

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Kateřina Smékalová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Kateřina Smékalová

OŠETŘOVATELSKÉ MODELY KVALITY ŽIVOTA

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, Ph.D.

PLZEŇ 2024

Místo tohoto listu bude v tištěné verzi KP vloženo zadání BP/DP s razítkem.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne xx. 3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Smékalová Kateřina

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelské modely kvality života

Vedoucí práce: PhDr., Mgr., Jitka Krocová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 40

Počet stran – nečíslované: 12

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: Modely kvality života, konceptuální modely života, kvalita života, ošetrovatelské modely, ošetrovatelství.

Souhrn:

Předkládaná bakalářská práce prezentuje přehled používaných resp. existujících modelů kvality života používaných oborem ošetrovatelství. Kvalifikační práce je v souladu s cíli zpracována jako přehledová práce, autory práce byla provedena analýza dostupných publikovaných zdrojů relevantní k řešené problematice a výstupem z kvalifikační práce je zmapování přehledových modelů kvality života užívaných v ošetrovatelství a přehled dimenzí jednotlivých modelů kvality života.

Abstract

Surname and name: Kateřina Smékalová

Department: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Ošetrovatelské modely kvality života

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 40

Number of pages – unnumbered: 12

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 33

Keywords: Quality of life models, conceptual models of life, quality of life, nursing models, nursing.

Summary:

The submitted bachelor thesis presents an overview of the utilized or existing model of quality of life used in the field of nursing. The thesis is structured in accordance with the objectives and is crafted as a review article. The authors conducted an analysis of available published sources relevant to the addressed issues. The outcome of the qualification work is the summarization of review models of quality of life employed in nursing and an overview of the dimensions of individual quality of life models.

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Mgr. Jitka Krocové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad, podkladů a za její drahocenný čas. Dále děkuji pracovníkům LOREM Ipsum za poskytování odborných rad. Kvalifikační práce byla financována z XY.

OBSAH

| | |
|--|----|
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 10 |
| SEZNAM TABULEK | 11 |
| SEZNAM ZKRATEK | 12 |
| ÚVOD..... | 13 |
| 1 FORMULACE PROBLÉMU | 16 |
| 2 CÍL PRÁCE..... | 17 |
| 2.1 Výzkumné otázky | 17 |
| 3 METODIKA | 18 |
| 3.1 Postup řešeršní strategie..... | 18 |
| 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..... | 19 |
| 3.2.2 Vylučovací a zahrnovací kritéria | 19 |
| 4 REVIEW/PŘEHLEDOVÝ TEXT | 21 |
| 4.1 Model Wilson a Cleary | 21 |
| 4.1.1 Vývoj modelu | 21 |
| 4.1.2 Interakce a vztahy popsané modelem..... | 21 |
| 4.1.3 Klíčové součásti Wilsonova a Clearyho modelu..... | 21 |
| 4.1.4 Aplikace modelu..... | 22 |
| 4.2 Model Ferrans a kolegové..... | 23 |
| 4.2.1 Vývoj modelu | 23 |
| 4.2.2 Klíčové složky modelu | 23 |
| 4.2.3 Hodnocené domény modelu | 24 |
| 4.2.4 Bodování a interpretace | 24 |
| 4.2.5 Aplikace modelu..... | 24 |
| 4.3 WHO Světová organizace a nástroje pro kvalitu života (WHOQOL)..... | 25 |
| 4.3.1 Vývoj a standardizace modelu..... | 25 |
| 4.3.2 Hodnocené domény modelu | 26 |
| 4.3.3 Aplikace modelu..... | 26 |
| 4.4 Systémový model Neumanové | 30 |
| 4.4.1 Domény Neumanové modelu | 30 |
| 4.4.2 Koncepční rámec modelu | 30 |
| 4.4.3 Intervence Neumanové modelu..... | 31 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.4.4 | Aplikace Neumanova modelu | 32 |
| 4.5 | EQ-5D nebo EuroQol-5 Dimensions | 34 |
| 4.5.1 | Jednotlivé domény modelu | 34 |
| 4.5.2 | Koncepční rámec modelu | 35 |
| 4.5.3 | Klinický význam a aplikace modelu | 35 |
| 5 | VÝSLEDKY | 38 |
| 5.1 | Ošetřovatelské modely kvality života | 38 |
| 5.1.1 | Model Wilson a Cleary | 38 |
| 5.1.2 | Model Ferrans a spol. | 39 |
| 5.1.3 | WHO Světová organizace a nástroje pro kvalitu života (WHOQOL) | 40 |
| 5.1.4 | Systematický model Betty Neumanové | 40 |
| 5.1.5 | EQ-5D nebo EuroQol-5 Dimensions | 41 |
| | DISKUZE | 42 |
| | ZÁVĚR | 46 |
| | SEZNAM LITERATURY | 47 |
| | PŘÍLOHY | 51 |
| | PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH MODELŮ KVALITY ŽIVOTA | 51 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 Wilson a Cleary koncepční model | 22 |
| Obrázek 2 Ferrans and Powers Quality of Life Index, SpringerLink..... | 24 |
| Obrázek 3 Dotazník WHOQOL-BREF | 27 |
| Obrázek 4 Dotazník WHOQOL | 27 |
| Obrázek 5 Dotazník WHOQOL-BREF | 28 |
| Obrázek 6 Dotazník WHOQOL-BREF | 28 |
| Obrázek 7 Bodování dotazníku WHOQOL-BREF | 29 |
| Obrázek 8 Systémový model Betty Neumanový..... | 33 |
| Obrázek 9 Dotazník modelu EQ-5D | 37 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Grafické znázornění vyhodnocení získaných dat | 20 |
| Tabulka 2 Přehled ošetřovatelských modelů kvality života | 51 |

