Léčba

Pro tento model je typický kausální vzorec myšlení. Od průkazu etiologie, přes pochopení a popis patogenezi a vysvětlení projevů, manifestace nemoci je lékař, zdravotník veden ke klinické diagnóze, která určuje jím přijaté léčebné postupy a přijatá léčebná opatření v tomto modelu nemoci je odpovídajícím klasifikačním systémem ICD. V posledních patnácti letech probíhá ve zdravotnictví zajímavý vývoj, totiž tzv. změna vzorců myšlení a jednání – paradigmát. Tento vývoj zpochybňuje do určité míry dostatečnost a úplnost medicínského modelu nemoci. Tato změna paradigmát je zapříčiněna a vyvolána nepochybnými změnami ve vývoji morbidit, kde ve spektru prevalence nemocí, chorobných stavů začínají převažovat chronické nemoci, které jsou svojí podstatou již vlastně nevyléčitelné ad integrum. Tím relativně ubývá vyléčitelných, akutních nemocí a chorobných stavů, resp. jejich relativní podíl se zmenšuje. Tento trend je samozřejmě doprovázen absolutním přírůstkem podílu chronicky nemocných osob na celkové prevalenci nemocí a chorobných stavů.(29)

Tito chronicky nemocní:

- mají delší předpokládanou dobu dožití, nežli tomu bylo dříve,
- očekávají a nárokují vyšší kvalitu života,
- jejich existence představuje nečekaný razantní nárůst potřeby ošetrovatelské péče (nursing) a podobný nárůst potřeby komplexní komprehensivní rehabilitace.

Tento vývoj vede k situaci, kdy přes hranice dosavadního konceptu kurativní medicíny vidíme narůstat celostní „management“ následků a důsledků nemocí a chorobných stavů, s cílem snížit, či kompenzovat vzniklá postižení. Po tomto přístupu existuje stále stoupající objektivní společenská poptávka. V důsledku tohoto stavu se

stal nezbytným novější, komplexnější, celostnější – krátce holistický model nemocí, kterým je „bio-psychosociální model nemocí“.

Bio-psychosociální model nemoci je charakterizován:

- orientací na cílový dopad (finální orientace),
- orientací na zajištění podkladů pro ošetřování a rehabilitaci cílové osoby (pacienta/klienta),
- odpovídajícím klasifikačním systémem ICIDH (International Classification of Impairment, Dissability and Handicaps).

Zdravotníci uvažují v tomto modelu dle schématu:

Etiopatogenesa – Poškození – Porucha schopnosti – Znevýhodnění

ICIDH je multidisciplinární deskriptivní klasifikační systém, který umožňuje analyzovat a dokumentovat zdravotní stav cílové osoby ve třech základních dimensích:

- a) Struktura a funkce orgánů a orgánových systémů (fyzický stav)
- b) Schopnosti, aktivity a výkonnost osoby (role)
- c) Dopady zdravotního stavu osoby do jejích sociálních vztahů a důsledky socioekonomické (sociální funkce).

Těmto dimensím odpovídají následující položky modelu ICIDH:

- ad a) poškození – impairments
- ad b) poruchy schopnosti – disabilities
- ad c) znevýhodnění – handicaps

Nadřazeným pojmem pro všechny tyto poruchy, tj. poškození, poruchy schopnosti a handicap je pojem „Disablement“ (česky – postižení).

Příklady pro myšlenkové postupy dle ICIDH:

- Impairment – poškození: artrotické poškození kolenního kloubu (morfologické poškození) s flexní kontrakturou v kloubu kolenním (funkční poškození).



- Disability – porucha schopnosti: potíže, omezení nebo ztráta pohyblivosti – chůze, stoupaní do schodů, běh, změna pozice či postoje.

- Handicap – znevýhodnění: omezení tělesné soběstačnosti a nezávislosti a z toho plynoucí potřeba ošetrovatelské péče.

S použitím dotazníkových nástrojů umožňujících skórování HRQoL – tj. kvality života podmíněné zdravotním stavem se nám dostává do rukou nástroj umožňující kvantifikovat a vyhodnocovat stav našich pacientů/klientů jak před, tak (a to zejména) po našich terapeutických a ošetrovatelských intervencích.

Význam skórování kvality života podmíněné zdravotním stavem – HRQoL a používání modelu ICIDH nutno spatřovat ve dvou ohledech:

1. Zabezpečení konsensu na mezinárodní úrovni pro indikace a alokace výkonů zejména v oborech ošetrovatelství (nursing) a rehabilitace,

2. zabezpečení konsensu na mezinárodní úrovni pro zajištění kvality poskytovaných výkonů, zejména v oborech ošetrovatelství (nursing) a rehabilitace. **(21)**

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1. Cíl práce***

Hlavním cílem této práce je mapovat kvalitu života seniora v Nemocnici následné péče – LDN Horažďovice, s. r. o. a vyhodnotit skóre kvality života podmíněné zdravím u tohoto souboru.

### ***2.2. Hypotéza***

Hypotéza 1: Nedostatečná komunikace s rodinou vede ke snížení kvality života seniorů.

### 3. Metodika

Data byla sebrána metodou dotazování. Pro zjištění cíle práce byla použita technika standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdraví (Health Related Quality of Life), který se zabývá 8 doménami — Fyzické funkce (PF), Fyzické omezení rolí (RP), Emoční omezení rolí (RE), Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (SF), Bolest (P), Duševní zdraví (MH), Vitalita (EV) a Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP). Dále byl použit index kontaktů okolí s pacientem.

#### Kontakt: Index kontaktu okolí s pacientem

Typ kontaktu	Frekvence			
	více než 1/T	1/T	1/M	méně než 1/M
Fyzická návštěva u lůžka	4	3	2	1
Telefonát osobní	4	3	2	1
Telefonát via personál	4	3	2	1
Dopis	4	3	2	1

Suma (1-4) = Index KONTAKT

Výzkum byl realizován u klientů hospitalizovaných v Nemocnici následné péče - LDN Horažďovice s. r. o.. Celkem bylo rozdáno 32 dotazníků. Každý oslovený senior vyplnil jeden dotazník samostatně, bez asistence další osoby. Návratnost dotazníků byla stoprocentní. Z dotazovaných bylo 22 žen ve věkovém rozhraní 65 – 86 let a 10 mužů ve věkovém rozmezí 65- 94 let.

Údaje z dotazníků byly přepsány do elektronické podoby. Skórování vyhodnocení jednotlivých a průměrných skóre pro všech osm domén zajistila Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF SLJ. Získané výsledky byly porovnány s evropským

normálem výsledků pro 8 domén kvality života podmíněné zdravím, v metodě SF-36 (normativní reprezentativní data pro evropskou populaci pro dotazníkový nástroj SF-36 získala studie Oxford Healthy Life Survey ve Velké Británii v letech 1991 — 1992) a poté mezi jednotlivými kategoriemi (podsoubory 7-9,10-12,13-16) mezi sebou. Výsledky byly vyjádřeny procentuálně.

Pro přehledné vyjádření a zpracování dat byly použity tabulky a grafy, které se nachází v následující kapitole.

#### 4. Výsledky

Výsledky byly přehledně zpracovány do tabulek a grafů, kde byly použity tyto zkratky:

Oxford - Oxford Healthy Life Survey (evropský normál výsledků pro 8 domén HRQoL, v metodě SF – 36).

- 8 domén: PF – Physical function – fyzické funkce,
- RP – Role limitation psychical – fyzické omezení rolí,
- RE – Role limitation emotional – emoční omezení rolí,
- SF – Social functioning – fyzické a emoční omezení sociálních funkcí,
- P – Pain – bolest,
- MH – Mental health – duševní zdraví,
- EV – Vitality – vitalita,
- GHP – General health perception – všeobecné vnímání vlastního zdraví.

n – počet respondentů v podsouboru

u – kritická hodnota

x – průměrné skóre

% - procentní změny sledovaných hodnot

Výzkumná práce u probandů z Nemocnice následné péče – LDN Horažďovice, s. r. o. vykazuje následující výsledky.

