

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Tereza Frantálová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Tereza Frantálová

**KVALITA ŽIVOTA SOUVISEJÍCÍ SE ZDRAVÍM
Z POHLEDU OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, PhD.

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2024.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Tereza Frantállová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života související se zdravím z pohledu ošetrovatelství

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, PhD.

Počet stran – číslované: 41

Počet stran – nečíslované: 18

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 40

Klíčová slova: Kvalita života, zdraví, ošetrovatelství, kvalita života související se zdravím, dimenze kvality života, kvalita života v ošetrovatelství

Souhrn: Tato bakalářská práce se věnuje tématu kvality života související se zdravím z pohledu ošetrovatelství. Teoretická část se zaměřuje na vnímání pojmu kvality života související se zdravím v oboru ošetrovatelství. Je zde prezentována samotná kvalita života, pojmy i oblasti, které k ní neodmyslitelně patří. Dále je v práci představena kvalita života související se zdravím, která je popisována ve vztahu k ošetrovatelství. Výsledky práce shrnují získané informace z vybraných studií vztahujících se na ošetrovatelské intervence a na poskytovanou ošetrovatelskou péči ve vztahu ke kvalitě života související se zdravím.

Abstract

Surname and name: Tereza Frantálová

Department: Department of nursing and midwifery

Title of thesis: Health-related quality of life from a nursing perspective

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, PhD.

Number of pages – numbered: 41

Number of pages – unnumbered: 18

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 40

Keywords: Quality of life, health, nursing, health-related quality of life, dimensions of quality of life, quality of life in nursing

Summary: This bachelor thesis focuses on health-related quality of life from a nursing perspective. The theoretical part is focused on the perception of the topic of health-related quality of life in the field of nursing. In this thesis, we present quality of life itself with all the concepts and areas that inherently belong to it. In addition, the thesis introduces the topic of health-related quality of life, which is described in relation to nursing. The results summarise the information obtained from selected studies related to nursing interventions and nursing care in relation to health-related quality of life.

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Mgr. Jitce Krocové, PhD. za odborné vedení práce, za její ochotu, podporu, vřelost, za poskytování cenných rad a vymezení času, který mi věnovala. Dále děkuji svojí rodině a blízkým za jejich podporu po celou dobu mého studia.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	8
SEZNAM TABULEK	9
SEZNAM ZKRATEK	10
ÚVOD.....	12
1 FORMULACE PROBLÉMU	14
2 CÍL PRÁCE	16
2.1 Výzkumné otázky	16
3 METODIKA	17
3.1 Postup rešeršní strategie	17
3.1.1 Klíčová slova	18
3.1.2 Časové období	18
3.1.3 Informační zdroje a databáze.....	18
3.2 Hodnocení relevance vyhledaných vědeckých důkazů	18
3.2.1 Hodnocení kvality studií.....	18
3.2.2 Vylučovací a zahrnovací kritéria	19
4 REVIEW/PŘEHLEDOVÝ TEXT	20
4.1 Kvalita života.....	20
4.1.1 Definice kvality života.....	21
4.1.2 Oblasti kvality života.....	23
4.2 Kvalita života související se zdravím	27
4.2.1 Měření kvality života související se zdravím	29
4.2.2 Pojem zdraví	31
4.2.3 Podpora zdraví.....	32
4.2.4 Kvalita života související se zdravím v kontextu k ošetrovatelství.....	33
5 VÝSLEDKY	36
5.1 Poskytování ošetrovatelských intervencí a jejich vliv na kvalitu života související se zdravím.....	36
5.2 Kvalita života související se zdravím v poskytování ošetrovatelské péče	43
DISKUZE	47
ZÁVĚR.....	51
SEZNAM LITERATURY	53
SEZNAM PŘÍLOH	57
PŘÍLOHY	58
Příloha 1: Efektivní ošetrovatelské intervence	58

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Modely HRQoL dle Taillefer et al.	31
Obrázek 2 Definice kvality života v kontextu k ošetrovatelství.....	34

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Model kvality života Univerzity Toronto.....	26
Tabulka 2: Domény kvality života dle WHO	29
Tabulka 3: Přehled studií.....	43
Tabulka 4: Efektivní ošetrovatelské intervence.....	58

SEZNAM ZKRATEK

- apod..... a podobně
- a kol..... a kolektiv
- ČR Česká republika
- HRQoL..... kvalita života související se zdravím (Health-Related Quality of Life)
- např. například
- PROQOLID databáze nástrojů pro hodnocení výsledků pacientů a kvality života (Patient-Reported Outcomes and Quality of life Instrument Database)
- QoL kvalita života (Quality of life)
- tzv..... takzvaný
- WHO světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
- EORTC QLQ-C30 nástroj pro hodnocení kvality života u onkologicky nemocných (Euro-pean organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire)
- EQ-5D dotazník zaměřený na 5 dimenzí kvality života (European quality of life questionnaire)
- KDQOL nástroj pro hodnocení kvality života pro pacienty se selháním ledvin (Kidney disease quality of life instrument)
- NHP Nottinghamský zdravotní profil, nástroj pro měření kvality života (Nottingham Health Profile)
- Q-LES-Q..... dotazník kvality života pro depresivní pacienty (Quality of life enjoyment and satisfaction)
- SF-36..... 36 položkový dotazník kvality života (36-item health survey)

WHOQOL..... měřící nástroj kvality života od Světové zdravotnické organizace (quality of life assessment developed by the WHOQOL)

ÚVOD

Kvalita života je pojem, který je velmi diskutovaný napříč všemi obory od architektury až po zdravotnictví. Cílem všech oborů zkoumajících kvalitu života je dosáhnout lepšího života či lepších životních podmínek pro život lidí. Každý si pod pojmem kvalita života představí něco jiného. Můžeme si myslet, že se jedná o jednoduchý pojem, který lze vyjádřit slovním spojením. Ovšem pod povrchem tohoto termínu se ukrývá multidimenzionalita, subjektivita a složitost pojmu, který lze rovněž těžko definovat. S kvalitou života se pojí i mnoho jiných pojmů a faktorů, jež na život působí. Kvalita života zahrnuje jak pozitivní, tak i negativní zkušenosti člověka. Jelikož každý člověk je jiný, individuální, tak i kvalita života bude u každého jedince rozdílná.

Ve zdravotnictví se setkáváme se spojením kvalita života související se zdravím. Hlavní myšlenkou tohoto spojení je zaměření se na subjektivní pohled pacienta, na jeho život, který je ovlivněn onemocněním a případně léčbou, kterou podstupuje. Z toho důvodu se více začíná pohlížet na dlouhodobou kvalitu života pacienta. Při narušení zdraví dochází i k negativnímu výsledku v ostatních oblastech, které souvisí s kvalitou života. A to může mít dopad jak na kvalitu života pacientů, tak ale i na kvalitu života příbuzných osob.

V oboru ošetrovatelství můžeme vidět výrazné souvislosti i s kvalitou života. Jelikož kvalita života pracuje s termíny, které jsou hojně skloňovány v ošetrovatelství, náleží sem termíny jako jsou soběstačnost, potřeby člověka, zdraví, psychická pohoda, každodenní činnosti a celkový lidský život. Kvalita života a ošetrovatelství se vzájemně doplňují díky subjektivnosti a rozmanitosti tohoto pojmu. Kvalita života koresponduje s holistickým přístupem a se snahou o poskytování individualizované péče v ošetrovatelství. Rozvojem kvality života se vytvořil určitý trend, jenž postupně zaujímá své analogické místo v ošetrovatelství, podobně jako koncepce zdraví (Gurková, 2011).

V předkládané práci pomocí prostudování a analýzy poznatků popíšeme pojem kvalita života a také tento termín v souvislosti se zdravím. Budeme se zabývat vývojem vzniku fenoménu kvalita života, představíme možné způsoby definování kvality života, její dělení a oblasti, kterých se dotýká. Dále popíšeme metody, kterými lze kvalitu života měřit. Také si vysvětlíme jednotlivé složky tohoto pojmu. Ve druhé části bakalářské práce se orientujeme na souvislost kvality života související se zdravím a ošetrovatelství. Na základě analýzy informací z dostupných relevantních zdrojů bude prezentován souhrn týkající se efektivity ošetrovatelských intervencí a činností v kontextu snahy zvýšení kvality života pacientů.

Cílem této bakalářské práce je zmapovat problematiku pojmu kvalita života související se zdravím v rámci poskytované ošetrovatelské péče a ošetrovatelských intervencí.

Vstupní studijní literatura:

1. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
2. PAYNE, Jan (ed.). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-725-4657-0
3. ŘEHULKOVÁ, Oliva, Evžen ŘEHULKA, Marek BLATNÝ a Jiří MAREŠ (ed.). *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.
4. HNILICOVÁ, Helena (ed.). *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2 vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8774-4.
7. HEŘMANOVÁ, Eva. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Online. Sociológia, vol. 44, no. 4, s. 407-425, 2012. Dostupné z: ResearchGate, https://www.researchgate.net/publication/263303947_Kvalita_zivota_a_jeji_modely_v_soucasnem_socialnim_vyzkumu. [citováno 2023-10-14].
8. OLÍŠAROVÁ, Věra, František DOLÁK a Valérie TÓTHOVÁ. *Kvalita života jako součást ošetrovatelství*. Online. Kontakt, roč. 15, č. 1, s. 14-21, 15.3.20123. ISSN 12124117. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201301-0003_kvalita_zivota-jako-soucast-oseetrovatelstvi.php. [citováno 2023-09-02].

1 FORMULACE PROBLÉMU

Neexistuje jednotná uznávaná definice kvality života. Důvodem je užívání termínu „kvalita života“ v mnoha oborech. Tento termín rovněž zahrnuje subjektivní pojmy, u kterých není znám jejich přesný význam či definice, jako jsou např. well-being (subjektivní pohoda), zdraví, spokojenost, životní úroveň a celkové zdraví. Charakteristika kvality života by se dala vystihnout jedním slovem – multidimenzionalita, protože ji najdeme v mnoha oblastech např. v ekonomii, sociologii, politologii, psychologii a samozřejmě také v medicíně, kde je kvalita života společně se zdravím jedním z hlavních témat výzkumu (Heřmanová, 2012). V mnoha pracích se setkáváme s teorií, že kvalita života je pojem, který je obtížně pochopitelný kvůli jeho složitosti a komplexnosti. Na druhou stranu díky jeho multidimenzionalitě registrujeme mnoho definic a strategií, jak tímto pojmem lze zaznamenat zkušenost člověka. Důsledkem komplexnosti kvality života je, že se nejedná pouze o materiální blahobyt. Nicméně do kvality života spadají i psychické, sociální a emocionální činitele. Ty mají vliv na osobní pohodu a spokojenost člověka. Proto se definice kvality života může lišit v závislosti na kontextu a pohledu zkoumajícího člověka (Gurková, 2011).

Pojem kvalita života se může zdát jako jednoduchý, ovšem skrývá v sobě mnoho dimenzí, jež jsou významné pro život jedince. Lze ji uchopit dle existenciálního (hmotného), či psychologického chápání, ve kterém se zaměřujeme na subjektivní harmonii, spokojenost se životem, pocity štěstí, radosti či sebeposouzení. Obsahuje i kulturně antropologické chápání (tzn. různé kultury mohou vnímat kvalitu života jinak), ale lze na ni nahlížet i skrze sociologické pojetí (např. porovnáváním v odlišných sociálních skupinách). Pro naši práci je však nejdůležitější pochopení kvality života z pohledu zdravotnického (Heřmanová, 2012).

Pojem „kvalita života“ využívaný ve zdravotnictví má vlastní název Health – related quality of life (HRQoL), v překladu kvalita života související se zdravím, jedná se o užší koncept pojmu, než samotná „kvalita života“ z obecného hlediska. Nicméně ani zde nepanuje shoda v teoretickém rámci, jelikož různé disciplíny a výzkumné oblasti mají různé přístupy k měření a výkladu kvality života související se zdravím, což pak vede k různým definicím a metodologiím. Některé výzkumné oblasti analyzují pouze zdravotní stav jako objektivní ukazatel, zatímco jiné výzkumné oblasti se zabývají i subjektivním vnímáním a hodnocením kvality života pacientem. S tímto pojmem by se mělo více zabývat v praxi a ve výzkumech, jak uvádí Mareš (2008).

Předkládaná bakalářská práce se zaměřuje na vnímání pojmu „kvalita života související se zdravím“ v ošetrovatelství. Cílem této práce je analyzovat relevantní zdroje a zmapovat danou problematiku ve vztahu k ošetrovatelství.

Výzkumný problém: Jak je definována kvalita života související se zdravím v kontextu ošetrovatelství?

2 CÍL PRÁCE

Cílem práce je sumarizovat aktuální publikované poznatky, které se týkají kvality života související se zdravím v kontextu k poskytované ošetrovatelské péči a ošetrovatelským intervencím.