SEZNAM ZKRATEK

Atd.....A tak dále

EQ..... Educational quotient

EQ-5D..... EuroQol-5 Dimensions

HRQL..... Health-related quality of life

HRQOL.....Health related quality of life

KŽ.....Kvalita života

NSM.....Neuman systémový model

QALYThe quality-adjusted life year

QLI.....Quality life index

QOL.....Quality of life

VAS.....Visuální analgová škála

WHO..... Světovou zdravotnickou organizací

WHOQOL Světovou zdravotnickou organizací a nástroje pro kvalitu života

ÚVOD

Koncept kvality života byl jako pojem objeven na začátku 20. století a byla spojena se sociálním zabezpečením a ekonomikou. Tento termín se začal více objevovat až po druhé světové válce. V té době WHO (World Health Organization – Světová zdravotnická organizace) do definice zdraví zahrнула fyzickou, duševní a sociální pohodu, a začaly vznikat politické iniciativy a sociální hnutí, což byla reakce na růst sociální nerovnosti (Vaňurová a Mühlpachr, 2005).

Pojem kvalita života jak uvádí Heřmanová (2012) je v současné době používán jak politiky a laiky, tak se také objevuje v rámci různých vědních oborů. Téma kvality života zahrnuje neexistence jediné všeobecně uznávané definice. Existuje více pojmů, za které bývá kvalita života zaměňována, ale nejsou zcela přesně definovány (pocit pohody, štěstí a sociální pohoda). Podle Heřmanové (2012) je kvalita života pojem, který je relativně nový z toho důvodu, že se do povědomí veřejnosti dostal až v 60. letech minulého století. Kvalita života považuje za interdisciplinární, což znamená, že věnuje pozornost i v jiných oborech (etika, psychologie, teologie, sociologie a medicína), a je také i multidimenzionální, kdy můžeme pojmut tento pojem z mnoha ohledů – psychologické, sociologické, medicínské atd. Heřmanová (2012).

Kvalita života (QOL) se v posledních letech stala kriticky důležitým pojmem i ve zdravotnické péči, která zahrnuje zdravotnické, ekonomické, environmentální, demografické i doplňkové ukazatele. Kdy mezi zdravotnické ukazatele patří: naděje na dožití (muži a ženy), živě narození či mrtvě narození, zemřelí nebo rozhodování např. ukončení života při udržující léčby nebo debatách o asistované sebevraždě lékařem. QOL se také používá k rozhodování statistik služeb zdravotní péče, jako například v novém systému zdravotní péče. (Křupka aj. 2010)

Cílem této teoretické bakalářské práce je zmapovat použité (nebo existující) ošetrovatelské modely kvality života a popsat jejich součásti a dimenze.