**Tabulka 1 – Výsledky skóre podsouboru 7-9 v porovnání s evropským standardem Oxford**

Specimen 1: n = 3	Bitten-glová, senioři (Code 7-9)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	50,00	33,33	55,56	41,67	70,37	85,33	60,00	46,67
s <sup>2</sup>	1316,67	2222,22	1728,40	868,06	1755,83	152,89	1016,67	1072,22
S	36,29	47,14	41,57	29,46	41,90	12,36	31,89	32,74

Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
S	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
U	1,83	1,93	1,14	2,72	0,46	1,62	0,06	1,42

Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
-------------------	----------------------------	-----------------------------	--------------------	------	---------------	----------	---------------------------

**Vyjádřen**

**í v %      56,56      38,84      67      47,35      86,35      115,67      98,15      63,48**

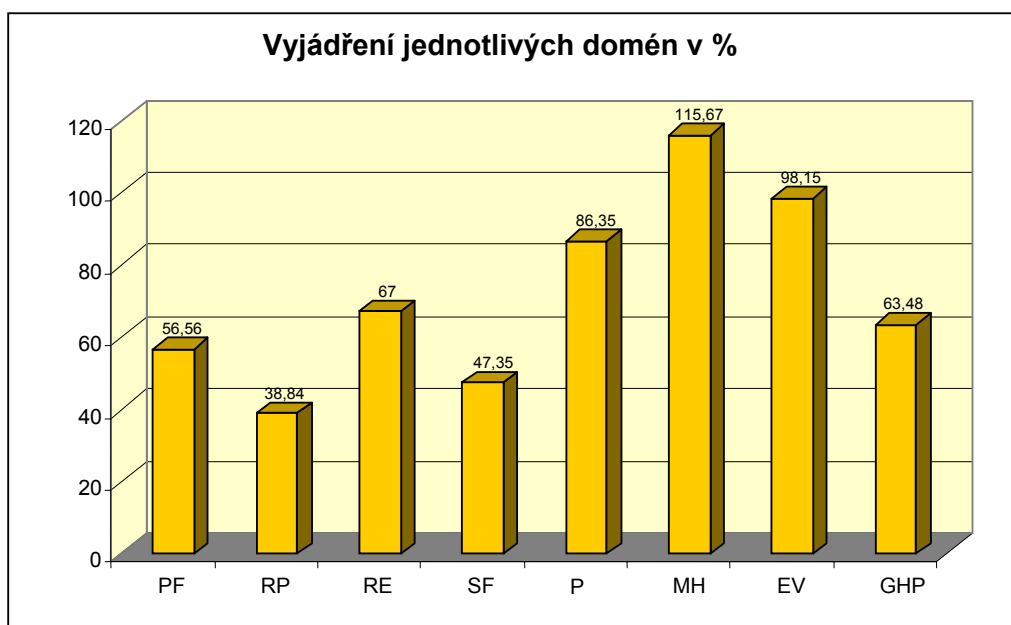
**u – kritická = 1,67**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života podsouboru 7-9 v porovnání s Oxfordem. Výsledky grafů jsou vyjádřeny jako procentuální část k normálu, to je evropský standard Oxford. Průměrný věk všech respondentů tohoto

podskupinu 7-9 je 80,3 let. Z celkového počtu 32 respondentů byly do podskupiny 7-9 zařazeny 3 klienti. Jeden muž věku 75 let a dvě ženy v průměrném věku 79,5 let. V doméně fyzické funkce (PF) se porovnávaná skupina přibližuje ke standardu Oxford z 56,56 procent. Doména fyzické omezení rolí (RP) je významně snížena oproti standardu Oxford a to na 38,84 procent. Další doména emoční omezení rolí (RE) dosáhla 67 procent ke standardu. Čtvrtou doménou jsou sociální funkce (SF), dle výzkumu prokazují 47,35 vzhledem ke standardu. Pátou doménou je bolest (P), která se přiblížila ke standardu v 86,35 procentech. Další doménou je všeobecné duševní zdraví (MH), která přesáhla standard a u testované skupiny činí 115,67 procent. Doména vitalita (EV) se nejvíce svou hodnotou přibližuje k evropskému standardu a to 98,15 procenty. Poslední doménou je všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) jejíž hodnoty činí 63,48 procenta ze standardu. Procentuální vyjádření viz. graf 1.

**Graf 1 – Procentuální vyjádření podskupiny 7 – 9 v porovnání s evropským standardem Oxford**



Graf 1 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru podskupiny 7-9 včetně, s evropským standardem Oxford.

**Tabulka 2 – Výsledky skóre podskupiny 10-12 v porovnání s evropským standardem Oxford**

Specimen 1: n = 12	Bittenglová, senioři (Code 10-12)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	25,83	12,50	30,56	40,63	46,30	71,67	52,08	46,67
s <sup>2</sup>	257,64	468,75	1195,99	498,05	1148,83	281,22	193,58	318,06
S	16,05	21,65	34,58	22,32	33,89	16,77	13,91	17,83

Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
S	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
U	13,49	11,72	5,24	7,35	3,60	0,43	2,25	5,21

Physic al functio n	Role limitati on - physic al	Role limitatio n - emotion al	Social functio ning	Pain	Mental health	Vitality	Gener al health precep tion
------------------------------	--	---	---------------------------	------	------------------	----------	---

**vyjádření**

**v %      29,22    14,57    36,85    46,17    56,82    97,15    85,2    63,48**

**u – kritická = 1,67**

Zdroj: Vlastní výzkum

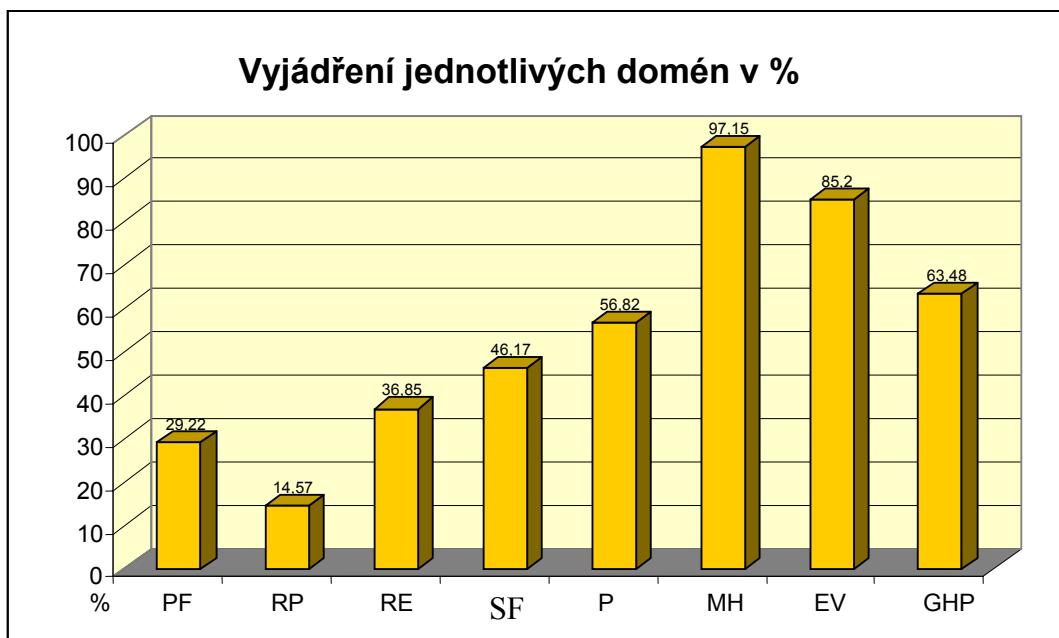
V tabulce 2 je hodnocen podsoubor 10-12 včetně, oproti evropskému standardu Oxford. V podsouboru 10-12 včetně, je zařazeno 12 respondentů z celkového počtu 32. Z toho 4 muži v průměrném věku 83,3 let a 8 žen v průměrném věku 76 let. Celkový věkový průměr podsouboru 10-12 je 78,4 let.