2.1 Výzkumné otázky

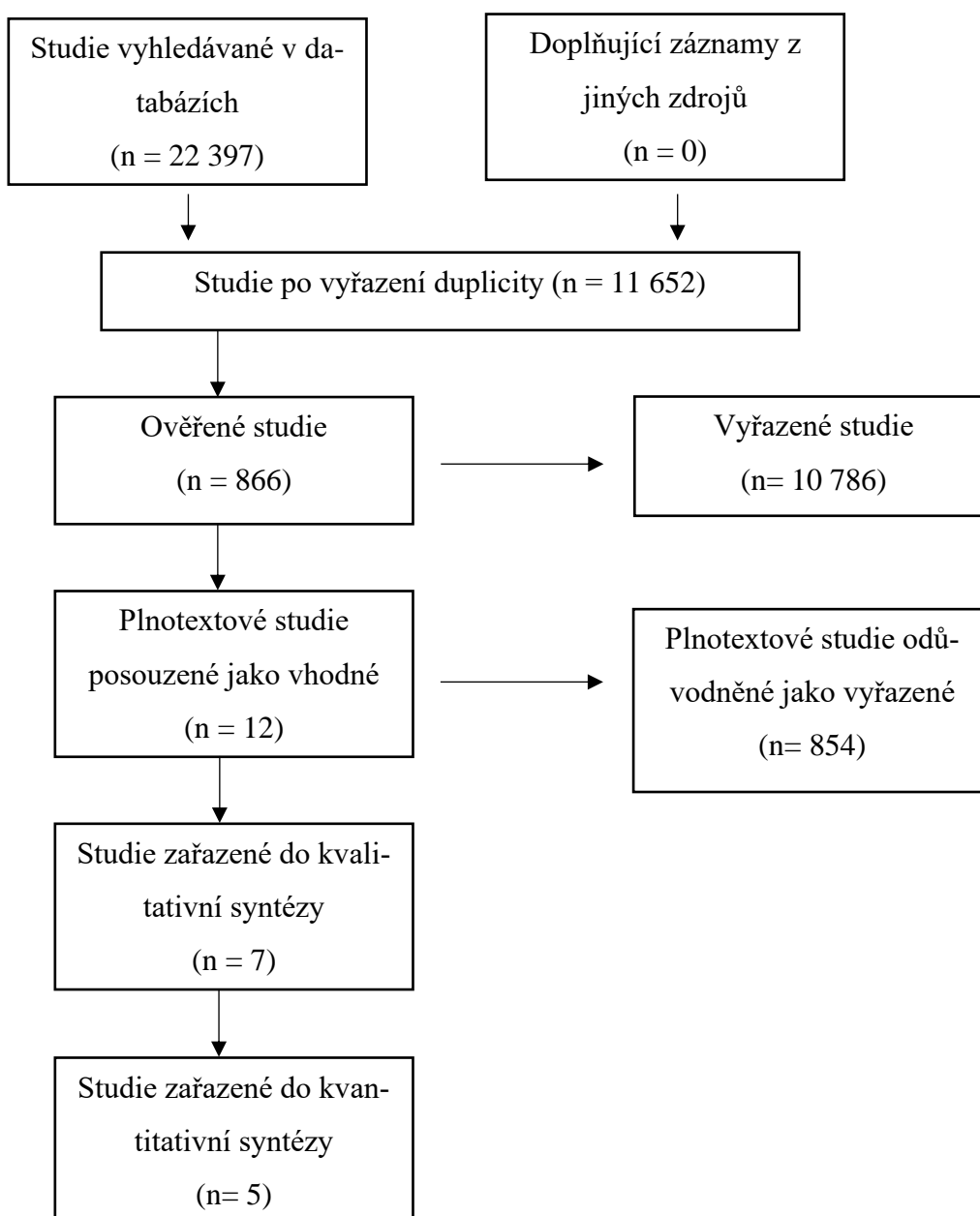
Jakým způsobem mohou ošetrovatelské intervence ovlivnit kvalitu života související se zdravím?

3 METODIKA

3.1 Postup rešeršní strategie

Při vyhledání vhodných zdrojů byla použita předem stanovená kritéria. Dle nich jsme pátrali v knihovně a v databázích zaměřených na zdravotnictví. Dále jsme vyřazovali zdroje, které s tématem nesouvisely, nebo byly zaměřené na určitou oblast, která pro nás byla irelevantní. Získali jsme celkem 52 studií, které dle abstraktu a obsahu pro nás byly relevantní. V konečném výsledku však bylo analyzováno pouze 12 studií, které splňovaly i námi stanovená kritéria. Schéma PRISMA ilustruje jednotlivé kroky vyhledávání a selekce literatury.

Schéma 1: Vývojový diagram PRISMA



3.1.1 Klíčová slova

Pro vyhledávání zdrojů v češtině i angličtině, byla použita předem zvolená klíčová slova: kvalita života, zdraví, ošetrovatelství, kvalita života související se zdravím, dimenze kvality života, kvalita života v ošetrovatelství.

V angličtině: quality of life, health, nursing, health-related quality of life, dimensions of quality of life, quality of life in nursing.

3.1.2 Časové období

Pro bakalářskou práci jsme zvolili období 1995-2023. Tento časový limit byl stanoven na základě absence vhodných publikací v rozmezí 10 let.

3.1.3 Informační zdroje a databáze

Dle stanovených kritérií a klíčových slov, probíhalo vyhledávání v jednotlivých databázích: PubMed, Science Direct, Google scholar, databáze knih BookPort. manuální vyhledávání jsme využili především v knihovně.

3.2 Hodnocení relevance vyhledaných vědeckých důkazů

Vyhledávání relevantních zdrojů probíhalo od října roku 2023 do ledna roku 2024, k hledání byly použity databáze zaměřeny na zdravotnickou oblast. Zdroje musely být plně přístupné a plnotextové, musely korespondovat názvem, klíčovými slovy a abstraktem. Studie byly vyžadovány v anglickém, českém či slovenském jazyce.

3.2.1 Hodnocení kvality studií

Jednotlivé studie musely odpovídat tématu a zvoleným kritériím, dle kterých probíhalo vyhledávání v databázích souvisejících se zdravotnictvím. Počet výsledků v použitých databázích byl 100 000, z toho byly postupně vyřazovány studie, dle názvu, vylučovacích kritérií nebo dle nedostupnosti celého textu. K zmapování problematiky bylo použito celkem 12 studií, které se následně hodnotily dle hierarchie důkazů pro studie dle Melnyk, Fineout – Overholt, 2005 (In: Jarošová, Zeleníková, 2014). Do systematického přehledu byly vybrány 4 studie a jedna metaanalýza, které spadají do úrovně kvality důkazů I. Čtyři randomizované kontrolní studie jsme zařadili do úrovně II. Rovněž byla vybrána 1 kohortová studie IV. úrovně. Do V. úrovně spadá 1 studie. Dále bylo čerpáno z 1 deskriptivní korelační studie nacházející se v VI. úrovni.

3.2.2 Vylučovací a zahrnovací kritéria

Dle kritérií byly zařazeny studie, které se zabývaly kvalitou života související s medicínou či ošetrovatelstvím v období 1995-2023. Tyto studie mohly být publikované v českém, slovenském a anglickém jazyce. Zařazeny byly studie a odborné publikace, které se zaměřovaly na dospělé jedince, byla zde zohledněna i dostupnost plnotextového zobrazení a byly napsané ve vyžadovaných jazycích. Vyloučeny byly studie, které byly zaměřeny na jiné pojetí kvality života než pohledem zdravotnictví. Dále studie, u kterých nebyl dostupný plný text či byly zaměřené na dětský věk nebo případně byly duplicitní či nevyhovovaly obsahu.

4 REVIEW/PŘEHLEDOVÝ TEXT

4.1 Kvalita života

Kvalita života je považována za interdisciplinární koncept, z toho důvodu jej lze využít v mnoha vědních oborech. Tento termín je vhodný v kontextech, ve kterých se pojednává o širokém spektru problémů a aspektů lidského života. V současné době se toto téma stále více stává subjektem výzkumu pro problémy ovlivňující kvalitu života člověka. Nevýhodou zkoumání kvality života je jeho rozsáhlý a multidimenzionální charakter, jenž vede k rozdílnému pojetí mezi odborníky. V poslední době byla nejvíce věnována pozornost výzkumu v oblasti zdraví z pohledu kvality života. Tento zájem se koncentruje hlavně na obory jako je medicína, psychologie a pedagogika zdraví. V těchto oborech se věnují, jak fyzickému zdraví, tak i psychickou pohodou i sociálním prostředím. Zabývání se těmito faktory je nezbytné pro celkové pochopení kvality života u jednotlivce. Porozumění dané problematice je důležité i pro poskytnutí efektivních strategií pro zlepšení kvality života ve společnosti (Řehulková a Řehulka, 2008).

Termín kvalita života má rozsáhnou historii, první zmínka byla již ve 20. letech v oblasti ekonomického vývoje v souvislosti s materiální podporou a kvalitou života chudších lidí. V 60. letech ve Spojených státech amerických měl bývalý prezident L. B. Johnson za svůj politický cíl zlepšit kvalitu života Američanů. Měl tím na mysli, jak se lidem za určitých podmínek dobře žije, nikoliv míru spotřebovaného zboží. Willy Brandt, německý politik, v 70. letech měl v rámci své politiky také za cíl získat pro spoluobčany lepší kvalitu života. Tento pojem brzy začal být běžně používán v sociologii, poprvé ve výzkumu, který se orientoval na život lidí a rovněž souvisel s dopadem společenských změn. První výzkum na národní úrovni se uskutečnil v Americe. Měl za cíl najít subjektivní indikátory, které by doložily, jak lidé hodnotí svůj život, a dodaly objektivní souhrn znaků životních podmínek (např. úroveň prostředí, ve kterém žijí, kriminalita, ovzduší apod.). Výsledek výzkumu ukázal, že vylepšení socioekonomických podmínek života a uspokojení základních životních potřeb, má svoji roli pouze tehdy, pokud realizace těchto potřeb nedosáhne určité míry. Tuto mez lze definovat jako hranici chudoby. V medicíně se pojem kvalita života začal používat od 70.let, avšak jeho užití můžeme zaznamenat především až v průběhu 80.let, a to v klinických studiích (Hnilicová, 2005).

V současné vědě se studium kvality života ukázalo jako nosný a užitečný směr, právě z důvodu kombinace společenskovedního a biologického zkoumání ve vztahu zaměřeném

na člověka (Hnilicová, 2005). Proto můžeme najít kvalitu života v několika sférách lidské činnosti i ve vědeckých oborech. Ze začátku se pojem využíval především v politologii, sociologii a ekonomice. Dnes se pojem rozšířil např. do sociální práce, filozofie a psychologie a samozřejmě také i do medicíny a do oborů jako jsou ošetrovatelství, ekologie. Vyskytuje se i v biologických oborech neboli v odvětvích zabývajících se živými organismy. Rozmanitost termínu je taková, že ji můžeme najít i v technických oborech, které mají vliv na prostředí ovlivňující život, jako jsou stavebnictví, doprava a architektura (Mareš, 2006).

4.1.1 Definice kvality života

Kvalita života nemá jednotnou a uznávanou definici a nedisponuje ani jednoznačnou metodologií. Důvodem je především rozmanitost několika vědních oborů, které se touto definicí zabývají. Způsob, jakým je kvalita života konceptualizována, se odvíjí od zkoumání fyzického fungování člověka směrem k realizaci životních cílů až k naplňování štěstí v lidském životě. Definice se odvíjí z různých úhlů pohledů na zkoumané oblasti člověka a na metody, kterými lze kvalitu života měřit a uchopit. Právě z tohoto důvodu může být pojetí tématu až zcela rozdílné v některých případech. Specifikaci pojmu bychom mohli porovnat s bodem, ve kterém se protínají různé sféry a způsoby jeho vymezení (Gurková, 2011).

Cílový bod kvality života lze vyjádřit jako podporování a rozvíjení životního prostředí a také jako podmínky, které umožňují žít takovým způsobem, jaký člověk považuje za nejlepší. Jedná se tedy o nacházení vlastního životního smyslu a o schopnost si ho užít. Kvalita života by se dala obecně shrnout takovým způsobem, že je vlastně výsledkem interakce různých faktorů. Pomocí působení faktorů na lidský život dochází k vývoji jedince i společnosti. Do interakce se zapojují sociální, zdravotní, enviromentální a ekonomické faktory. Další složitostí k úplné definici komplikuje skutečnost, že se k termínu často vážou pojmy jako sociální pohoda (well-being), sociální blahobyť (social welfare) a lidský rozvoj (human development), které jsou považovány jako ekvivalentní nebo podobné pojmy. Nejvíce se o kvalitě života mluví v sociologii, psychologii, ekologii, medicíně a kulturní antropologii (Hnilicová, 2005).

V sociologii se nahlíží na objektivní sociální indikátory úspěšnosti ve vztahu ke statusu, majetku, vzdělání či k rodinnému stavu. Následně je tento vztah analyzován směrem k subjektivnímu životnímu pocitu neboli k osobnímu hodnocení kvality života. V oboru psychologie se vědci zabývají subjektivitou a individualitou člověka. Konkrétně jeho subjektivním vnímáním pocitu štěstí, radosti, uspokojení se životem, úrovně sebezpětí, samostatnosti

a well-beingu. Z pohledu tělesného i psychického zdraví se ve vztahu ke kvalitě života zabývají zdravotnické obory (Fařunová, 2007).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako vnímání životního postavení jednotlivce v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých daný jedinec žije. Dále zkoumá jeho postavení k cílům, očekáváním, standardům a obavám (WHO, 2012). Kvalita života je dnes dle WHO spíše o dopadu zdravotního stavu jedince a ovlivnění života podmínkami, které na něj působí, nikoliv jen o samotném zdravotním stavu. Z tohoto pohledu lze kvalitu života definovat následovně. Člověk individuálně vnímá své prostředí, ve kterém žije. Při tomto vnímání hraje roli také kontext kultury a hodnotových systémů, a to dále souvisí s jeho osobními cíli, očekáváním, zájmy a životním stylem (Hnilicová, 2005).

Je zde i obtížná uchopitelnost kvality života, jelikož jedinec je utvářen současnými vnitřními i vnějšími faktory, interakcemi, činnostmi v zájmových oblastech i v sociálních skupinách, ale i prostou náhodou v jeho životě. Kvalita života se odvíjí právě od toho, jak všechny tyto okolnosti na člověka působí. V dnešní době se kvalita života začíná rozebírat více i z důvodu dnešní společnosti, ve které je vyšší životní standard, celkové zvýšení životního tempa, s tím souvisí i více volného času. Klade se větší důraz na duševní práci a kreativitu, probíhá změna upřednostňovaných hodnot, větší tolerance a individualizace, demokracie a pluralizace v oblastech sociálního života. Dále lidé mohou stále více využívat možnosti stoupat v sociální sféře a přesouvat se v sociálních skupinách. Kvalita života by se dle Heřmanové dala definovat jako pojem, který označuje subjektivní prožitek směrem k vnějším a vnitřním prostředí člověka a k jeho vztahu s kulturními, hodnotovými, sociálními a prostorovými podmínkami. Definice bere v potaz i postoj člověka k motivaci, schopnostem, cílům a očekáváním (Heřmanová, 2012).