V doméně fyzických funkcí (PF) jsou výsledky respondentů 29,22 procent z evropského standardu (100procent). Druhá doména – fyzické omezení rolí (RP) činí pouze 14,57 procent z Oxfordu. Další doména je emoční omezení rolí (RE), která vykazuje hodnotu 36,85 procent. Čtvrtá doména – omezení sociálních funkcí (SF) dosáhla 46,17 procent oproti Oxfordu. 56,82 procenty je vyhodnocena doména bolest (P). Doména všeobecné duševní zdraví (MH) se přibližuje nejvíce svou hodnotou k evropskému standardu a to 97,15ti procenty. Následuje doména vitalita (EV), která se evropskému standardu také poměrně přibližuje, tvoří 85,2 procent. Hodnota poslední domény - všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) dosáhla 63,48 procent ku evropskému standardu Oxford.

[Procentuální vyjádření jednotlivých domén viz. graf 2.

**Graf 2 - Procentuální vyjádření podsouboru 10 - 12 v porovnání s evropským standardem Oxford**



Graf 2 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru podsouboru 10 – 12 včetně, s evropským standardem Oxford.

**Tabulka 3 – Výsledky skóre podskupiny 13-16 v porovnání s evropským standardem Oxford**

Specimen 1: n = 17	Bitten-glová, senioři (Code 13-16)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	40,00	25,00	49,02	50,74	36,60	65,18	51,76	43,82
s <sup>2</sup>	650,00	1102,94	1584,01	946,15	519,46	347,79	279,24	254,50
S	25,50	33,21	39,80	30,76	22,79	18,65	16,71	15,95
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s <sup>2</sup>	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
S	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
U	7,82	7,55	3,51	4,99	8,11	1,90	2,31	7,66

Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception

**vyjádření**

**v %      45,25      29,13      59,11      57,64      44,91      88,36      84,67      59,6**

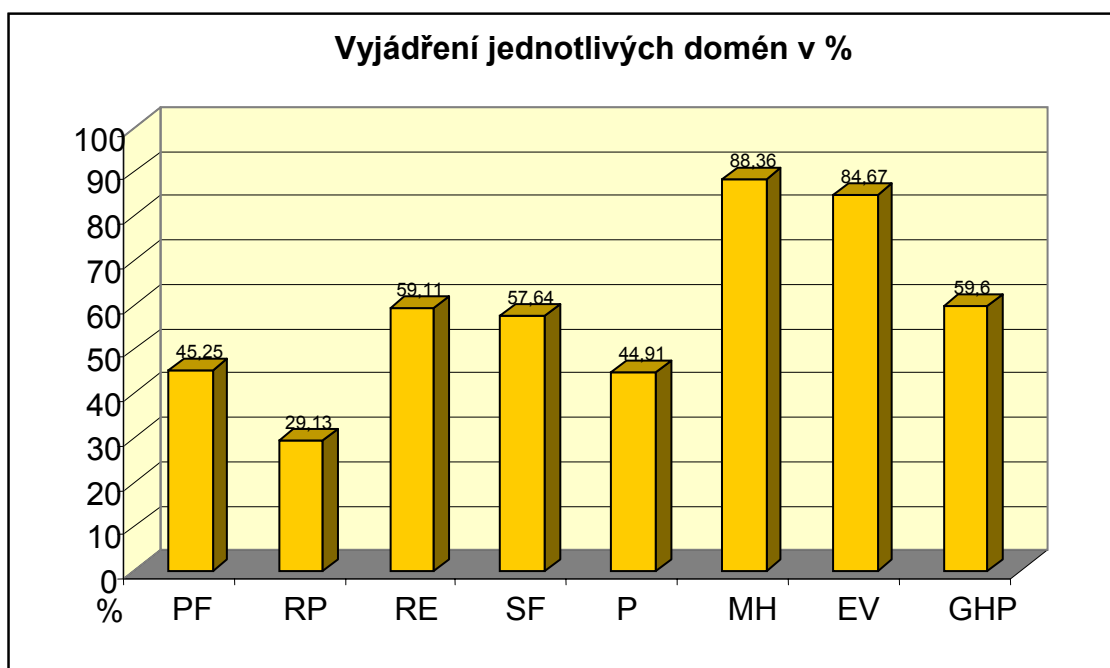
**u – kritická = 1,67**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 3 je hodnocen podsoubor 13–16 včetně, oproti evropskému standardu Oxford. V podsouboru 13-16 včetně, je zařazeno celkem 17 respondentů ve věkovém průměru 70,5 let. Z toho je 12 dotázaných žen v průměrném věku 70 let a 5 mužů v průměrném věku 71,6 let.

Výsledky první domény fyzické funkce (PF) oproti evropskému standardu Oxford činí 45,25 procent. Hodnota druhé domény fyzické omezení rolí (RP) odpovídá 29,13 procentům z Oxfordu. Doména emoční omezení rolí (RE) tvoří 59,11 procent z evropského standardu. Další doména je sociální funkce (SF) jejíž hodnota vykazuje v procentech 57,64. Pátá doména bolest (P) je oproti Oxfordu nižší, tvoří v podsouboru 13 – 16 včetně, ve srovnání se standardem 44,91 procent. Nejvíce se svou hodnotou k evropskému standardu přibližuje doména všeobecné duševní zdraví (MH) s procentuálním vyjádření 88,36. Následující doména vitalita (EV) se prokazuje výsledkem 84,67 procent. Poslední doména všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je vyjádřena 59,6ti procenty oproti Oxfordu.

**Graf 3 - Procentuální vyjádření podsouboru 13 - 16 v porovnání s evropským standardem Oxford**



Graf 3 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru podsouboru 13 – 16 včetně, s evropským standardem Oxford.

**Tabulka 4 – Výsledky podsouboru 7 - 9 v porovnání s podsouborem 10 - 12**

Specimen 1: n = 3	Bittenglová, senioři (Code 7-9)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	50,00	33,33	55,56	41,67	70,37	85,33	60,00	46,67
s <sup>2</sup>	1316,67	2222,22	1728,40	868,06	1755,83	152,89	1016,67	1072,22
S	36,29	47,14	41,57	29,46	41,90	12,36	31,89	32,74

Specimen 2: n = 12	Bittenglová, senioři (Code 10-12)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	25,83	12,50	30,56	40,63	46,30	71,67	52,08	46,67
s <sup>2</sup>	257,64	468,75	1195,9	9	498,05	1148,83	281,22	193,58
S	16,05	21,65	34,58	22,32	33,89	16,77	13,91	17,83

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
U	1,13	0,75	0,96	0,06	0,92	1,58	0,42	0,00

	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
<b>Vyjádření v %</b>	<b>51,66</b>	<b>37,5</b>	<b>55</b>	<b>97,5</b>	<b>65,79</b>	<b>83,99</b>	<b>86,8</b>	<b>100</b>

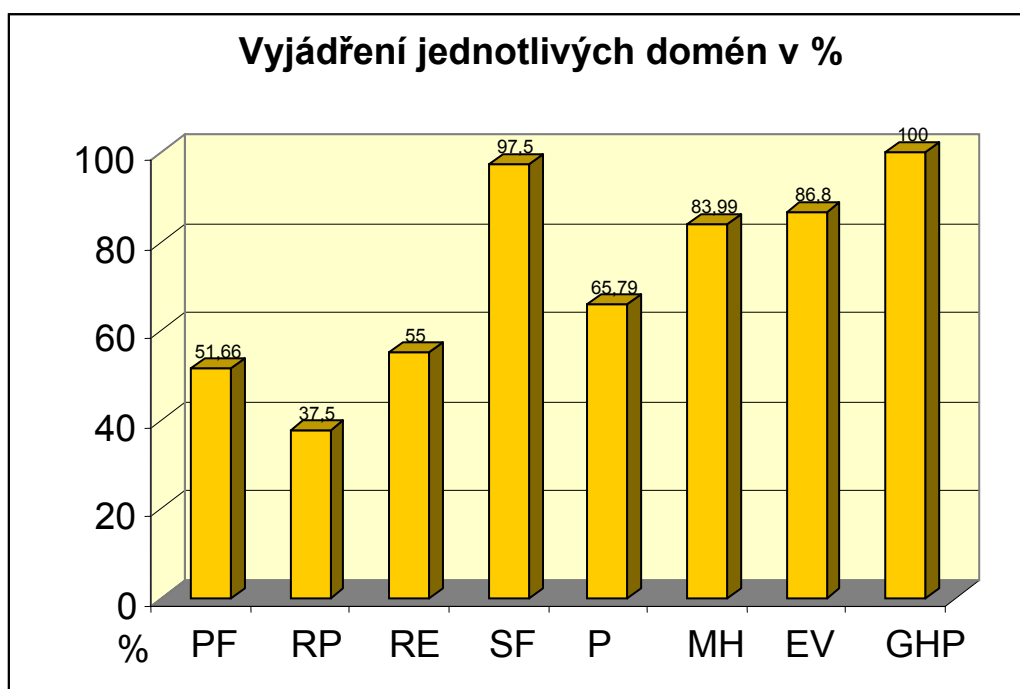
**u – kritická = 1,94**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 4 hodnotíme podsoubor 7 – 9 včetně (3 respondenti), s podsouborem 10 – 12 včetně (12 respondentů), kde tyto skupiny porovnáváme mezi sebou ve všech osmi doménách. V první doméně PF – fyzické funkce skupina 7-9 včetně, oproti skupině 10-12 dosáhla procentuálního vyjádření 51,66. V doméně RP – fyzické omezení rolí nižší skupina ku vyšší byla vyhodnocena v 37,5 %. V oblasti RE – emočním omezení rolí

dosáhly hodnoty 55ti procent. Ve čtvrté doméně SF – omezení sociálních funkcí se hodnotou 97,5 % jednoznačně přibližují ke sto procentům. V další doméně P – bolest tvoří procentní změny sledovaných hodnot 65,79 procent. Doména MH – všeobecné duševní zdraví vykazuje z uvedených podsouborů 83,99 procent. Sedmá doména EV – vitalita je vyhodnocena v 86,8 %. Procentuální vyjádření v poslední doméně GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví je 100 procent.

**Graf 4 - Procentní změny sledovaných hodnot podsouboru 7 – 9 vzhledem k podsouboru 10 - 12**



Graf 4 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru podsouboru 7 – 9 včetně oproti podsouboru 10 – 12 včetně.

**Tabulka 5 – Výsledky skóre podskupiny 7 – 9 v porovnání s podskupinou 13**

- 16

<b>Specimen</b>	Bittenglová, senioři (Code 7-9)							
<b>1:</b>								
<b>n = 3</b>	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>
<b>X</b>	50,00	33,33	55,56	41,67	70,37	85,33	60,00	46,67
<b>s<sup>2</sup></b>	1316,67	2222,22	1728,40	868,06	1755,83	152,89	1016,67	1072,22
<b>S</b>	36,29	47,14	41,57	29,46	41,90	12,36	31,89	32,74

<b>Specimen</b>	Bittenglová, senioři (Code 13-16)							
<b>2:</b>								
<b>n = 17</b>	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>
<b>X</b>	40,00	25,00	49,02	50,74	36,60	65,18	51,76	43,82
<b>s<sup>2</sup></b>	650,00	1102,94	1584,01	946,15	519,46	347,79	279,24	254,50
<b>S</b>	25,50	33,21	39,80	30,76	22,79	18,65	16,71	15,95

	<b>PF</b>	<b>RP</b>	<b>RE</b>	<b>SF</b>	<b>P</b>	<b>MH</b>	<b>EV</b>	<b>GHP</b>
<b>U</b>	0,46	0,29	0,25	0,49	1,36	2,39	0,44	0,15

Physica l functio n	Role limitatio n - physical	Role limitatio n - emotion al	Social functio ning	Pain	Mental health	Vitality	General health preceptio n
------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------	------	------------------	----------	-------------------------------------

**Vyjádřen**

**í**

**v %            80            75            88,23   121,77            52   76,39            86,27            93,89**

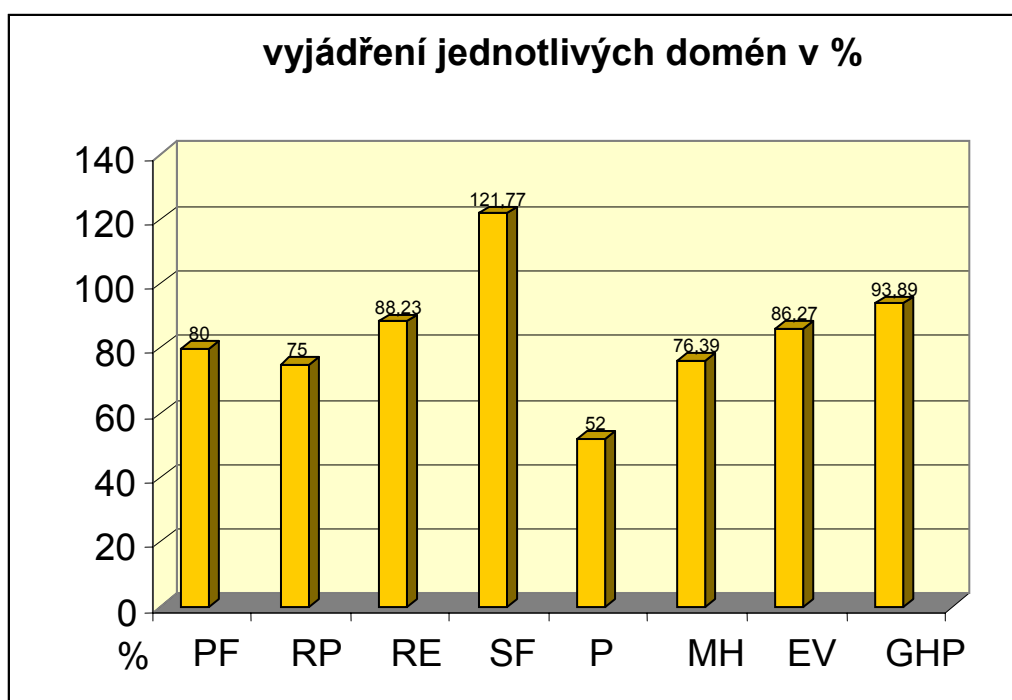
**u – kritická = 1,94**

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 5 hodnotíme podsoubor 7 – 9 včetně (3 respondenti), s podsouborem 13 – 16 včetně (17 respondentů), kde tyto skupiny porovnáváme mezi sebou ve všech osmi doménách.

Doména první PF – fyzické funkce dosáhla hodnoty 80 procent. Druhá doména RP – fyzické omezení rolí je vyhodnocena 75ti procenty. V oblasti třetí domény RE – emoční omezení rolí činí procentní vyjádření 88,23 %. Další doména SF – omezení sociálních funkcí dosáhla hodnoty 121,77 procent. Pátá doména P – bolest je vyjádřena 52ma procenty. V doméně MH – všeobecné duševní zdraví tvoří procentuální vyjádření 76,39%. Sedmá doména EV – vitalita vykazuje následující výsledek a to 86,27 procent. Poslední doména GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví je vyhodnocena 93,89ti %.