Pojem kvalita života je tedy multidimenzionální, což vede k obtížnosti vytvoření univerzální definice, která by se dala používat napříč všemi různými obory. Definice se mění v závislosti na daném oboru a může se lišit i podle rozdílné úrovně obecnosti či konkretizace aplikace. Nicméně by se definice tohoto pojmu měla vždy opírat o sociální, kulturní a biologické příčiny života a také o vliv času na kvalitu života. Multidimenzionalita nám umožňuje lépe porozumět lidské existenci a dává nám nástroje k analýze a hodnocení faktorů ovlivňujících kvalitu života (Mareš, 2006).

4.1.2 Oblasti kvality života

S kvalitou života se pojí dvě dimenze, subjektivní a objektivní. I přesto vyvstává otázka, jak spolu tyto dimenze souvisí a jak by se měla kvalita života nejlépe hodnotit. Objektivní kvalita života vyjadřuje úroveň, do které jsou splněny požadavky na sociální a materiální život, dále na sociální postavení a fyzické zdraví. Subjektivní stránka kvality života se vyznačuje lidskou emocionalitou a celkovou spokojeností se životem (Hnilicová, 2005). Veenhoven popisuje subjektivní stránku, která se vztahuje k sebehodnocení skrytých kritérií (např. subjektivní pocit zdraví). Tuto větu si můžeme vysvětlit na následujícím příkladu. Dle lékaře je člověk v dobrém zdravotním stavu, ale přesto se sám může cítit špatně. Objektivní stránka je chápána tak, jak život splňuje zřejmé standardy dobrého života a jak je hodnotí nestranný pozorovatel zvenčí (např. výsledek lékařského vyšetření) (Veenhoven, 2000).

Vztah mezi objektivní (životní úroveň, fyzické zdraví) a subjektivní kvalitou života je často utvářen očekáváním. To lze interpretovat tak, že způsob, jakým jedinec vnímá sám sebe a svoji kvalitu života, je zčásti způsobeno očekáváním a představami daného člověka. Tento vliv idealizované koncepce o sobě a o svém životě má významný vliv na vnímání vlastní kvality života. Subjektivní vnímání kvality života může být výrazně ovlivněno psychologickými faktory, jako jsou očekávání, postoje a vnímání vlastní identity člověka. Takové poznatky jsou klíčové pro porozumění lidského chování a pro navrhování postupů, které mají za cíl zlepšení kvality života jednotlivců (Hnilicová a Bencko, 2005).

V současné době je nejvíce zkoumána a upřednostňována dimenze subjektivně psychologická zaměřující se na to, jak lidé vnímají a hodnotí svůj život. Ve výzkumu se zabývají hledáním metod, pomocí kterých by bylo možné měřit životní spokojenost a pocit štěstí. Druhá zkoumaná oblast se zaměřuje na studium objektivních podmínek, ve kterých lidé žijí, nazýváme ji dimenzí objektivně prostorovou. Ovšem ne vždy jsou dimenze přesně odděleny, a tudíž se mohou vzájemně prolínat. Při výzkumu kvality života se můžeme setkat se spojením objektivních podmínek života, které jsou posuzovány z hlediska subjektivního psychologického vnímání jednotlivců (Heřmanová, 2012).

Součástí kvality života je i pojem well-being neboli osobní pohoda. Týká se dlouhodobého emočního stavu, v němž se odráží spokojenost jedince se svým životem. Pojem well-being je komplexní koncept, který musí být správně chápán a měřen pomocí daných komponentů. Mezi tyto komponenty náleží jak kognitivní (morálka, spokojenost se životem), tak i emoční (pozitivní/negativní emoce). Well-being se definuje pomocí soudržnosti v různých

situacích a časovou stabilitou. Ve zdravotnictví pohlížíme na osobní pohodu pomocí holistického přístupu ke zdraví a přes zdravý životní styl, na který působí nebezpečné determinanty a protektivní prvky. Well-being ovlivňuje i fyzická aktivita. Bylo prokázáno, že pokud člověk vykonává pohybovou aktivitu, tak se to odráží na jeho duševní pohodě. Dochází k pozitivnímu účinku snížení depresí, úzkostí, stresu i zlepšení nálady a sebevědomí člověka (Šolcová a Kebza, 2004). Pojem well-being tedy vyjadřuje pocity, který člověk prožívá a podle kterých hodnotí svůj život. Dalo by se říct, že pojem well-being je vlastně takovou spojkou mezi koncepcí kvality života a pojmem zdraví. Jelikož pozitivní osobní pohoda člověka je klíčová pro celkové zdraví a spokojenost se životem (Řehulková a Řehulka, 2008).

Z jiného úhlu pohledu popsali kvalitu života Engel a Bergsma v roce 1988 (In: Křivohlavý, 2002, str. 163-165), kteří rozdělili kvalitu života do třech hierarchických dimenzí, které nazvaly a popsali takto:

- Makro-rovina se zaměřuje na velké společenské celky (kontinent, dané země). Kladou se zde otázky na nejintenzivnější zamyšlení nad problematikou kvality života, jako o absolutním smyslu života. V tomto pojetí je tedy život vnímán jako absolutní morální hodnota a k tomu by se mělo přiklánět při definování kvality života. Téma kvality života se tak dostává i do základních politických úvah, jako je například problematika boje s hladomorem či epidemií nebo terorismem.
- Mezo-rovina se specializuje na kvalitu života v malých sociálních skupinách. Zaměřuje se hlavně na problematiku ohledně sociálního klimatu, vztahů mezi lidmi, na uspokojování a neuspokojování základních potřeb člověka v dané sociální skupině, na sociální oporu pro lidi a na hierarchii humanitních hodnot.
- Osobní neboli personální rovina se zabývá životem jednotlivce a je jasně vymezena. Jedná se o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti a naděje. V potaz se berou i subjektivní hodnoty člověka, jeho přání, pojetí, přesvědčení, očekávání, víra. V této rovině každý z nás posuzuje kvalitu vlastního života.

- Čtvrtou rovinou je fyzická existence, kde můžeme nezaujatě měřit a porovnávat chování druhých lidí. Ovšem tato rovina postrádá hlubší pojetí kvality života, které je podstatné.

Mluvíme-li o kvalitě života, je důležité si uvědomit, o kterou rovinu se zajímáme (Křivoňavský, 2002).

V dnešní době je nejvíce užívaný model kvality života od Centra pro podporu zdraví Univerzity v Torontu, který se zaměřuje na subjektivní kvalitu života. Sestavený model vychází z holistického pojetí a je vícedimenzionální. Model přikládá význam fyzickému, psychickému a duchovnímu fungování člověka. Bere v potaz vztah jedince k prostředí, k příležitostem, které vedou k udržování a zlepšování dovedností. Model se zaměřuje na tři dimenze, první je being neboli být, která se zaměřuje na osobní charakteristiku člověka ve fyzické, psychologické a spirituální oblasti. Druhou dimenzí je belonging, to v překladu znamená někam patřit. Zde se zkoumá interakce jedince s prostředím, ve kterém se vyskytuje. Poslední dimenze se nazývá becoming neboli realizovat se, vyznačuje se tím, jak jedinec dosahuje svých cílů a přání. Dimenze se dále dělí na suboblasti, které můžeme najít v tabulce č. 1 (University Toronto, 2023).

Tabulka 1: Model kvality života Univerzity Toronto

BEING = BÝT (charakteristika člověka)	Fyzické bytí	Fyzické zdraví
		Osobní hygiena
		Strava
		Pohyb
		Péče o vzhled
		Celkový vzhled
	Psychické bytí	Mentální zdraví a adaptace
		Vnímání
		Emoce
		Sebevědomí, sebekontrola, sebepojetí
Spirituální bytí	Osobnostní hodnoty	
	Chování	
	Víra	
BELONGING = PATŘIT NĚKAM (spojení s prostředím)	Fyzická sounáležitost	Typ bydlení
		Vzdělávání/práce
		Čtvrť, kde jedinec bydlí
		Komunita
	Sociální sounáležitost	Rodina
		Přátelé
		Spolupracovníci/spolužáci
		Sousedé
	Komunitní sounáležitost	Přiměřený příjem
		Zdravotní a sociální služby
		Zaměstnání
		Škola
		Rekreační aktivity
		Společenské akce
BECOMING = REALIZOVAT SE (dosahování osobních cílů, nadějí, přání)	Praktické uskutečňování	Domácí práce
		Mzda za práci
		Dobrovolnická/školní činnost
		Péče o zdravotní a sociální stav
	Volnočasové uskutečňování	Aktivity pro snižování stresu a pro relaxaci
	Uskutečňování osobního růstu	Aktivity pro udržování a zlepšování znalostí/dovedností
		Adaptace na změny

Zdroj: University Toronto, 2023, http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm. Přeloženo autorem kvalifikační práce, překlad konzultován s překladatelem anglického jazyka.

Dle modelu je kvalita života složena z relativní důležitosti, která je přisuzována konkrétní dimenzi. Skládá se i z určité úrovně potěšení, kterou člověk z jednotlivé dimenze pocítí. Kvalita života je tedy individuálně přizpůsobena každému momentu, jenž se odehraje v životě jednotlivce (University Toronto). V tomto modelu nenajdeme objektivně environmentální životní podmínky, protože samy o sobě kvalitu života neutvářejí, spíše ji více nebo

méně podporují. Enviromentální prostředí kvalitu života neovlivňuje, jestliže jej jedinec nevyužívá nebo jej nemůže využívat, jedná se např. o pracovní nebo vzdělávací možnosti (Heřmanová, 2012).

4.2 Kvalita života související se zdravím

Pojem health related quality of life (zkratka HRQoL), v překladu kvalita života související se zdravím, se nejvíce využívá v medicíně a obecně ve zdravotnictví. Středem pozornosti v těchto oborech je oblast fyzického a psychosomatického zdraví např. bolest, zvládnání chůze, deficit sebez péče, úzkost, strach (Hnilicová, 2005). Uspokojení se životem je významně spjato se zdravotním stavem jedince. Lze konstatovat, že zdravotní stav je důležitější než sociální podpora pro kvalitu života. Ovšem s tím souvisí i úroveň vzdělání jedince, jenž zaujímá důležité místo v různých aspektech pojmu zdraví a životního stylu. Úroveň vzdělání se významně podílí na frekvenci nemoci, mortality, délce života a na spotřebě zdravotní péče. Vzdělání lidem pomůže i při schopnosti identifikovat a následně řešit zdravotní problémy (Křížová, 2005).

Na kvalitu života související se zdravím nelze nahlížet jen z perspektivy lékařů a sester, ale musíme na ni pohlížet hlavně z hlediska pacientů. Právě pacienti nejvíce pocítují a hodnotí kvalitu života prostřednictvím vlivu onemocnění na jejich života. Kvalita života proto spadá do oblasti patient-reported outcomes measures, což v překladu znamená měření výsledků udávaných pacientem. Dnešní lékařství se čím dál tím více zabývá jednak tím, jak na pacienta působí účinky intervencí, a jednak tím, jak kvalitní bude jeho život po ukončení léčby. Medicína by se neměla zabývat pouze měřitelnými výsledky zdravotní péče, ale měla by brát zřetel i na subjektivní pohled pacienta na poskytovanou péči či léčbu a na dopad onemocnění na život pacienta (Mareš, 2008). Pacienti zaznamenávají kvalitu života prostřednictvím svých každodenních činností a pomocí prostředků, které mají k dispozici. Pacient zhodnotí kvalitu života na základě svého zdravotního stavu. Zaobírá se tím, jak ho nemoc ovládá a omezuje nejen v běžném fungování, ale i v sociálním prostředí či ve vztahu k jiným lidem nebo k jeho životnímu úhlu pohledu. Pomocí tohoto komplexního hlediska je umožněno zdravotnickému personálu lépe pochopit potřeby pacienta a poskytnout jim péči, která je bude respektovat, podporovat a pomůže jim v jejich životě (Gurková, 2011).

HRQoL se od kvality života odlišuje dle Kaplana a Bushe, 1982, (In: Gruková, 2011, str. 45) tím, že HRQoL, jež představuje jednu z oblastí kvality života, je zásadně ovlivněna

zdravím, zdravotní péčí. Můžeme ji podmínit klinickými intervencemi. Kvalitu života související se zdravím můžeme vymezovat její subjektivitou (subjektivní vnímání, posouzení vlivu zdraví, vliv onemocnění, léčby) (Gurková, 2011). Kvalita života související se zdravím je podmíněna okolnostmi, časem a situacemi, v nichž ji posuzujeme. Její proměnlivost závisí na výskytu chronických nebo jiných onemocnění. Kvalita života má dopad jak na fyzický, tak i na psychický stav, ale lze zaznamenat i dopad na změnu životního stylu jedince a na narušení schopnosti naplňovat vyšší potřeby spojené se seberealizací a sounáležitostí (Olišarová et al., 2012).

Porozumění pojmu „kvalita života související se zdravím“ je klíčové pro zlepšení zdravotní péče, pro rekonvalescenci pacientů a pro zajištění úlevy pacientům od nemoci. Subjektivní pohled pacientů může vést k úpravám a ke zlepšení léčby, ale může nám i ukázat, že určená terapie má pouze malý přínos. Subjektivní pohled se používá i k identifikaci problémů, které mohou pacienty postihnout při onemocnění či při léčbě. Tyto informace jsou důležité pro budoucí pacienty, jelikož jim mohou pomoci předvídat a porozumět následkům jejich nemoci a léčby. HRQoL je důležitým bodem v lékařském a zdravotnickém výzkumu, díky kterému lze lépe pochopit důsledky nemoci a léčby v souvislosti s kvalitou pacientova života (Haraldstad et al., 2019).