**Graf 5 - Procentní změny sledovaných hodnot podsouboru 7 – 9 vzhledem k podsouboru 13 - 16**



Graf 5 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru podsouboru 7 – 9 včetně oproti podsouboru 13 – 16 včetně.

**Tabulka 6 - Výsledky skóre podskupiny 10 - 12 v porovnání s podskupinou 13 - 16**

Specimen 1: n = 12	Bitten-glová, senioři (Code 10-12)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	25,83	12,50	30,56	40,63	46,30	71,67	52,08	46,67
s <sup>2</sup>	257,64	468,75	1195,99	498,05	1148,83	281,22	193,58	318,06
s	16,05	21,65	34,58	22,32	33,89	16,77	13,91	17,83

Specimen 2: n = 17	Bittenglová, senioři (Code 13-16)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	40,00	25,00	49,02	50,74	36,60	65,18	51,76	43,82
s <sup>2</sup>	650,00	1102,94	1584,01	946,15	519,46	347,79	279,24	254,50
s	25,50	33,21	39,80	30,76	22,79	18,65	16,71	15,95

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
<b>u</b>	1,83	1,23	1,33	1,03	0,86	0,98	0,06	0,44

Physi- cal func- tion	Role limita- tion - physical	Role limita- tion – emotio- nal	Social functioni ng	Pain	Mental health	Vitality	Gene- ral health precep- -tion
--------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------	------	------------------	----------	--

**Vyjádření**

**v %    154,86    200    160,41    124,39    79,05    90,72    99,39    93,89**

**u – kritická = 1,94**

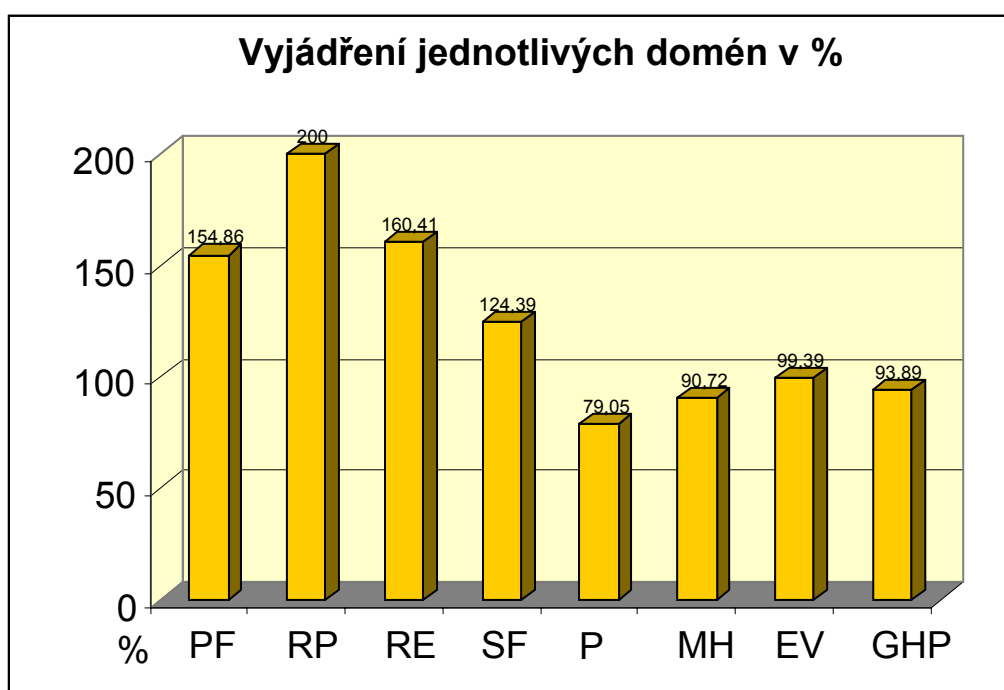
Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 6 hodnotíme podsoubor 10 – 12 včetně (12 respondentů), s podsouborem 13 – 16 včetně (17 respondentů), kde tyto skupiny porovnáváme mezi sebou ve všech osmi doménách. Výzkumná práce vykazuje následující výsledky:



Doména PF – fyzické funkce 154,86, v doméně RP – fyzické omezení rolí 200, v doméně RE – emoční omezení rolí 160,41, v doméně SF – omezení sociálních funkcí 124,39, v doméně P – bolest 79,05, v doméně MH všeobecné duševní zdraví 90,72, v doméně EV – vitalita 99,39 a v doméně GHP – všeobecné vnímání vlastního draví 93,89.

**Graf 6 - Procentní změny sledovaných hodnot podsouboru 10 - 12 vzhledem k podsouboru 13 - 16**



Graf 6 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech. Procentuální vyjádření poměru podsouboru 10 – 12 včetně, oproti podsouboru 13 – 16 včetně.

**Tabulka 7 – Vyjádření skóre domény fyzických funkcí jednotlivých podsouborů**

<b>Fyzické funkce (PF)</b>	<b>Skóre</b>
<b>Podsoubor 7-9 x podsouboru 10-12</b>	<b>50 proti 25,83</b>
<b>Podsoubor 7-9 x podsouboru 13-16</b>	<b>50 proti 40</b>
<b>Podsoubor 10-12 x podsouboru 13-16</b>	<b>25,83 proti 40</b>

Fyzické funkce u podskupiny s nejmenším počtem kontaktů ( 7-9) jsou v lepší kvalitě ( skóre 50) nežli ve skupině 13-16 ( skóre 40) a přitom z tabulky 8 (následující strana) vyplývá, že v doméně sociální funkce vykazuje lepší, vyšší skóre podskupina s nečastějšími kontakty (13 – 16) .

**Tabulka 8 – Vyjádření skóre domény sociálních funkcí v jednotlivých podsouborech**

<b>Sociální funkce (SF)</b>	<b>Skóre</b>
<b>Podsoubor 7-9 x podsouboru 10-12</b>	<b>41,67 proti 40,63</b>
<b>Podsoubor 7-9 x podsouboru 13-16</b>	<b>41,67 proti 50,74</b>
<b>Podsoubor 10-12 x podsouboru 13-16</b>	<b>40,63 proti 50,74</b>

V tabulce udávám průměrná skóre podsouboru s největším počtem kontaktů (podsoubor 13-16) vyjádřena jako procenta průměrných skóre podsouboru s nejmenším počtem kontaktů (podsoubor 7-9), jehož průměrné hodnoty skóre pro jednotlivé domény jsem položila jako rovno 100 = 100%.

Z tabulek 7 a 8 vyplývá skutečnost, že lidé, kteří mají nejmenší skóre návštěv tj. podsoubor 7-9 včetně v porovnání s podsouborem 10-12 (tabulka 4) a podsouborem 13-16 (tabulka 5), jsou na tom sice fyzicky nejlépe, ale sociálně nejhůře. Kvalita života v doméně sociální funkce je lineárně, naprosto, závislá na počtu/skóre kontaktů příbuzných.

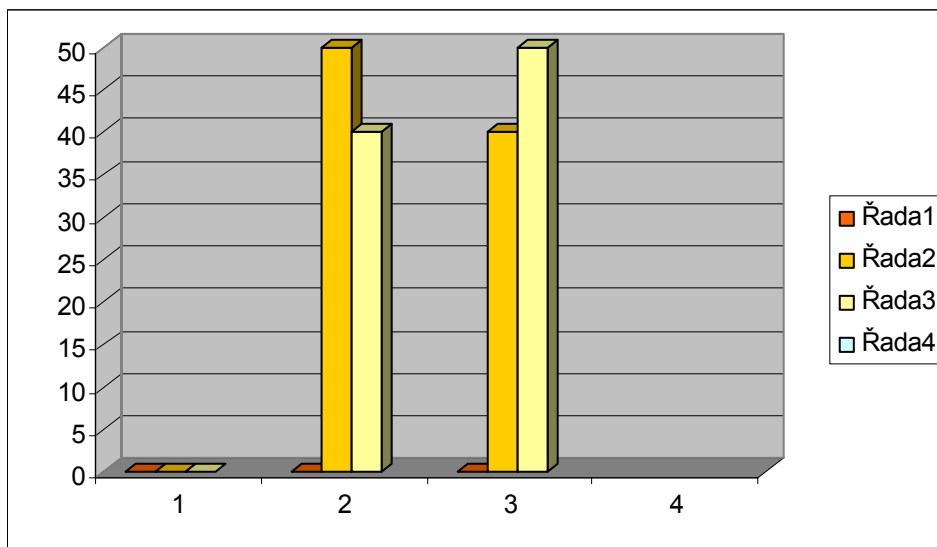
**Tabulka 9 – Frekvence kontaktů s rodinou a blízkými osobami**

Frekvence tj. frekvence kontaktů s rodinou/blízkými	
nízká - 7-9	řada 2, skupina sloupcového diagramu 2
vysoká - 13 - 16	řada 3, skupina sloupcového diagramu 3
Sloupec B - Fyzické funkce, vyjádřené jako průměr domény fyzické funkce v systému HRQoL	Fysické funkce
Sloupec C	Sociální funkce
osa x	barva sloupce oranžová
osa y	barva sloupce žlutá
	frekvence kontaktů
	score PF - oranžová
	SF - žlutá

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 9 znázorňuje frekvenci kontaktů s rodinou a blízkými osobami, se zaměřením na podsoubory s nejnižším a nejvyšším skóre frekvence návštěv, a to v doménách fyzické funkce a sociální funkce.

**Graf 7 - Frekvence kontaktů s rodinou a blízkými**



osobami

V grafu osa x označuje frekvenci kontaktů, v rozmezí 1 – 4 a osa y znázorňuje výši skóre.

## 5. Diskuse

Otázka které jsou to faktory, které ovlivňují kvalitu života a mají dopad na aktivity denního života v různých situacích a za různých okolností je systematicky studována v mnoha zemích světa a široce publikována.

Mnohé z těchto studií se zaměřují na objasnění vztahu mezi kvalitou života a zdravotním stavem. Velmi důležitým aspektem je zde snaha o rozluštění subjektivní dimenze této situace, tohoto vztahu. To jak jednotlivec subjektivně vidí a prožívá sám sebe, jak je sám se sebou spokojen, je nesmírně důležité pro posouzení úspěšnosti či neúspěšnosti intervencí ošetrovatelských (nursing), rehabilitačních, ale i medicínsko-terapeutických.

Jak uvádí Petr, k hodnocení kvality života byly vyvinuty různé systémy měření. Kvalita života podmíněná zdravím (HRQoL) je pojem shrnující subjektivní a přitom kvantifikovatelné měření jednak vnímání zdraví, jednak chodu životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře. Měřicí prostředky ke zjišťování a hodnocení HRQoL jsou tvořeny dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Dotazník SF-36, používaný při zjišťování HRQoL, hodnotí výsledky zdravotnických sociálních intervencí. S použitím dotazníků pro skórování HRQoL, zejména dotazníku SF – 36 (který je použit v této práci), je možno hodnotit výsledky zdravotnických a sociálních intervencí v osmi doménách či kategoriích, kterými jsou: Fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví.(21)

Zjišťování kvality života u klientů hospitalizovaných v Nemocnici následné péče – LDN Horažďovice, s. r. o. probíhalo pomocí dotazníkového nástroje SF – 36, který je široce používán téměř ve všech lékařských oborech a je vysoce hodnocen pro svou možnost zachytit sociální rozměr kvality života.(9)

Výsledky výzkumu kvality života podmíněné zdravím u cílového souboru klientů z Nemocnice následné péče - LDN Horažďovice, s. r. o. byly porovnávány s hodnotami normální evropské populace, kterou Oxfordská studie prohlásila za nositele standardu HRQoL a následně ve všech hodnocených osmi doménách vyhodnoceny. Pro kvalitní

posouzení a vyhodnocení jednotlivých výsledků dotazníků SF – 36 jsem měla k dispozici cílový soubor 32 dotazníků, jehož návratnost byla sto procent.

Cílem této bakalářské práce je mapovat kvalitu života seniora na lůžkovém oddělení v Nemocnici následné péče – LDN Horažďovice, s.r.o..

V úvodu byla stanovena tato hypotéza: **Nedostatečná komunikace s rodinou vede ke snížení kvality života seniorů.** Z výsledků dotazníku vyplívá skutečnost, že lidé, kteří mají nejmenší skóre návštěv tj. podsoubor 7-9 včetně v porovnání s podsouborem 10-12 (tabulka 4) a podsouborem 13-16 (tabulka 5), jsou na tom sice fyzicky nejlépe, ale sociálně nejhůře. Kvalita života v doméně sociální funkce je lineárně, naprosto, závislá na počtu/skóre kontaktů příbuzných.

S použitím komplexního dotazníkového nástroje typu „generic“ dokumentují snížení kvality života probandů jak v oblasti fyzické (PF), v oblasti psychické (domény RE, EV, GHP), tak v oblasti sociální (viz. doména RE, RP, SF). Ošetřující tým by si měl být vědom celostního přístupu k pacientovi. Výzkum stanovenou hypotézu tedy potvrdil.

V oblasti Fyzické omezení rolí (RP), musí být brán zřetel na to, že se kvalita života neváže pouze na jedinou oblast života, např. fyzickou, ale prostupuje jak oblastí fyzickou, psychickou tak i do oblasti sociální – společně tvoří jeden celek. I přesto, že personál věnuje dostatečnou péči klientům, nemůže bohužel sociální funkce nikdy nahradit. Domnívám se, že toto je možno řešit individuálně přes častější návštěvy a jiné kontakty (telefon, dopis) příbuzných a osob blízkých.

Při porovnávání výsledků podsouboru 7-9 se standardem Oxford vyšlo najevo, že výsledky podsouboru 7-9 jsou ve většině domén nižší než standard. Nejvíce se svou hodnotou k Evropskému standardu přibližuje hodnota domény Vitalita (EV) – a to 60 ku 61,13. Hodnota domény Všeobecného duševního zdraví (MH) dosáhla 85,33 oproti Oxfordskému normálu 73,77. V oblasti domény Bolest (P) vykazuje 70,37 oproti standardu Oxford 81,49. Rozdíl evropského normálu a podsouboru 7-9 u **domény fyzické funkce (PF)** je vysoký. Dokazuje to hodnota 50 narozdíl od hodnoty normálu 88,40. Kvalita života je podle výzkumu také významně snížena v oblasti **sociální**

**funkce (SF)**, což dokazuje výsledek 41,77, přičemž evropský standard vykazuje podstatně vyšší hodnotu a to 88,01.

Podsoubor 10-12 včetně, má v porovnání se standardem Oxford tyto výsledky. Oblast domény Všeobecného duševního zdraví (MH) se nejvíce přibližuje svou hodnotou k evropskému standardu a to 71,67 ku 73,77. V hodnocení podsouboru 10-12 se jednoznačně hodnoty standardu v doméně **sociálních funkcí (SF)** příliš nezměnili 40,63 ku 88,01, ale doména **fyzických funkcí (PF)** je výrazně nižší a to 25,83 ku 88,4. Což potvrzuje, že sociální funkce nelze péčí zdravotnického personálu nahradit.

Posledním podsouborem hodnoceným s evropským standardem Oxford je podsoubor 13-16 včetně. V tomto podsouboru se kvalita života projevila v doméně **sociální funkce (SF)** nejlépe, ve srovnání se standardem Oxford a to 88,4 ku 40. A doména **fyzické funkce (PF)** vzhledem ke standardu je 40 ku 88,4.