Světová zdravotnická organizace WHO sestavila domény a oblasti, které mají vliv na kvalitu života (viz tabulka č.2) a dle kterých lze měřit kvalitu života ve zdravotnictví (WHO, 1998).

Tabulka 2: Domény kvality života dle WHO

Doména	Oblasti domény
Fyzický stav	Bolest, nepohodlí
	Energie/únava
	Sexuální aktivita
	Spánek, odpočinek
Psychický stav	Pozitivní/negativní pocity
	Myšlení, učení, paměť, koncentrace
	Sebeúcta
	Vnímání vzhledu
Stupeň nezávislosti	Pohyblivost
	Aktivity běžného života
	Závislost na lécích/zdravotnictví a návykových látkách
	Komunikační dovednosti
Mezilidské vztahy	Pracovní efektivita
	Osobní vztahy
	Podpora
	Podpůrné aktivity
Prostředí	Svoboda, fyzická bezpečnost
	Domácí prostředí
	Pracovní prostředí
	Finance
	Dostupnost zdravotní a sociální péče
	Možnosti vzdělávání
	Rekreační aktivity
	Životní prostředí (znečištění, ovzduší, klima)
	Doprava
Spiritualita	Náboženství, osobní přesvědčení

Zdroj: WHO, 1998, aktualizováno 2012, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012-3>. Přeloženo autorem kvalifikační práce, překlad konzultován s překladatelem anglického jazyka.

4.2.1 Měření kvality života související se zdravím

Kvalita života se rozděluje na subjektivní a objektivní stránku, jak již bylo zmíněno výše, to nám poskytuje rámec pro měření a hodnocení důležitého konceptu kvality života související se zdravím. Jako nejefektivnější se jeví subjektivní posouzení pacienta, které nám umožní pohled na jeho kvalitu života. Náleží sem jeho pohled na zdravotní situaci a jeho seberealizaci v pracovní, rodinné a sociální oblasti. Využití dotazníků tedy hodnotí dopad onemocnění na každodenní život pacienta standardizovaným, ale i formalizovaným postupem (Slováček et al., 2004). Nejvíce se hodnocení kvality života používá u nevléčitelných nemocí či u chronicky nemocných např. onkologická, duševní, kardiologická onemocnění. Jedná se o nemoci spojované s pojmy nevléčitelný, progredující, znevýhodňující. Často

tyto nemoci doprovází trvalé dodržování léčebného režimu, jenž je omezuje v denním životě. Výsledky výzkumů nám prozradí oblasti života, ve kterých pacient pociťuje největší důsledek na svůj běžný život. Podle toho lze směřovat ošetrovatelské intervence a minimalizovat tyto škody (Gurková, 2011).

Dotazníky k hodnocení kvality života se dělí na generické a specifické. Generické lze použít u všech typů onemocnění, nejčastěji používané jsou WHOQOL–BREF, SF-36, EQ-5D (Gurková, 2011). SF-36 (36-item health survey) zkoumá vliv farmakoterapie na kvalitu života u pacienta (Hnilicová, 2005). EQ-5D (European quality of life questionnaire) analyzuje objektivní stránku, ve které je zahrnuto 5 oblastí (mobilita, sebez péče, každodenní činnosti, bolestivost, psychický stav). Dotazník EQ-5D posuzuje i subjektivní stránku, jež obsahuje vizuální analogovou škálu, ve které se hodnotí zdravotní stav. Ve WHOQOL–BREF se zkoumají oblasti a podoblasti fyzického a psychického zdraví, dále sociální vztahy a prostředí (Gurková, 2011). Specifické dotazníky jsou individualizované pro různé druhy chorob, např. pro onkologické pacienty je nejčastějším typem dotazník EORTC QLQ-C30 (Euro-pean organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire), pro depresivní pacienty Q-LES-Q (Quality of life enjoyment and satisfaction) a pro nemocné se selháváním ledvin KDQOL (Kidney disease quality of life instrument) a mnoho dalších. Bohužel u nás se spíše dotazníky používají pouze k výzkumnému šetření a nejsou plně uváděny do běžné praxe (Slováček et al., 2004). S narůstajícím počtem různorodých nástrojů k měření kvality života, byla vytvořena internetová databáze nástrojů PROQOLID, celým jménem Patient – Reported Outcomes and Quality of life Instrument Database (Gurková, 2011).

V 90. letech minulého století byly aplikovány různorodé rozsahy generických a specifických nástrojů HRQol. To ovšem mělo za následek, že se zde utvořila nerovnost mezi teoretickým rámcem, který nebyl dostatečný, a rozsáhlým počtem nástrojů k měření. Všimli si toho autoři Taillefer et al. ,2003, s. 293, (In: Gurková, 2011, str. 43), kteří zkonstruovali systematický přehled modelů pro HRQol obsahující konceptuální a metodologická východiska modelů (Gurková, 2011).

Obrázek 1 Modely HRQoL dle Taillefer et al.

Typ modelu	Charakteristika
konceptuální model	model specifikující domény kvality života a její vlastnosti (nejméně sofistikovaný model)
konceptuální rámec	model opisující, vysvětlující nebo predikující charakter vztahů mezi doménami nebo komponenty kvality života
teoretický rámec	model zahrnující strukturu komponentů, domén kvality života i vztahů mezi nimi; model implikuje teorii, která popisuje vztahy mezi nimi (nejvíc sofistikovaný model)

Zdroj: Gurková, 2011, s. 44

4.2.2 Pojem zdraví

Další důležitý pojem v této oblasti je „zdraví“, který popsala v roce 1946 Světová zdravotnická organizace jako „stav úplného tělesného, duševního zdraví a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (In: Mastiliaková, 2014, str. 48). Tuto definici si v této kapitole rozebereme podrobněji. Termín „nemoc“ se vymezuje jako vybočení od standardu např. nemoc může člověku způsobit neschopnost vykonat nějakou práci. Slovo „vada“ lze také přeložit jako slabost. Slabým člověkem se rozumí jedinec, který je oslabený, vyčerpaný, sešlý. Poslední pojem „úplného stavu“ definuje situace, ve kterých danému jedinci nic neschází (Křivohlavý, 2003).

Pojem zdraví hraje hlavní roli především v lékařství. Lze ho stanovit jako normu, jež se vztahuje k léčbě nemocí a k jejich předcházení (Payne, 2002). Při nemoci i při zdraví by se mělo ve zdravotnictví zabývat i oblastí psychosociální, ne pouze fyziologickou. Zdravotnictví by mělo na tyto pojmy nahlížet v souvislosti s bio-psycho-sociálním modelem (Vosečková, 2013). Zdraví lze pojmut v širším nebo užším smyslu. V medicíně, v užším směru, zaujímá klíčovou pozici a vyjadřuje navrácení zdraví jedinci. Zdraví je také hodně skloňováno ve spojení se zdravým životním stylem. V širším směru můžeme najít další častá spojení např. zdravé prostředí či ovzduší. Zdraví sahá až do odvětví zdravého rozumu či sebevědomí, ale lze o něm najít i v souvislostech s ekonomikou či společností (Payne, 2005). Zdraví nám umožňuje plnit vyšší cíle, pomáhá nám vzdorovat nepříznivým podmínkám a zvládat obtížné situace (Vosečková, 2013). Proto se řadí mezi klíčové potřeby člověka, při neuspokojení základní potřeby se může stát, že člověk pociťuje nespokojenost se svým životem a prožívá prázdnotu (Mastiliaková, 2014).

M. Gordonová (In: Mastiliaková, 2014) popsala dva typy zdraví. Funkční typ zdraví vyplývá z interakce s prostředím, ve kterém se člověk vyskytuje. Na člověka tak působí biologické, vývojové, sociální, spirituální vlivy. Opakem je dysfunkční typ zdraví, kde je narušena rovnováha zdraví a bio-psycho-sociální celistvosti. Důsledkem je komplexní reakce člověka (Mastiliaková, 2014).

Na zdraví působí tzv. determinanty. Jsou to dominantní složky, které ovlivňují zdravotní stav jednotlivce. Rozdělují se do následujících kategorií: sociální, ekonomické, vliv životního prostředí a biologické (genetické) faktory (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014). Sociálně-ekonomický důvod může být např. chudoba, při které lidé nemůžou např. zatopit. Dalším znakem je nezaměstnanost, únik chemikálií do ovzduší nebo do vody, či nebezpečné mikroorganismy v zakoupených potravinách. Způsob života a environmentální prostředí se podílí na zdravotním stavu zhruba okolo 70 % (Holčík, 2014).

Biomedicínský model zdraví se používal v medicíně od pradávna, ovšem tento model se soustředí pouze na somatická onemocnění. Vnímá tělo a mysl jako dva zcela odlišné prvky, které se navzájem neovlivňují. Tento model byl velmi účinný koncem 19. století a začátkem 20. století při výskytu infekční choroby způsobené jedním původcem. Avšak s dobou začalo přibývat i více chronických neinfekčních nemocí, tím pádem účinnost tohoto modelu byla sporná. Georg Engel (in Havelka et al., 2009) proto vytvořil nový biopsychosociální model orientující se na determinanty zdraví nejen jako na biologické faktory, ale i na psychologické a sociální faktory, tzn. na člověka jako na celek. Determinanty bere v potaz při hodnocení, prevenci a léčbě nemoci. Zkoumá, jak ovlivňují vývoj a průběh onemocnění (Havelka et al., 2009). Tento model má své uplatnění v psychologii zdraví, jež se zabývá jednáním a chováním člověka ve vztahu ke zdraví. Soustředí se také na strategii prevence choroby, podporu zdraví (health enhancement), posilování zdraví (health promotion) a posílení psychické pohody. Psychologie zdraví zkoumá, jak zlepšit celkové zdraví a chování jednotlivce. Zaměřuje se ale i na negativními faktory, které ovlivňují zdraví (Křivohlavý, 2003).

4.2.3 Podpora zdraví

Podpora zdraví objasňuje, jaké kroky jsou potřeba ke zlepšení zdraví a rozvíjení zdravého životního stylu, a tím efektivněji vzdorovat výše zmíněným determinantům. Zaměřuje se na vývoj zdravého životního stylu a na zdraví obecně. Při podpoře zdraví se snažíme vytvořit vyhovující podmínky v oblasti sociální, environmentální a ekonomické. Patří sem

např. fyzická aktivita, zdravá strava, zvládání náročných životních situací a prevence nemocí (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014). Předcházení nemocem se nazývá primární prevence, jež souvisí s kvalitou života související se zdravím. Zde hraje důležitou roli samotný člověk, kterému záleží na svém zdraví, zájmech a na kvalitě života. Zdravotnictví se významně podílí na ovlivnění primární prevence (Drbal a Bencko, 2005). Do sekundární prevence spadají screeningová vyšetření. Provádějí se za účelem podchytnutí nemoci v raném stádiu, a tím se zvětší šance na úspěšnou léčbu nemoci. V případě propuknutí choroby a následného navrácení zdraví pomocí ošetření, léčbou a snížením obtíží spojených s nemocí se hovoří o tzv. terciální prevenci. Kvartérní prevence se zabývá přímo poskytovanou péčí, jejími činnostmi k minimalizaci či zabránění dopadů nadbytečných léčebných intervencí (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014).

4.2.4 Kvalita života související se zdravím v kontextu k ošetřovatelství

Ke klíčovým záměrům ošetřovatelství náleží podpora, udržení a případné uzdravení jedince, dále také rozvoj samostatnosti, mírnění utrpení a doprovázení či pomoc pacientovi na konci jeho života. Na ovlivnění kvality života se podílí individuální pocit spokojenosti se životem a osobní rozvoj v životě člověka, k tomu přispívá i přístup k materiálním a nemateriálním zdrojům. Proto nelze kvalitu života v ošetřovatelství omezovat pouze na dodržování přesně stanovených postupů. Sestra může bezprostředně zasahovat do následující oblasti kvality života, jako jsou environment, kvalita informací, které se dostávají k pacientovi, ale i k rodinným příslušníkům, či samozřejmě na uspokojování potřeb jedince. Pochopení významu kvality života v kontextu k ošetřovatelství je důležité, abychom mohli pacientovi zajistit efektivní a kvalitní péči. Všeobecná sestra by měla pohlížet na pacienta individuálně, rovněž tak na jeho preference a potřeby. Sestra společně s jedincem zkoumá možnosti, pomocí kterých by došlo k naplnění cílů pacienta. Vyhodnocení oblastí kvality života pomůže pracovníkům naplánovat péči tak, aby byla poskytnuta s největším benefitem pro pacienta a aby byla v rovnováze s jeho potřebami a preferencemi (Olišarová et al., 2013).

Kvalita života související se zdravím představuje subjektivní pohled člověka na zhodnocení dopadu onemocnění či léčby a na zhodnocení také i vlivu zdraví. Posouzení se netýká pouze fyzické stránky, ale i sociální a psychické. K pozitivnímu ovlivnění kvality života je důležité nejen správné pochopení tohoto pojmu, ale také i správné měření kvality života a následné vyhodnocení. Po vyhodnocení následuje naplánování a provedení individuálních ošetřovatelských intervencí, které povedou právě ke zlepšení kvality života u paci-

entů. Ošetřovatelství se zabývá člověkem, respektive jeho postoji ke konkrétní životní situaci v souvislosti se zdravotním stavem. Definice kvality života je nejčastěji definovaná v ošetřovatelství, a to skrze spokojenost pacienta ve všech oblastech. Ovšem existuje mnoho definic, které se zaměřují na toto téma i v kontextu k ošetřovatelství, ale orientují se více na konkrétní skupiny pacientů např. s onkologickým onemocněním. Zde je přehled definic, jež se dají užívat v ošetřovatelství (Gurková, 2011).

Obrázek 2 Definice kvality života v kontextu k ošetřovatelství

Tab. 4.3 *Definice kvality života vytvořené v ošetřovatelství*

Autor	Definice
Ferrel et al. (1992, s. 153)	Zmírnění nebo zabránění tělesnému nebo duševnímu distresu, udržování tělesných a duševních schopností a podpůrné sociální sítě.
Feranns et al. (1992, s. 29)	Subjektivní pocit pohody pramenící ze spokojenosti nebo nespokojenosti v rámci životních oblastí důležitých pro danou osobu.
Padilla et al. (1985, s. 53)	Dynamický konstrukt determinovaný schopností jedince přizpůsobit se diskrepanci mezi očekávanou a reálně prožívanou pohodou.
Calman (1984, s. 124)	Rozdíl mezi nadějemi a očekávanými člověka a současným stavem jeho života v daném časovém období.
Cella, Tulsky (1990, s. 30)	Spokojenost pacienta se současnou mírou jeho fungování v porovnání s tím, co považuje za možné nebo ideální.

Zdroj: Gurková 2011, s. 49.

Definici v rámci oboru ošetřovatelství můžeme shrnout do následujících vět. Kvalitu života související se zdravím v ošetřovatelství můžeme definovat jako respektování pohledu pacienta. Jejím největším ukazatelem je pojem zdraví či zdravotní stav, který je spíše objektivním ukazatelem, a proto by měl být měřen samostatně. Dále můžeme konstatovat, že prezentuje individuální životní situace či jejich vnímání pacientem. Je tedy subjektivní a podléhá očekáváním i hodnotám jedince. Kvalita života je sama o sobě multidimenzionální, ale v rámci ošetřovatelství se do definic dostává i spirituální stránka a kulturní diferenciacie pacienta. Projevuje se proměnlivostí v závislosti na onemocnění, proto může být jak dynamická, tak i stabilní v průběhu času. Zabývá se negativními i pozitivními důsledky vlivu onemocnění na pacientův život (Gurková, 2011).

Individuální percepce kvality života je pro obor ošetřovatelství velmi významná a mělo by se na ní nahlížet v hlubším smyslu. Už jenom z důvodu, že se k ní vztahuje pojem

well-being, radost ze života a význam existence člověka. Sociální blahobyť pro nás znamená možnost osobního rozvoje, společenský status a sociální adaptaci, proto nemůžeme k blahobyťu přistupovat pouze z pohledu materiálních složek. Radost ze života je neodmyslitelně spojena s možnostmi člověka, které jsou možné vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a k sociálním i ekonomickým okolnostem. Velmi individuální pohled vyžaduje i význam existence člověka, do které spadá spiritualita, kultura, hodnoty pacienta a jeho životní filozofie (Olišarová et al., 2013).

K ovlivnění kvality života související se zdravím je potřeba individualizovaná péče, která se zaměřuje na jednotlivé přístupy k pacientovi. Intervence berou v potaz unikátnost jednotlivce při vykonávání dané péče. Poskytováním individuální péče získáváme kladné výsledky jednak spojené s kvalitou života, jednak spojené i se spokojeností pacientů. Do individualizované péče náleží potřeby pacienta, jeho životní situace a daná klinická událost. Pacient má také možnost se rozhodnout, jakým směrem se bude vyvíjet jeho péče (Suhonen et al., 2005).

5 VÝSLEDKY

5.1 Poskytování ošetrovatelských intervencí a jejich vliv na kvalitu života související se zdravím

Ošetrovatelské intervence jsou realizovány kompetentním zdravotníkem s ohledem na individuální potřeby pacienta, které souvisí s osobní situací a s dopadem onemocnění na jeho stav. Pacient by měl mít v průběhu léčby možnost podílet se na rozhodnutí o intervencích, jež přímo souvisí s jeho zdravotním stavem. Tyto intervence se odvíjí na základě interakce sestry s pacientem, kdy intervence sestry s pacientem konzultuje. Čím je interakce s pacientem delší, tím se zvyšuje pravděpodobnost pozitivní výsledku cílené intervence na pacientův život (Suhonen et al., 2005).

Čím dál více je zdůrazňována potřeba zlepšení kvality života u stárnoucí populace. Důkazem toho jsou i vznikající projekty např. Healthy People 2000, 2010, 2020 a Evropský inovační projekt pro aktivní život a zdraví zaměřující se na zlepšení zdraví i na kvalitu života starších lidí. Kvalita života představuje koncept, který zahrnuje fyzickou, psychickou, sociální, environmentální a duchovní stránku života. U stárnoucí populace se studie (od autorů: Yanen Li et al., 2013; Hunger et al., 2014; Wang et al., 2013; Imhof et al., 2012) zaměřují na jednotlivé aspekty stárnutí, jako jsou věk, životní podmínky, prostředí, fyzické a kognitivní fungování, komorbidity, pády, zranění, deprese apod. Realizované ošetrovatelské intervence by měly akceptovat duševní, fyzické, emocionální, sociální, duchovní a environmentální aspekty zdraví do hodnocení, plánování a provádění péče pro starší dospělé. Holistický přístup k péči o starší dospělé zahrnuje všechny faktory, které ovlivňují kvalitu života (Schaffer et al., 2017).

Popisované studie (Bakas et al., 2015; Yanen Li et al., 2013; Hunger et al., 2014; Wang et al., 2013; Imhof et al., 2012) autor Schaffer (2017) řadí studie do domén kvality života, které byly vytvořeny autorem Lawton v roce 1991. Analýza studií ukázala domény kvality života, které lze ovlivnit ošetrovatelskými intervencemi. Do domén patří: zdraví, funkční zdraví, osobní kompetence, psychická pohoda, životní prostředí a sociální chování (Schaffer et al., 2017).

Autoři Bakas et al., v roce 2015 se ve své studii zaměřují spíše na osoby blízké, které po propuštění svých rodinných příslušníků, již utrpěli mozkovou příhodu, musí převzít roli

pečovatele. Cílem této studie bylo vyhodnotit účinnost programu pro pečující osoby při telefonickém hodnocení a při budování dovedností (TASK II), které jsou vedeny sestrou. TASK II umožňuje pečovatelům rozvíjet dovednosti na základě posouzení jejich vlastních potřeb. Rodinným pečovatelům se často nedostává odpovídající péče, a to má za následek depresivní symptomy, negativní životní změny a nezdravý životní styl. Je tedy ohroženo jejich samotné zdraví a vyskytují se psychosociální problémy. Doporučení pro vzdělávání rodinných pečovatelů zahrnuje posouzení potřeb, poradenství při řešení problémů, informace o péči po cévní mozkové příhodě a důraz na emocionální a fyzické zdraví pečovatelů. Individualizované intervence pro pečovatele kombinují budování dovedností a psychoedukační strategii pro zlepšení výsledků péče (Bakas et al., 2015).

V randomizované kontrolované klinické studii byla hodnocena účinnost revidovaného systému TASK II ve srovnání s informační, podporující a poradenskou skupinou (ISR). Studie zahrnovala 254 pečovatelů, kteří byli náhodně rozděleni do dvou skupin. Obě skupiny měly k dispozici písemné materiály, osmítýdenní hovory se sestrou a podporující sezení. Cílem studie bylo posoudit krátkodobé účinky intervence (bezprostředně po intervenci v 8 týdnech), dlouhodobé sledování výsledků (12, 24 a 52 týdnů) a posouzení účinnosti intervence TASK II, která se týká zlepšením depresivních symptomů pečujících osob a životních změn, které nastaly při poskytování péče. Ve skupině TASK II bylo 123 osob a ve srovnávací (ISR) se nacházelo 131 osob. Na začátku bylo zjištěno, že 47,2 % pečovatelů ve skupině TASK II a 50,4 % ve skupině ISR trpělo mírnými až vážnými depresivními symptomy. Pečovatelé ve skupině TASK II vykazali větší snížení depresivních symptomů už po 8 týdnech, což byla statisticky významná interakce mezi časem a účinkem intervence. U skupiny TASK II se také zlepšily životní postoje od začátku do 12, 24 a 52 týdnu ve srovnání se skupinou ISR. I když celkové výsledky na celém vzorku ne vždy dosáhly statistické významnosti, intervence TASK II ukázala pozitivní tendence při delším sledování, zejména u pečovatelů s vyšším výskytem depresivních symptomů (Bakas et al., 2015).

Intervence TASK II je poskytovaná výhradně po telefonu, její výhodou je, že je přístupná v různých domácnostech bez ohledu na umístění. Zaměřuje se na školení pečovatelů, jak mají poskytovat péči a věnovat se potřebám svých blízkých po cévní mozkové příhodě. Zároveň jim školení pomáhalo řešit své vlastní potřeby, své změny v sociální oblasti a v subjektivní pohodě a také jim pomohlo s podporou jejich vlastního zdraví. Metoda je spojena s aktuálními vědeckými a praktickými směrnicemi, které zdůrazňují význam hodnocení potřeb člověka a obav pečujících osob. Metoda TASK II spojuje psychoedukační metody i

dovednostní strategie za účelem zvládnání péče. Klíčové pro úspěšnost jsou kvalifikované a angažované zdravotní sestry s vynikajícími komunikačními dovednostmi a schopnostmi sledovat dění. Sestry zdůrazňovaly, že telefonická péče výrazně zdokonalovala jejich dovednosti naslouchat a poskytovat efektivní podporu pečovatелům (Bakas et al., 2015). Studie se zaměřuje na domény kvality života: zdraví, funkční zdraví, psychická pohoda, osobní kompetence (Schaffer et al., 2017).

Ošetrovatelskými intervencemi se také zabývali autoři Yanen Li et al., v roce 2013. Sekundární analýza randomizované kontrolované studie se zaměřila na domácí návštěvy poskytnuté sestrou u starších chronicky nemocných lidí. Intervence se orientovaly na oblast instrumentálních činností denního života (např. koupání, toaleta, příprava jídla, domácí práce, telefonování, podávání léků). Tyto činnosti jsou zásadní pro život v domácnosti a starší osoby s onemocněním s nimi mohou mít problém. Cílem domácích návštěv bylo zlepšit funkční stav pacientů nebo oddálit jeho zhoršení. Srovnávání výsledku probíhalo s kontrolní skupinou, které dostávala běžnou péči (n=262) a s intervenční skupinou (n=237) (Yanen Li et al., 2013).

Intervence se ukázaly jako účinné v několika denních činnostech, ale zároveň nebyly plně efektivní u složitějších instrumentálních činností. Rozdíl mezi intervenční a kontrolní skupinou byl ve snížení závislosti na přípravě jídla. Sestry braly v potaz různá omezení pacientů, například zhoršené kognitivní funkce či ztráta smyslů, a zaměřily se na individuální potřeby spojené s přípravou jídla i prostřednictvím komunitních služeb, např. služby s dovozem jídla domů. V oblasti nakupování se také ukázal pozitivní vliv prováděných intervencí, zde probíhala spolupráce s rodinnými příslušníky. Kroky k tomu podniknuté byly následující: nákup naslouchadel pro pacienty se sluchovými problémy, vytváření vazeb s podpůrnými systémy pro dopravu a využití komunitních zdrojů pro doprovod do obchodu. Studie však nečekaně ukázala negativní dopad intervencí na oblast zacházení s léky. Sestry prováděly pečlivý management léků, který zahrnoval pravidelnou kontrolu léčiv, edukaci o správném podávání léků a monitorování terapeutických účinků. Pacienti mohli tuto oblast vnímat náročněji kvůli zvýšenému objemu informací a úkolů. Ovšem i na tomto negativním výsledku můžeme vidět menší úspěch v tom, že pacienti se více zabývali samoléčbou a sestry jim pomáhaly, například jim pořídily krabičku na léky. Dále intervenční skupina vykazovala pouze menší potíže při používání telefonu a běžných domácích pracích (Yanen Li et al., 2013). Studie cílí na oblasti kvality života: zdraví, funkční zdraví, psychologická pohoda, prostředí (Schaffer et al., 2017).

Propuštění starších dospělých po prodělaném infarktu myokardu může způsobit negativní dopady na jejich život. Pacienti totiž nemají dostatek informací o onemocnění a následné péči. Je zde vysoká prevalence komorbidit a zvýšené riziko nežádoucích komplikací. Z důvodu trendu časného propuštění je potřeba zavedení intervenčních programů v domácím prostředí, které budou provádět školené sestry. Autoři Hunger et. al., v roce 2014 popsali výsledky randomizované dvouramenní paralelní skupinové studie. Za cíl si zvolili účinnost intervence case managementu, který byl veden vyškolenými sestrami. Intervence case managementu se zaměřily na oblast rizikových faktorů, fyzického fungování a psychické funkce u starších pacientů po infarktu myokardu (Hunger et al., 2014).

Efektivita intervencí byla zkoumána po dobu jednoho roku, v intervenční skupině bylo 116 lidí, v kontrolní skupině 132 lidí, kteří dostávali běžnou péči. Intervenční program nabízel informační sezení před propuštěním, domácí návštěvy, telefonické hovory a individualizované ošetrovatelské intervence podle potřeb pacientů. Zásadními intervencemi byly identifikovány problémy, poskytnuty rady a v případě potřeby bylo odkazováno i na praktického lékaře. U pacientů, kteří trpěli chronickým srdečním selháním, se kladl důraz na sledování hmotnosti, nebo např. u pacientů s diabetem mellitus se monitoroval krevní tlak, hmotnost a měřila se také hladina glykémie během návštěvy. Hodnocení jednotlivých výsledků probíhalo na začátku studie a 1 rok po propuštění, s výjimkou krevních plynů. Funkční stav se měřil pomocí třech nástrojů (Barthelův index, Health Assessment Questionnaire Disability Index, hydraulický ruční dynamometr Jamar). Dotazník Screen-II se využíval při zhodnocení výživy. Kognitivní stav se měřil pomocí Mini-Mental testu. Depresivní symptomy byly hodnoceny Geriatrickou škálou deprese (Hunger et al., 2014).