Po zhodnocení jednotlivých podsouborů (7-9, 10-12, 13-16) v porovnání s Oxfordem je třeba konfrontovat jednotlivé podsoubory mezi sebou a to podsoubor 7-9 včetně, oproti podsouboru 10-12 včetně, podsoubor 7-9 včetně, v porovnání s podsouborem 13-16 včetně, podsoubor 10-12 včetně, versus podsoubor 13-16 včetně. Fyzické funkce u podskupiny s nejmenším počtem kontaktů (7-9) jsou v lepší kvalitě (skóre 50) nežli ve skupině 13-16 (skóre 40) a přitom sociální funkce vykazují lepší, vyšší skóre u té podskupiny s nečastějšími kontakty. Objektivně, biologicky jsou na tom tedy hůře ti ze skupiny 13-16, nežli ti ze skupiny 7-9, ale sociální funkce mají tito, z podskupiny 13-16 ve vyšší kvalitě ( 50,74 ) kdežto ti z podskupiny 7-9 nižší (41,67).

U každé tabulky (1-6) je vypočítána i hodnota *u*, která vyjadřuje kritickou hodnotu. Výsledky jsou zde hodnoceny jako statisticky významné na 5 procent hladině významnosti. Statisticky nejvýznamnější je hodnota *u* - v doménách fyzických a sociálních funkcí (tabulka 3, 4, 5). To znamená, že z 95 procent pravděpodobnosti jsou údaje zjištěné z výzkumu pravdivé.

Zdraví a zdravotní stav má velký vliv na kvalitu života seniora. Ve stáří přibývají zdravotní problémy a zdravotní stav se s přibývajícím věkem zhoršuje. Jak se snižuje soběstačnost, vzrůstá závislost, které se starý člověk v určitém slova smyslu bojí. Můžeme říci, že zdraví a nemoc budou vždycky výrazně ovlivňovat život ve stáří.

Nezanedbatelným faktorem kvality života je subjektivní prožívání stáří a vnímání životních podmínek (10).

Úroveň kvality života seniorů jednoznačně souvisí s odlišnými životními podmínkami seniorů. Kvalita jejich života je ovlivňována zdravotními aspekty (zdravotní stav, mobilita), psychickými aspekty (paměťová schopnost, nálada), ale i aspekty sociálními (sociální kontakt, prostředí).

Kalvach, Z. (5) uvádí, že senioři často hodnotí zdravotní stav jako špatný ve srovnání s obecnou, mladou normou, ale jako dobrý ve srovnání s vrstevníky. Míra zdraví hodnocená v jednom společenství může být jako velmi dobrá a v jiném společenství špatná. Někteří senioři hodnotí své zdraví jako dobré (ještě neztratili soběstačnost), jiní, podstatně zdatnější senioři mohou považovat své zdraví za špatné.

Objektivně, biologicky jsou na tom tedy hůře ti ze skupiny 13-16, nežli ti ze skupiny 7-9, ale sociální funkce mají ti, z podskupiny 13-16 ve vyšší kvalitě (50,74) kdežto ti z podskupiny 7-9 nižší (41,67).

Vzájemná interakce biologického a sociálního prostředí s lidským organismem a způsobem života přispívají k rozvoji nemoci a ke zhoršení psychického stavu každého člověka.

Aktivizace se stává v oblasti péče o seniory nezbytnou a to jak ve smyslu fyzické, tak i ve smyslu psychické a sociální pohody. K nám bohužel přicházejí často do zařízení senioři, jejichž stav je zanedbán a jsou fyzicky a sociálně neschopní. Kvalitní program vedoucí k aktivizaci je nejen nutným doplňkem péče o seniory, ale je velice důležitý pro jejich duševní a fyzický stav. Poskytuje seniorům nutnou fyzickou činnost, příležitost ke vzájemnému setkávání a společenskému kontaktu, který je pro psychiku člověka důležitý.

Důležité je zachovat vazby k blízkým, k veřejnosti, pomáhat seniorům při začleňování do společnosti, snažit se minimalizovat izolovanost seniorů. V naší nemocnici se pořádají koncerty jak zaměstnanci a jejich kapela tak dětmi ze základní školy v Horažďovicích, tento mezigenerační projekt je přínosný jak pro děti tak pro seniory, zmenšuje se tím izolovanost. Děti se seznámí s prostředím, které je často



tabuizované – stáří je něco, o čem se nemluví – senioři oživnou a načerpají od dětí tolik potřebnou energii.

Kvalita života se obvykle popisuje v pojmech jako je soběstačnost, důstojnost, seberealizace, spokojenost v rodinných, partnerských a dalších mezilidských vztazích, sociální a kulturní integrovanost. Z odborného hlediska by se kvalita péče mohla odvozovat a posuzovat na základě patřičného vzdělání a specifických znalostí a dovedností personálu, dodržování odborných postupů a metod, prevence komplikací, dodržování etických zásad a respektování práv pacienta či klienta, zvládnuté organizace práce včetně adekvátní dokumentace a komunikace o pacientovi či klientovi, včasného vyšetření, vybavení pracoviště. Je nezbytné se zabývat kvalitou péče i z hlediska klientů, kteří ji využívají, zjišťovat jejich spokojenost se službami a hodnotit jejich potřeby a preference.

## 6. Závěr

Cílem této práce bylo mapovat kvalitu života seniora na lůžkovém oddělení v Nemocnici následné péče – LDN Horažďovice, s. r. o.. Důležitou úlohu ve zlepšování kvality života u hospitalizovaných klientů hraje metoda HRQoL, což je metoda zjišťování kvality života podmíněné zdravím v osmi hlavních doménách, která umožňuje vyhodnocovat nejen zdravotní a psychický stav, ale i sociální postavení osob.

Díky této metodě bylo zjištěno, že skupina s nejnižší frekvencí kontaktů (podsoubor 7-9) má nejlepší PF - fyzické funkce, přitom nejhorší SF - sociální funkce, kdežto skupina s nejvyšší frekvencí kontaktů (podsoubor 13-16) má nejhorší PF - fyzické funkce, přitom nejlepší SF - sociální funkce.

Stanovená hypotéza „**Nedostatečná komunikace s rodinou vede ke snížení kvality života seniorů**“ se v průběhu výzkumu potvrdila.

Z obsahu výzkumné části práce vyplývá, že **kontakty s rodinou jsou pro kvalitu sociálních funkcí důležitější, nežli fyzické funkce probanda, kontakty s rodinou jsou nenahraditelné.** To má velké dopady organizační, logistické, politické (lokalizace DD - domovů důchodců, LDN, ONP, NNP, sociálních ústavů). Časoprostorová dostupnost pro návštěvy musí být zohledňována při plánování - výstavbě kapacit.

Jde tedy především o lidský faktor, potřebu láskyplné péče a sociálního zázemí. Každý člověk a každý senior je individualita, osobnost sama o sobě, tak každý z nich má jiný žebříček životních hodnot a z toho vyplývá i jiné hodnocení osobní spokojenosti. Jakákoliv aktivita, ať už sociální, psychická nebo fyzická dává životu ve stáří smysl a naplnění. Existuje řada faktorů, které mohou seniora v aktivitě omezovat a dovést až k izolaci. Mezi ně řadíme životní podmínky, věk člověka, fyzický stav - nemoc, handicap, psychický stav a sociální nebo ekonomické vlivy. Značnou úlohu v hodnocení kvality života hraje zdravotní stav a sociální zázemí seniorů, které výrazně ovlivňují jeho prožívání.

Stanovený cíl práce byl splněn.

## 7. Seznam použité literatury

1. DRAGOMIRECKÁ, E. ŠELEPOVÁ, P. Kvalita života u seniorů - mezinárodní výzkum. In Sborník příspěvků z konference, konané 25.10.2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 91-101.  
ISBN 80-86625-20-6.
2. HARTL, P. HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
3. HNILICOVÁ, H. Dopad společenských změn po roce 1989 na kvalitu života lidí v ČR. In Zdravotnictví v ČR. Praha: 2003, roč. 6, č. 3-4, s. 174 -182. ISSN 0044-1996.
4. HOGENOVÁ, A. Kvalita života a tělesnost. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-580-90.
5. KALVACH, Z., et al. Geriatrie a gerontologi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
6. KOVAL, Š. Antropologický rozmer epideiologie staroby. 1. vyd. Košice: PonT, 2001. 178 s. ISBN 80-967611-3-7.
7. KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In Zdravotnictví v ČR. Praha: 2003, roč. 6, Č. 3-4, s. 167-173. ISSN 0044-1996.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

9. KUČERA, Z. Podpora zdraví a kvalita života. In Sborník příspěvků z konference, konané 25.10.2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 108-118. ISBN 80-86625-20-6.
10. KUCHAROVÁ, V. Život ve stáří. Praha- Výzkumné centrum Brno: VITPSV, 2002. (online) Platný <http://www.vursv.cz/Empirickyvyzkum.pdf>.
11. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. GRADA – 1998 , 3.vyd. ISBN 80-7169-195-X
12. Nemocnice násl.péče – LDN Horažďovice, s.r.o.,(on – line) platný <http://www.nnp-ldnhd.cz/>
- 13.(on – line) platný <http://www.nnp-ldnhd.cz/index.php?menuoption=historie>
- 14.(online)platný  
<http://www.nnp-ldnhd.cz/index.php?menuoption=osetrovatelstvi>
15. (online) platný  
[http://www.nnp-ldnhd.cz/zpravy/koncepce\\_osetrovatelstvi.doc](http://www.nnp-ldnhd.cz/zpravy/koncepce_osetrovatelstvi.doc)
16. (online) platný [http : //www.nnp-ldnhd.cz/index.php?menuoption=pece](http://www.nnp-ldnhd.cz/index.php?menuoption=pece)
17. OECD *Celoživotní učení pro všechny*. Praha: Učitelské noviny — Gnosis, 1997.
18. Petr P., Dotazník SF-36 O kvalitě života podmíněné zdravím Kontakt č.1, ročník 2, 2000, str. 26-30 ZSF JU České Budějovice
19. Petr P., Kalová H. Kvalita života v balneologii. Anotace knihy. *Auspicia* 2/ 2004, vol. 1, prosinec 2004, str. 75-76. ISSN 1214-4967

20. PETR, P. Regionální standard kvality života podmíněné zdravím. In Kontakt. 2001, roč. 3, č. 3. ISSN 1212-4117.
21. Petr P., Záškodný P., Vondrouš P., Soukupová A., Kalová H. Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“ (HRQoL) Závislosti a my, 4:9, 2002 pp. 23-27 (ISSN:1213-8584)
22. RABUŠIC, L. Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva? (zamyšlení nad některými souvislostmi populačního stárnutí), Praha: Socioklub – VÚPSV, 2002. Dostupný z WWW: <<http://www.vupsv.>>
23. RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. 1 .vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
24. SCHNEIDEROVÁ, A. Sociální pomoc seniorům. In Paulík, K. *Psychologické poradenství v sociální práci*. Ostrava : Ostravská univerzita FF Ostrava, 2002, s.172—173. ISBN 80—7042—15-2.
25. SÝKOROVÁ, D. LOUČKOVÁ, I. Senioři ve společnosti: Strategie zachování osobní autonomie. In Sborník kongresu VI. gerontologické dny Ostrava s mezinárodní účastí 16. — 18. října 2002. Ostrava: Dům techniky, 2002. s. 69-78. ISBN 80-02-01510-X.
26. ŠOLCOVÁ, I. KEBZA, V. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (wellbeing), její determinanty a predikátory. In Sborník příspěvků z konference, konané 25.10.2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 2 1-32. ISBN 80-86625-20-6.

27. VOHRALÍKOVÁ, L. RABUŠIC, L. Čeští senioři včera, dnes a zítra. Brno: VÍJPSV Výzkumné centrum Brno, 2004

Dostupný z [http://www.vupsv.cz/vohralikova-rabusic-cesti\\_seniori.pdf](http://www.vupsv.cz/vohralikova-rabusic-cesti_seniori.pdf).

28. VOKURKA, M. HUGO, J. a kolektiv. Velký lékařský slovník. 4. vyd. Praha:Maxdorf, 2004. 966 s. ISBN-80-7345-037-2.

29. Vurm V, Petr P., Kalová H., Soukupová A., Vondrouš P. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. Kontakt , 2-3, vol IV (2002) pp. 89-94.

30. VURM, V., et al. Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2000. s. 108.

## **8. Klíčová slova**

Hodnocení - chronické nemoci - kvalita života - senioři - soběstačnost -  
společenské vztahy - zdravotní stav - životní styl.

## **9. Přílohy**

**Příloha 1** – Standardizovaný dotazník SF - 36

**Příloha 2** – Kontakt: Index kontaktů okolí s pacientem – verze v českém jazyce

**Příloha 3** – Contact: Index of the contacts of the patient/client to his family/relatives/closest

**Příloha 4** – Fotodokumentace Nemocnice následné péče –LDN Horažďovice, s. r. o.



## Příloha 1

### Dotazník SF-36

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

Česká verze: 1/1999  
Zdravotně sociální fakulta  
Jihočeská Univerzita v Č. Budějovicích  
CROCODILE o. s.

### DOTAZNÍK SF – 36 O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

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

#### Identifikace respondenta

<b>Datum narození:</b>		<i>dd-mm-rrrr</i>
<b>Pohlaví:</b>	<b>muž / žena</b>	<i>nehodící se škrtněte</i>
<b>Typ intervence:</b>		<i>(z identifikačního seznamu) vyplní Váš lékař /sestra</i>
<b>Nemoc:</b>		<i>(ze seznamu nemocí) vyplní Váš lékař /sestra</i>

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

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

Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Dosti dobré	4
Špatné	5

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

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

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. <b>Usilovné činnosti</b> jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. <b>Středně namáhavé činnosti</b> jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3

*Pokračování na druhé straně tohoto listu*

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech <b>několik</b> pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech <b>jedno</b> patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze <b>asi jeden kilometr</b>	1	2	3
h. Chůze po ulici <b>několik set metrů</b>	1	2	3
i. Chůze po ulici <b>sto metrů</b>	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby	1	2	3

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

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

6. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

(zakroužkujte jedno číslo)

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

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

Jak často v předchozích 4 týdnech –

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

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

*Pokračování na druhé straně tohoto listu*

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

(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

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

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

**Během dnešního dne užívám tyto léky:**

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

Datum:

## Příloha 2

### KONTAKT: INDEX KONTAKTU OKOLÍ S PACIENTEM

ID Respondenta = pořadové číslo:

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

Typ kontaktu	Frekvence			
	Více než 1/T	1/T	1/M	méně než 1/M
1. Fysická návštěva „ u lůžka“	4	3	2	1
2. Telefonát osobní	4	3	2	1
3. Telefonát via personál	4	3	2	1
4. Dopis	4	3	2	1

Suma (1 – 4) = Index KONTAKT

### Příloha 3

#### **CONTACT: INDEX OF THE CONTACTS OF THE PATIENT/CLIENT TO HIS FAMILY/RELATIVES/CLOSEST**

**ID of the respondent/ serial Number.**

Type of the contact	Frequency			
	More than 1/W	1/W	1/M	less than 1/M
1. Place/bedside visit	4	3	2	1
2. Personal telephone call	4	3	2	1
3. Telephone contact via 3rd person	4	3	2	1
4. Letter ( etc..)	4	3	2	1

Total in lines (1 – 4) = Index CONTACT

The total sum span being 4 as the minimum, 16 as the maximum ,  
like that the CONTACT INDEX varies between 4 and 16

M = month

W = week

More than 1 per week equals 4 points

At least 1 per week equals 3 points

At least 1 per month equals 2 points

Less than 1 per month equals 1 point

## **Příloha 4**

Nemocnice následné péče – LDN Horažďovice, s.r.o.