Výsledky ukázaly, že intervenční skupina měla lepší hodnoty LDL cholesterolu, lepší funkční stav, včetně síly v úchopu dlaně. Pacienti vykazovali snížení deprese a pozitivně se potvrdily i intervence zaměřené na stravování. Vysoký LDL cholesterol je hlavním aterogenním rizikem. Snížením hladiny cholesterolu v krvi při sekundární prevenci lze docílit menší úmrtnosti a menšího výskytu cévních příhod. Podpora fyzické aktivity a dodržování léčebných režimů v rámci case managementu měla pozitivní vliv na fyzické fungování pacientů. Primární dopad farmakologických nebo nefarmakologických intervencí byl zaměřen spíše na funkční stav, než na jiné aspekty kvality života spojené se zdravím (Hunger et al., 2014). Studii lze zařadit do domén kvality života: zdraví, funkční zdraví, psychická pohoda, osobní kompetence (Schaffer et al., 2017).

Cévní mozková příhoda patří mezi tři nejčastější příčiny úmrtí. Je také příčinou dlouhodobé invalidity. Ke vzniku CMP přispívají rizikové faktory, jako jsou hypertenze, kouření, strava, nadměrný stres a konzumace alkoholu. Pozitivní přínos přináší trombolýza do 3 hodin od vzniku příznaků, projeví se hlavně na neurologickém výsledku. Randomizovaná klinická studie se věnovala rizikovým faktorům a prevencím CMP, které může pacient změnit, a tím pádem může snížit riziko vzniku či recidivy cévní mozkové příhody. Autoři studie Wang et al. (2013) zkoumali i efektivitu komunitního ošetrovatelského vzdělávacího a rehabilitačního programu pro pacienty po prodělání lehké formy CMP. Plán obnášel školení s cílem zlepšit sebekpěči, instruktáž k rehabilitaci, znalosti o onemocnění, chování s eliminací rizikových faktorů a zvyšování schopnosti při zvládnání emocí, symptomů a problémů (Wang et al., 2013).

Intervenční skupina zahrnovala 65 lidí, skupina s běžnou péčí 62. Skupiny byly hodnoceny na začátku, po intervenci a po 6 měsících sledování. Komunikační semináře probíhaly třikrát týdně po dobu 8 týdnů, každé sezení trvalo 2 hodiny a střídaly se s podpůrnými skupinami pacientů. Obsah přednášek se týkal varovných příznaků CMP, klinických projevů, rizikového chování, stravy, společenských aktivit a rehabilitace. Vzdělávání prováděli terapeuti, sestry a lidé z komunity, kteří si povídali s pacienty s cílem je poučit a předat jim techniky pro lepší každodenní život. Ukázal se pozitivní vliv komunitního programu na znalostech o onemocnění, včetně varovných příznaků a na postupu po cévní mozkové příhodě. Pozitivní vliv byl také vidět na stravování. Pacienti po CMP mohou trpět sociální izolací, proto byla poskytována i sociální podpora pacientům a probíhala zde motivace pacientů k účasti na různých akcích. Výsledkem byl výrazný nárůst skóre v sociální participaci. Studie ukázala, že komunitní ošetrovatelství může výrazně přispět k prevenci a ke snížení recidivy cévní mozkové příhody (Wang et al., 2013). Studie se přiřazuje do domén QoL: zdraví, funkční zdraví, sociální chování, osobní kompetence (Schaffer et al., 2017).

Randomizovaná, longitudinální studie od autorů Imhof et al. (2012) zkoumá osoby ve věku 80 let a více, jež trpí chronickým onemocněním a omezením v jejich každodenním životě, která jsou způsobena nemocí. Aby se tyto lidé vyhnuli akutním příhodám či hospitalizaci, potřebují k tomu určité znalosti a dovednosti. Ty se týkají rozpoznání příznaků, které vedou ke zhoršení stavu a umění posoudit, kdy mají navštívit zdravotnické služby na základě jejich zdravotního stavu. Měli by si také umět vytvořit prostředí, které bude pro ně bezpečné. Tyto dovednosti hrají klíčovou roli při udržování zdraví, kvality života a nezávislosti. Během

studie se sledovala účinnost domácího programu zdravotní péče vedeného sestrami s pokročilou praxí, které mají dobré předpoklady k poskytování péče a k podpoře sebepečce pacientů. Sestry také koordinovaly péči, jejímž cílem bylo zlepšit sebeřízení a schopnosti nemocných, a tím zlepšit i kvalitu života. Předpokladem studie bylo zvýšit kvalitu života, snížit negativní zdravotní výsledky (např. pády, akutní příhody) a snížit využívání zdravotnických služeb, tím je myšlena např. hospitalizace. V kontrolní skupině bylo 230 lidí a v intervenční skupině 231, do které spadaly čtyři domácí návštěvy po 4, 12, 24 a 36 týdnech, a tři telefonické hovory po 8, 18 a 30 týdnech (Imhof et al., 2012).

Intervence byly přizpůsobeny individuálním potřebám pacientů. Sestry pacientům poskytovaly sociální podporu a také se soustředily na problémové oblasti pro pacienta např. problém s mobilitou, sluchem, zrakem, výživou, bolestí, kognitivními funkcemi, inkontinencí. Na konci každé návštěvy účastníci vytvořili akční plán s konkrétními činnostmi či strategiemi pro řešení jejich problémů. Plán byl vyhodnocen během další návštěvy nebo případně po telefonu a sloužil jako základ pro další ošetrovatelské intervence. Sestry se soustředily na hodnocení, na vzdělávání, dále na poradenství ohledně problémů pacienta, i na každodenní zvládání nemoci, organizaci rodinných aktivit, provádění činností, jež nebyl schopen pacient vykonávat samostatně, a na zvyšování jeho dovedností. Po 9 měsících byl zjištěn pozitivní vliv na snížení výskytu pádů, akutních příhod a hospitalizací, ovšem hlavní hypotéza pozitivního účinku intervencí na kvalitu života potvrzena nebyla. Kvalita života byla sice pozorována během sběru dat, ale závisela spíše na symptomech, změnách zdravotního stavu a na sociální podpoře než přímo na ošetrovatelských intervencích. Cílem domácí péče bylo zvýšení fyzické aktivity a úprava prostředí pro bezpečí pacienta (podložky do vany, zábradlí, chodítka). Sestra pomocí intervencí vzdělávala pacienta v bezpečném provádění každodenních činností, diskutovala s pacientem o inkontinenci a vedlejších účincích léků. Studie ukázala pozitivní dopad ošetrovatelských intervencí v domácím prostředí na péči o starší osoby, hlavně při prevenci pádů a akutních příhod (Imhof et al., 2012). Studie spadá do domén QoL: zdraví, psychická pohoda, osobní kompetence, sociální fungování, prostředí (Schaffer et al., 2017).

Celkové shrnutí výsledků ukazuje, že v kvalitě života jsou méně zkoumány sociální a environmentální aspekty, také je opomíjena spirituální oblast, která je pro lidi staršího věku často důležitá a může mít pozitivní dopad ke zdravějšímu životnímu stylu i k lepší kvalitě života. Intervenční programy také kladly malý důraz na podporu pozitivních emocí i na mezikulturní perspektivy. Kulturní přesvědčení má vliv na to, jak si lidé vykreslují sami sebe a

své životní zkušenosti. Kultura ovlivňuje i sebehodnocení, postoje a hodnoty jedinců. Při hodnocení intervencí by se také mohlo více využívat nástrojů pro hodnocení kvality života související se zdravím, což je i důležitým indikátorem účinností intervencí v oblasti zdravotní péče (Schaffer et al., 2017).

Zkoumání účinnosti ošetrovatelských intervencí při péči o pacienty přináší určité obtížnosti. Jednou z nich je sledování klienta ve více zařízeních, zejména při zkrácené hospitalizaci. Krátká hospitalizace sice zvyšuje efektivitu nemocničních procesů, ale je zde méně času na navázání vztahu sestra a pacient. Dalším problémem jsou krátké ošetrovatelské intervence, které se snaží potřeby klienta identifikovat komplexně. Bez použití globálních měřítek zdravotnických výsledků, která jsou rychle aplikovaná, by bylo skoro nemožné spojit akutní a střednědobou péči s klinickými výsledky (McMurray et al., 2014).

V následující tabulce (tab. 3), jsem vytvořila přehled použitých studií. Tabulka obsahuje přehled ošetrovatelských intervencí, které byly zkoumané ve studiích. Dále výsledek poskytnutých ošetrovatelských intervencí, jenž je doplněn i o statistické údaje. V posledním sloupci najdeme odpověď na otázku, zda intervence ovlivnily kvalitu života pacienta a na kterou oblast intervence měly největší vliv.

Tabulka 3: Přehled studií

Autoři studie	Ošetrovatelské intervence	Výsledek	Vliv intervencí na kvalitu života
Bakas et al., 2015.	Telefonické poradenství pro blízké pečující osoby o pacienta po CMP.	Snížení symptomů deprese (o 3 %), celkové zlepšení života (o 5,8 %).	Ano, hlavně na psychickou oblast
Yanen Li et al., 2013.	Domácí návštěvy u chronicky nemocných, zaměřené na zvýšení soběstačnosti.	Snížení závislosti při přípravě jídla (OR = 79,0; $p \leq .01$), zlepšení hygieny (OR > 10,00; $p \leq .01$), nakupování, telefonování.	Ano, nejvíce na oblast fyzického fungování
Hunger et al., 2014.	Case management na oblast rizikových faktorů, fyzické a psychické funkce u pacientů po infarktu myokardu.	Lepší hodnoty LDL cholesterolu (snížení o 8,4 mg/dl), zlepšení fyzického fungování (síla úchopu ruky o 2,53 kg), zlepšení výživy (o 2,03 bodů), snížení deprese.	Ano, na funkční stav
Wang et al., 2013.	Školení s cílem zlepšit sebekpěči, rehabilitaci, znalosti o onemocnění, životní styl u pacientů s CMP.	Zlepšení znalostí o onemocnění a stravování (o 12 %), významný vliv na sociální participaci ($r=0,29$, $P = 0,04$).	Ano, výrazně na sociální oblast
Imhof et al., 2012.	Domácí návštěvy u seniorů s chronickým onemocněním, s cílem zlepšit sebekpěči a soběstačnost.	Pozitivní vliv na snížení výskytu pádů (relativní riziko 0,71), akutních příhod (RR 0,70) a hospitalizací (RR 0,70).	Ano, ale záviselo to na zdrav. stavu a sociální podpoře než na ošetrovatelských intervencích

Zdroj: vlastní

5.2 Kvalita života související se zdravím v poskytování ošetrovatelské péče

Kvalita života související se zdravím je ve zdravotnickém výzkumu zaměřena nejen na funkční důsledky zdraví, ale zabývá se i subjektivními pocity, životní spokojeností, štěstím a celkovými hodnoty, které člověk prožívá v daném okamžiku. Ačkoliv je měření HRQoL důležité pro získání pohledu pacientů na výsledky péče, jsou otázky spíše zaměřeny na vnímání zdraví než na širší pojetí kvality života. Průzkum mezi zdravotním stavem a kvalitou života související se zdravím je důležitý, aby se zjistilo, zda lepší vnímání vlastního stavu a kvality života může souviset s účinností ošetrovatelských intervencí nebo s poskytnutím zdravotnických služeb. Výzkum spadá do praxe založené na důkazech a poskytuje

informace jak o institucionální, tak i o domácí péči. Jedná se o vícerozměrný koncept, jenž se soustředí na funkční stav, sociální a psychickou pohodu, vnímání zdraví a kvalitu života. Hlavními úkoly výzkumné sestry jsou odhalit složitost koordinace péče a zabývat se potřebami a preferencemi klientů při poskytování služeb. Sestra následně vytvoří soubor s výsledky pro osvědčenou praxi a pomůže klientům se adaptovat na nemoc. Klientů se přímo doptává, co si myslí, co cítí, co chtějí a co potřebují v různých časových bodech. Tyto informace mohou přinést důležité údaje pro ošetrovatelskou praxi, ale často jejich výsledky obsahují spíše informační než statistický význam (McMurray et al., 2014).

Autora Megari (2013) se ve své studii zabývá chronickým onemocněním a možnostmi měření kvality života. Chronickým onemocněním trpí stále více lidí v populaci a mohou tím nepříznivě ovlivnit svou kvalitu života. Chronická onemocnění mají pomalou regresi, dlouhé trvání a vyžadují často komplexní léčbu a péči. Mají schopnost zhoršit celkové zdraví tím, že omezují funkční stav, sníží produktivitu a celkově kvalitu života související se zdravím. Pomocí měření HRQoL získáme informace o dopadu onemocnění, účinků intervencí a léčby na pacientův život, a to nám dopomůže k tomu, aby zdravotní služby byly více zaměřené na pacienta. Obecné hodnotící nástroje pro HRQoL slouží ke zkoumání různých podmínek a intervencí, ale neorientují se dostatečně na konkrétní intervence. Zatímco specifické hodnotící nástroje mohou být lepší volbou, protože jednak lépe zachycují účinky léčby na kvalitu života pacienta, jednak i poskytují přesnější údaje o citlivosti na klinicky významné změny. Nevýhodou specifických nástrojů je jejich omezení na konkrétní onemocnění, intervenci či populaci. Údaje v dotazníku musí obsahovat názory pacientů, změny priorit s ohledem na věk, srozumitelné informace a jazyk, kterému pacient rozumí. Je nutné, aby dotazníky vykazovaly spolehlivost, validitu a citlivost na změny. Běžně se používají ve výzkumech i v praxi chronických onemocnění dotazníky: 36 položkový dotazník (SF-36), který je k dispozici i ve zkrácené verzi, Nottingham Health Profile (NHP), EuroQoL (EQ-5D). Tyto nástroje jsou přeloženy do mnoha jazyků včetně češtiny. Můžeme se zde setkat s výrazem response shift neboli změna odpovědi, která popisuje změnu vnímání a hodnocení jednotlivce o svém zdravotní stavu, hodnotách a kvalitě života. Změna odpovědi nastane v důsledku proběhnuté zkušenosti nebo události. Jedná se o subjektivní hodnocení pacienta, které může ovlivnit způsob odpovídání na otázky v průzkumu. Z toho důvodu by se měl brát ohled na pojem response shift při plánování a interpretaci studií zabývajících se kvalitou života (Megari, 2013).

K chronickým onemocněním se řadí srdeční choroby. Pacienti trpící tímto onemocněním mají významně zhoršené všechny aspekty kvality života související se zdravím, nikoliv pouze fyzického fungování. Nejvíce HRQoL ovlivňují bolest na hrudi, únava a dušnost. U pacientů s astmatem či diabetem mellitus nejvíce ovlivňuje kvalitu života rizikové chování např. kouření, obezita, nadměrné pití alkoholu a nedostatek fyzické aktivity. Depresivní příznaky zase byly pozorovány u onemocnění hepatitidy C. Oblast spirituality pacienti identifikovali jako oblast, která podporuje HRQoL. Jedná se o důležitý prvek, který zasahuje do všech oblastí života, pomáhá člověku vyrovnat se s problémy a dává jim smysl, i přesto je tato oblast často výzkumníky zanedbána. Výzkum HRQoL u lidí s chronickým onemocněním je důležitý pro vytváření účinných intervencí a programů. Intervence se dle výsledků mohou následně přizpůsobovat a být zaměřeny na fyzický trénink, na relaxační techniky, na edukaci, na strategii zvládání stresu, na celkové řešení psychologických, sociálních a spirituálních problémů. Odhad relativního dopadu onemocnění na kvalitu života nám pomůže v lepším plánování a rozdělování zdrojů na léčbu (Megari, 2013).

Hodnocení kvality života související se zdravím se nejvíce využívá v onkologické klinické praxi, zde hodnocení slouží k individuálnímu vedení poskytované péče, například u ošetrovatelské intervence, která byla prováděna po telefonu, došlo ke zlepšení kvality života u pacientek s rakovinou prsu, které musely podstoupit operaci. Sestry poskytovaly telefonické hovory se zaměřením na specifický návod pro pacientky ohledně používání paže, poskytly jim i informace ohledně rehabilitace a podpůrných skupin a také jim daly prostor, aby mluvily o svých pocitech. Výsledkem po 2 týdnech byla lepší kvalita života hlavně v oblastech budoucí perspektivy, zlepšilo se i vnímání jejich těla a vyrovnávání se s vedlejšími pooperačními důsledky. Jelikož se jednalo o krátký telefonát, dalo by se říct, že jde o příklad intervence, která není časově tolik náročná a mohla by být zařazena do klinické praxe (Varricchio a Ferrans, 2010).

Pozitiva měření kvality života přináší vlastní pohled pacientů a prediktivní sílu pro výsledky. Měření nám také poskytne informace o účincích intervencí, usnadní komunikaci mezi personálem a pacientem a přinese nám přínos v rozhodování ohledně léčby. Ovšem ke každému pozitivu se najdou i negativita, kterými jsou nedostatek informací o daném tématu, skepse ohledně platnosti a užití údajů z hodnocení do praxe, časová omezení a nedostatek zdrojů. Ideální pro hodnocení HRQoL je použití nástroje, který má ověřenou spolehlivost a platnost. Nicméně zde je nutné vynaložit prostředky z praxe na administrativu a na zajištění

rychlého vyhodnocení, aby výsledky mohli být k dispozici za co nejkratší dobu. Autoři studie (Varricchio a Ferrans, 2010) doporučují sestřám, které chtějí zakomponovat hodnocení do své praxe, aby se zeptaly pacientů na otázku: Jak by ohodnotili svoji kvalitu života na stupnici od 1 do 10. Po této otázce můžeme dále pokračovat pomocí navazujících otázek, abychom zjistili důvody nízké kvality života. Nicméně to ale nelze považovat za plnou náhradu delších standartních nástrojů pro měření HRQoL. Proto pokud pomocí této zjišťovací otázky zjistíme nízkou kvalitu života, je potřeba provést důkladnější dotazování pomocí určeného nástroje. Klinické hodnocení HRQoL zlepšuje vztah mezi sestrou a pacientem i samotnou komunikaci. Sestřám poskytuje lepší cílené intervence, které přesahují pouze fyzickou oblast. Celkově může měření kvality života související se zdravím poskytnout cenné údaje o hodnocení účinnosti poskytované péče (Varricchio a Ferrans, 2010).

Kvalita života představuje pro ošetrovatelskou praxi velmi důležitý pojem, jelikož sestry se nezajímají jen o přežití pacienta, ale starají se o pacienta jako o celek. Ošetrovatelský proces zahrnuje hodnocení pacienta na začátku, vypracování ošetrovatelských plánů, vyhodnocování výsledků péče a potřeb pacienta, realizaci intervencí a následné zhodnocení účinku. Hodnocení kvality života by se mělo stát součástí ošetrovatelské praxe, následný výsledek by mohl vést ke zlepšení terapeutických intervencí pacienta a na oblasti, které zhoršují jeho kvalitu života (Molin a Arrigo, 1995).

DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat a shrnout aktuální publikované poznatky týkající se kvality života související se zdravím v kontextu k poskytované ošetrovatelské péči. Dále byla určena výzkumná otázka: Jakým způsobem mohou ošetrovatelské intervence ovlivnit kvalitu života související se zdravím? K dosažení cíle a odpovědi na tuto otázku byl použit literární přehled, který obsahoval 12 odborných studií, které byly následně popsány.

V provedeném výzkumu bylo zjištěno, že ošetrovatelské intervence musí brát v potaz individualitu pacienta. Olišarová a kol. (2012) se shoduje v názoru s autorkou Suhonen (2005) na tom, aby byl více brán ohled na individualitu pacienta v jeho potřebách a preferencích. Tím docílíme intervencí, které budou zaměřené na samotného jedince, a díky nim vznikne i větší efektivita ošetrovatelské péče. Autorka Suhonen (2005) také zmiňuje, že aby byla dosažena viditelnost výsledku na kvalitě života u pacienta, je potřeba, aby sestry na prováděné intervence měly dostatek času. Nelze tedy kvalitu života vyhodnotit po krátkém čase, ale jedná se spíše o dlouhodobou poskytovanou péči. S tím souhlasí i autorka McMurray (2014), která dodává, že problém nastane, pokud čas strávený s pacientem je krátký, a z toho důvodu zde nemůžeme plně docílit zlepšení kvality života.

Ve vybraných studiích, zabývajících se ošetrovatelskými intervencemi, jsme si všimli, že se málo využívaly nástroje pro měření kvality života. Kdyby měřicí nástroje kvality života byly ve studiích více využívány a proběhlo by i správné měření, byl by získán lepší přehled o účinnosti poskytovaných intervencí i o správnosti cílených intervencí na pacienta (Schaffer et al., 2017). Autor Schaffer et al. (2017) ještě dodává, že důvodem nevyužívání metod pro měření kvality života, může být nedostatek znalostí sester o důležitosti HRQoL či náklady na sběr dat a hodnocení, toto potvrzuje i autorka Gurková (2011).

Stejně jak kvalita života pokrývá všechny oblasti lidského života, tak by je měly pokrývat i ošetrovatelské intervence. Při popisování studií jsme zjistili, že se při vykonávání ošetrovatelské péče často zapomíná na duchovní oblast, která může být pro pacienta velmi důležitá, našeho tvrzení si všiml i autor Schaffer et al (2017). Důkazem důležitosti duchovní stránky pro člověka je zakomponování této oblasti do modelů kvality života od University Toronto a Světové zdravotnické organizace (WHO, 1998). Holistické pojetí zahrnuje nedílnou součást v ošetrovatelství. Obsahuje totiž faktory, které se podílejí i na ovlivnění kvality života. Spojení holistického přístupu s kvalitou života potvrzují autoři Gurková, 2011; Havelka et. al., 2009; Schaffer et al., 2017.

Do výzkumu jsme přidali studii od autora Bakas et al. (2015), která se nezaměřuje přímo na pacienta, ale na rodinné příslušníky, kteří se stali pečovateli o blízkou osobu. Tuto studii jsme vybrali z toho důvodu, že péče o neformální pečující je stejně důležitá jako péče o samotného pacienta. V literatuře (Faťunová, 2007; Hnilicová, 2005; Křivohlavý, 2002) se dozvídáme, že rodinné zázemí nebo celkově sociální podpora hraje také důležitou roli v životě člověka. Důkazem je toho i, že sociální oblast je jednou z dimenzí kvality života a je uvedena i v definici zdraví od WHO. Pokud tedy nejsou uspokojeny potřeby rodinného pečovatele, nemůže pak být adekvátní ani péče a uspokojení potřeb pacienta. Posílení intervencí lze i pomocí technologických inovací, které se ukázaly jako vhodný prostředek při poskytování ošetrovatelské péče. Telefonické zařízení se autoři Bakas et al. (2015) rozhodli využít k poskytování ošetrovatelských intervencí. Využití spojení mezi pacientem a sestrou pomocí mobilního telefonu má výhodu v tom, že ošetrovatelská péče může být poskytována v různých lokalitách a stane se i více dostupná všem lidem. To potvrdili i autoři Hunger et al. (2014), kteří použili metodu case managementu, který obsahoval vzdělávací programy pro pacienty i telefonické hovory a domácí návštěvy. Zde se docílilo poskytnutí ošetrovatelské péče ve větší míře k pacientovi. Obě tyto studie vykazaly pozitivní výsledky použití telefonů při ošetrovatelské péči. Názory se shodují ve využívání technologických inovací, čím získáme větší efektivitu péče, tím se stane více dostupná. Pacient nebude cítit, že je na to sám. Má možnost se na někoho obrátit. Docílíme tím i delší interakce mezi sestrou a pacientem. Ovšem autor Bakas et al. (2015) zmínil překážky, jako je neovládání technologických prostředků či nedostatek přístupu k těmto možnostem.

Ve zdravotnickém výzkumu se zaměřením na kvalitu života související se zdravím by se nemělo zabývat pouze fyzickým stavem, ale mělo by se pohlížet na člověka jako na celek. V rámci výzkumu i probíhající péče by měl postup probíhat v rámci bio-psycho-sociálního modelu k pacientovi, jeho důležitost zmiňuje mnoho autorů: Havelka et al. 2009; Vosečková, 2013; Molin a Arrigo, 1995. Model bere v potaz aspekty fyzického zdraví, subjektivní pocity a celkové hodnoty jedince, které v daný okamžik prožívá. Tyto aspekty se pak zobrazí i v rámci výzkumu kvality života (McMurray, 2014; Olišarová et al., 2012). Význam měření HRQoL v poskytované ošetrovatelské péči může být velmi přínosný pro zajištění efektivní péče či služeb. Díky správnému měření zjistíme, jak pacient vnímá svoji skutečnou kvalitu života, respektive jak ji hodnotí (McMurray 2014; Megari, 2013). Slováček et al. (2004) dodává, že měření HRQoL v praxi je důležité pro porozumění pohledu pacienta

na dopad onemocnění a léčby, na jeho život i na poskytovanou péči, to zmiňuje i autor Haraldstad et al. (2019). Ovšem autorka McMurray (2014) dodává negativní názor na otázky ve výzkumu, které se často zaměřují spíše na vnímání zdravotního stavu než na rozsáhlejší perspektivu kvality života.

Měření HRQoL se zatím nejvíce využívá u onkologicky nemocných a u chronicky nemocných. U chronicky nemocných se zaměřujeme na kvalitu života související se zdravím z toho důvodu, že mají pomalou regresi a dlouhodobý charakter. Chronická onemocnění omezují pacienta v jeho každodenním životě, proto dokážou i negativně zasahovat do oblastí kvality života (Megari, 2013; Gurková, 2011). Pro správné měření HRQoL je klíčová vhodná volba nástroje. Je potřeba se rozhodnout, zda použít specifický nástroj pro konkrétní onemocnění, či spíše obecný, který nám poskytne analýzu různých podmínek a intervencí, dodává autor Megari (2013). Při měření nebo při výzkumu kvality života související se zdravím u chronicky nemocných bychom měli brát v potaz výraz response shift neboli změna odpovědi. Všimneme si toho, když u pacienta provádíme dlouhodobé měření kvality života, kdy dochází ke změně odpovědi pacienta v důsledku jeho vlastních zkušeností s onemocněním. Pacient se vlastně postupem času adaptuje na nemoc, a tím se mění i jeho kvalita života i jeho odpovědi v měření (Gurková, 2011; Megari, 2013).

V důsledku analýzy pojmu kvality života související se zdravím jsme zjistili, že by se tento pojem měl stát integrální součástí procesu ošetrovatelské péče. Přitom v praxi jsem se s pojmem či měřením kvality života nesetkala. To potvrzuje i tvrzení od autora Slováčka et al. (2004), který si všiml, že u nás se dotazníky na kvalitu života nevyužívají v praxi, ale pouze při výzkumném šetření. Přitom při správném měření a zohledňování všech oblastí kvality života docílíme porozumění potřeb pacienta (Molin a Arrigo, 1995; Olišarová et al., 2013). Autoři Varricchio a Ferrans (2010) dodávají, že k pozitivní stránce měření patří i usnadnění komunikace pacienta s personálem a přínos v rozhodování ohledně léčby, nicméně zmiňují i negativita jako jsou nedostatek informací o kvalitě života, časové omezení a nevědomost užití výsledků měření do praxe. Díky měření můžeme naplánovat a poskytnout individuální terapeutické intervence tak, aby přinesly největší benefit pro pacienta (Molin a Arrigo, 1995; Olišarová et al., 2013).

LIMITY VÝZKUMU/PRÁCE

Limitem výzkumu byla samotná osobní nezkušenost s psaním přehledové studie a s vyhledávání relativních zdrojů v odborných databázích. Za omezovací limit lze považovat i nedostatek odborných studií, které by se zabývaly uceleně kvalitou života související se zdravím v ošetrovatelství bez zaměření na konkrétní oblast. Limitovala nás i nedostupnost plného textu u určitých studií.

DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUM

Cílem práce bylo zmapovat problematiku kvality života související se zdravím z pohledu ošetrovatelství. Pro další výzkum by se nabízelo provést kvantitativní výzkum za účelem zjištění, jak na toto téma pohlíží všeobecné sestry a zda ho aplikují v praxi.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI/VÝSTUP Z PRÁCE

Výstupem z bakalářské práce, která vychází z výsledků výzkumu, jsme shrnuli do tabulky (viz příloha 1). V prezentovaném přehledu najdeme kroky, jak poskytnout efektivní intervence při ošetrovatelské péči a zároveň příklady intervencí, které se ukázaly jako efektivní ve zkoumaných studiích. Přehled může sloužit pro výuku studujících v programu všeobecného ošetrovatelství.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se zaměřila na analýzu problematiky kvality života související se zdravím z pohledu ošetrovatelství. Hlavním cílem práce bylo systematicky sumarizovat a zmapovat aktuální publikované poznatky v oblasti kvality života související se zdravím v kontextu k ošetrovatelské péči. Z analýzy výsledků studií definovali, jaký je efekt popisovaných ošetrovatelských intervencí na zlepšení kvality života u pacientů. Zde jsme zkoumali efektivitu a provedení ošetrovatelských intervencí, pomocí kterých mohou sestry docílit pozitivního ovlivnění kvality života u pacienta. K naplnění cíle kvalifikační práce byla provedena rešerše a vyhledány dostupné zdroje knižní, pomocí kterých bylo dosaženo komplexního pohledu na danou problematiku.

Kvalita života související se zdravím je jedním z klíčových parametrů při poskytování komplexní a individualizované ošetrovatelské péči. Filozofií současného ošetrovatelství je poskytovaná péče na principu holismu. V kontextu předchozí věty je důležité, aby přístup ošetrovatelské péče byl skutečně komplexní na všechny oblasti kvality života, které hrají v pacientově životě roli. Kvalita života se popisuje jako parametr efektivity poskytované péče, proto je vhodné zařadit měření kvality života pacientů do ošetrovatelského procesu. Pomocí vhodného nástroje na měření kvality života jsou vyhodnoceny oblasti, ve kterých pacient subjektivně pociťuje deficit a jsou ovlivnitelné pomocí ošetrovatelských intervencí. Z prostudovaných studií (Suhonen et al., 2005; Schaffer et al., 2017; Bakas et al., 2015; Yanen Li et al., 2013; Wang et al., 2013; Imhof et al., 2012; Hunger et al., 2014; McMurray et al., 2014; Megari, 2013; Molin a Arrigo, 1995; Varricchio a Ferrans, 2010) vyplývá, že pokud by byly výše zmíněné podmínky splněny, tak lze docílit pozitivního ovlivnění kvality života prostřednictvím ošetrovatelské péče, jež se stane komplexní a efektivní.

Realizace ošetrovatelských intervencí by měla být prováděna individuálně s ohledem na potřeby a preference pacienta. Z provedené analýzy jsme zjistili, že je zapotřebí k viditelnému výsledku ovlivnění kvality života delší interakce mezi sestrou a pacientem, která umožňuje lepšímu porozumění potřeb a situací u každého pacienta. Efektivita ošetrovatelských intervencí by měla být průběžně hodnocena například průběžným sledováním subjektivního hodnocení kvality života samotným pacientem. Dále jsme zjistili, že efektivní ošetrovatelské intervence lze provádět i pomocí telefonických hovorů či domácích návštěv u pacientů. To umožní sestřám kontinuálně monitorovat stav pacienta.

Závěrem lze konstatovat, že zabývání se kvalitou života související se zdravím v oboru ošetrovatelství může mít zásadní pozitivní dopad na pacienty a zároveň jim může dopomoci k jejich blahobytu a spokojenosti.

SEZNAM LITERATURY

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

PAYNE, Jan (ed.). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-725-4657-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2 vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8774-4.

HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Online. Sociológia, vol. 44, no. 4, s. 407-425, 2012. Dostupné z: ResearchGate, https://www.researchgate.net/publication/263303947_Kvalita_zivota_a_její_modely_v_soucasnem_socialnim_vyzkumu. [citováno 2023-10-14].

VEENHOVEN, Ruut. *The four Qualities of Life*. Online. Journal of Happiness Studies, vol. 1, no. 1, s. 1-33, 2000. Dostupné z: Springer Link, <https://doi.org/10.1023/A:1010072010360>. [citováno 2023-10-14].

HNILICOVÁ, Helena a BENCKO, Vladimír. *Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví*. Online. Praktický lékař, roč. 85, č. 11, s. 656-660, 2005. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2005-11/kvalita-zivota-vymezeni-pojmu-a-jeho-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-5939>. [citováno 2023-09-02].

PAYNE, Jan. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-725-4293-1.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.

HARALDSTAD, K., A. WAHL, R. ANDENÆS, et al. *A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences*. Online. Quality of Life Research, vol. 28, no. 10, s. 2641-2650, 2019. ISSN 0962-9343. Dostupné z: Springer Link, doi: [10.1007/11136-019-02214-9](https://doi.org/10.1007/11136-019-02214-9). [citováno 2023-09-02].

OLIŠAROVÁ, Věra, František DOLÁK a Valérie TÓTHOVÁ. *Kvalita života jako součást ošetrovatelství*. Online. Kontakt, roč. 15, č. 1, s. 14-21, 15.3.20123. ISSN 12124117. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201301-0003_kvalita-zivota-jako-soucask-oseetrovatelstvi.php. [citováno 2023-09-02].

HNILICOVÁ, Helena (ed.). *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.

ŘEHULKOVÁ, Oliva, Evžen ŘEHULKA, Marek BLATNÝ a Jiří MAREŠ (ed.). *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.

ŠOLCOVÁ, Iva a KEBZA, Vladimír. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 21-32. ISBN 80-86625-20-6.

MAREŠ, Jiří (ed.). *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.

Centre for Health Promotion, University Toronto. *The Quality of Life Model*. Online. Quality of Life Research Unit. Dostupné z: http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm. [citováno 2023-10-14].

World Health Organization. *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>. [citováno 2023-10-14].

FAŤUNOVÁ, Zuzana. *Kvalita života*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. 2007. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/10214>. [citováno 2023-10-14].

KŘÍŽOVÁ, Eva. Sociologické podmínky kvality života. In: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 351-364. ISBN 80-7254-657-0.

MAREŠ, Jiří a MAREŠOVÁ, Jana. Paradoxy kvality života, která souvisí se zdravím (HRQL). In: *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008, s. 6-15. ISBN 978-80-7392-073-9.

SLOVÁČEK, Ladislav; SLOVÁČKOVÁ, Birgita; JEBAVÝ, Ladislav; BLAŽEK, Martin a KAČEROVSKÝ, Jaroslav. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. Online. Vojenské Zdravotní listy, roč. 73, č. 1, s. 6-9, 2004. Dostupné z: https://www.mmsl.cz/artkey/mms-200401-0002_the-quality-of-life-in-patients-one-of-the-most-important-parameters-for-the-global-therapy-survey.php. [citováno 2023-12-02].

WHO. *Programme on mental health: WHOQOL user manual*. Online. World Health Organization. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012-3>. [citováno 2023-12-02].

VOSEČKOVÁ, Alena. *Úvod do psychologie zdraví pro studenty sociální práce*. Online. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-294-2.

HAVELKA, Mladen; LUCANIN, Despot, Jasminka a LUCANIN, Damir. *Biopsychosocial model – The integrated approach to health and disease*. Online. Collegium Anthropologicum, vol. 1, no. 33, s. 303-310, 2009. Dostupné z: ResearchGate,

https://www.researchgate.net/publication/24395493_Biopsychosocial_model_-_The_integrated_approach_to_health_and_disease. [citováno 2023-12-02].

DRBAL, Ctibor a BENCKO, Vladimír. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života. In: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 234-241. ISBN 80-7254-657-0.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Online. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci-2/>. [citováno 2023-12-02].

HOLČÍK, Jan. Co má vliv na zdraví. In: *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014, s. 71-76. ISBN 978-80-247-4544-2.

SUHONEN, Riitta; VÄLIMÄKI, Maritta a LEINO-KILPI, Helena. *Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care*. Online. Journal of Advanced Nursing, vol. 50, no. 3, s. 283-292, 2005. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x>. [citováno 2024-01-18].

SCHAFFER, Marjorie A.; KALFOSS, Mary a GLAVIN, Kari. *Public health nursing interventions to promote quality of life in older adult populations: A systematic review*. Online. Journal of Nursing Education and Practice, vol. 7, no 11, s. 92-106, 2017. ISSN 1925-4059. Dostupné z: <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n11p92>. [citováno 2024-01-18].

BAKAS, Tamilyn; AUSTIN, Joan K.; HABERMANN, Barbara; JESSUP, Nenette M.; MCLENNON, Susan M. et al. *Telephone Assessment and Skill-Building Kit for Stroke Caregivers*. Online. Stroke, vol. 46, no. 12, s. 3478-3487, 2015. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.011099>. [citováno 2024-01-18].

LI, Yanen; LIEBEL, Dianne Veronica a FRIEDMAN, Bruce. *An investigation into which individual instrumental activities of daily living are affected by a home visiting nurse intervention*. Online. Age and Ageing, vol. 42, no. 1, s. 27-33, 2013. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/ageing/afs151>. [citováno 2024-01-18].

HUNGER, Matthias; KIRCHBERGER, Inge; HOLLE, Rolf; SEIDL, Hildegard; KUCH, Bernhard et al. *Does nurse-based case management for aged myocardial infarction patients improve risk factors, physical functioning and mental health? The KORINNA trial*. Online. European Journal of Preventive Cardiology, vol. 22, no. 4, s. 442-450, 2014. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/2047487314524682>. [citováno 2024-01-18].

WANG, Lee; CHEN, Chiu-Mei; LIAO, Wen-Chun a HSIAO, Chun-Yin. *Evaluating a community-based stroke nursing education and rehabilitation programme for patients with mild stroke*. Online. International Journal of Nursing Practice, vol. 19, no. 3, s. 249-256, 2013. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ijn.12064>. [citováno 2024-01-18].

IMHOF, Lorenz; NAEF, Rahel; WALLHAGEN, Margaret I.; SCHWARZ, Jürg a MAHRER-IMHOF, Romy. *Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older*. Online. Journal of the American Geriatrics Society, vol. 60, no. 12, s. 2223-2231, 2012. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jgs.12026>. [citováno 2024-01-18].

MCMURRAY, Anne; THEOBALD, Karen a CHABOYER, Wendy. *Researching continuity of care: Can quality of life outcomes be linked to nursing care?* Online. Contemporary Nurse, vol. 16, no. 1-2, s. 51-61, 2014. Dostupné z: <https://doi.org/10.5172/conu.16.1-2.51>. [citováno 2024-01-18].

MOLIN, C. a ARRIGO, C. *Clinical trials and quality of life assessment: The nurses' viewpoint*. Online. European Journal of Cancer, vol. 31, no. 1, s. S8-S10, 1995. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/0959-8049\(95\)00495-5](https://doi.org/10.1016/0959-8049(95)00495-5). [citováno 2024-01-18].

MEGARI, Kalliopi. *Quality of life in chronic disease patients*. Online. Health Psychology Research, vol. 1, no. 3, s. 141-148, 2013. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768563/>. [citováno 2024-01-18].

JAROŠOVÁ, Darja a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5345-4.

VARRICCHIO, Claudette G. a FERRANS, Carol Estwing. *Quality of Life Assessments in Clinical Practice*. Online. Seminars in Oncology Nursing, vol. 26, no. 1, s. 12-17, 2010. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2009.11.003>. [cit. 2024-03-09].

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Efektivní ošetrovatelské intervence

PŘÍLOHY

Příloha 1: Efektivní ošetrovatelské intervence

Tabulka 4: Efektivní ošetrovatelské intervence

Efektivní ošetrovatelské intervence na ovlivnění kvality života pacienta	
Kroky k poskytnutí efektivních intervencí	Příklady efektivních intervencí
Vymezte si dostatek času na pacienta.	Poskytování rad a ošetrovatelské péče po telefonu.
Zajímejte se o všechny oblasti v jeho životě od fyzického zdraví ke spiritualitě až k sociálního zázemí.	Provádění ošetrovatelské péče pomocí domácích návštěv u pacienta.
Zajímejte se i o rodinné příslušníky pacienta.	Vzdělávání pacientů v oblasti: onemocnění, rekonvalescence, zdravého životního stylu, podpůrných skupinách.
Přístupujte k pacientovi individuálně.	Využití pomůcek k sebepéči, k soběstačnosti.
Vyhodnoťte kvalitu života správným měřícím nástrojem.	Úprava domácího prostředí.
Konzultujte výsledek měření s pacientem a naplánujte s ním postup pro zlepšení.	Začlenění pacienta do sociálního života, odstranění překážek.
Dejte prostor pacientovi se rozhodnout na léčbě a péči.	Vyčlenění prostoru na obavy nemocného a poskytnutí rad ohledně psychické oblasti.
Realizujte individuální ošetrovatelské intervence na oblasti, ve kterých pacient pociťuje deficit.	Poskytování podpory a rad pro rodinné pečovatele.

Využívejte alternativní možnosti k dosažení cíle zlepšení kvality života (telefonické spojení, domácí návštěvy, školení).	
Podějte pacientovi dostatek informací o onemocnění, alternativách, následné rekonvalescenci.	
Nechte prostor pro otázky a komunikaci s pacientem.	
Proveďte opakované měření kvality života po určité době.	
Vyhodnoťte výsledky měření kvality života, konzultujte je s pacientem a případně upravte zaměření intervencí.	