Vstupní studijní literatura

1. EUROQOL; *EQ-5D-5L*. Online. (2019). Dostupné z: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>. [cit. 2024-02-27].
2. FAWCETT, Jacqueline. (2016). *Aplikace koncepčních modelů ošetrovatelství*. Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-8005-6.
3. FERRANSOVÁ, Carol, Estwing; ZERWIC, Julie, Johnson; WILBUROVÁ, Jo, Ellen; LARSONOVÁ, Janet, L. (2005). *Koncepční model kvality života související se zdravím: Koncepční model kvality života související se zdravím*. Online. PubMed. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16396406/>. [citováno 2024-02-27].
4. GURKOVÁ, Elena; ŽIAKOVÁ, Katarína. (2004). *Konceptualizácia kvality života v ošetrovatel'stve*. Online. Profese online. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-200902-0003_KONCEPTUALIZACIA_KVALITY_ZIVOTA_V_OSETROVATE_STVE.php. [citováno 2024-02-27].
5. HEŘMANOVÁ, Eva. (2012). *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Online. ResearchGate. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/263303947_Kvalita_zivota_a_jeji_modely_v_soucasnem_socialnim_vyzkumu/references. [citováno 2024-02-27].
6. JAROŠOVÁ, Darja; ZELENÍKOVÁ, Renáta. (2014). *Ošetrovatelství založené na důkazech*. Evidence based nursing. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.
7. NEUMAN, Betty. (1983). *Neumanův systémový model*. Online. Nurselabs. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/betty-neuman-systems-model-nursing-theory/>. [citováno 27. února 2024].
8. OLÍŠAROVÁ, Věra; DOLÁK, František; TÓTHOVÁ, Valérie. (2013). *Kvalita života jako součást ošetrovatelství*. Online. Časopis Kontakt Dostupné z: http://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201301-0003_kvalita-zivota-jako-soucast-oseetrovatelstvi.php. [citováno 2024-02-27].
9. VAĐUROVÁ, Helena.; MÜHLPACHR, Pavel. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno. Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.

10. VAHED, Shahrum. (2010) *Stupnice kvality života Světové zdravotnické organizace (WHOQOL-BREF): Analýza vlastností teorie odezvy na položku na základě modelu odstupňovaných reakcí.* Online. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395923/>. [citováno 2024-02-27].
11. WILSON, Martha, E; CLEARLY Patricia W. (1995). *Propojení klinických proměnných s kvalitou života související se zdravím: Koncepční model výsledků pacientů.* PubMed. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7996652/>. [citováno 2024-02-27].

1 FORMULACE PROBLÉMU

Kvalita života se stala v posledních přibližně 30 letech velice používaným pojmem, který se odborná zdravotnická veřejnost i odborníci z oblasti sociální snaží vyjádřit komplexní přístup jak ke konkrétní osobě, tak k celým populačním skupinám i k životnímu prostředí. Můžeme zaznamenat značný nárůst zájmu o problematiku kvality života. Tuto skutečnost dokazuje například počet registrovaných referencí v databázi MEDLINE (Gurková 2011).

O kvalitu života (KŽ) je možné hovořit v dynamickém či statickém pojetí. Dynamické pojetí hodnotí a porovnává KŽ za delší časové období, zatímco statické pojetí podává sdělení o životě lidí k určitému časovému údaji (Křivohlavý 2004). Obecně je možné říct, že KŽ je ovlivněna individuálním duševním zdravím, stupněm nezávislosti, fyzickým a sociálním vztahem k životnímu prostředí a dalšími faktory. K hodnocení tedy závisí na hodnotovém systému každého člověka a vnějších faktorech. Pokud jsou dobré okolnosti nebo podmínky určují vysokou KŽ, ale pokud se tyto podmínky liší například spokojenost jednotlivců, tak se také liší i kvalita života.

Koncepční modely kvality života byly proto vytvořeny a neustále modelovány v ošetrovatelství, kdy hodnotí a napomáhají ke zlepšení kvality života ve zdravotnické péči. Tyto modely patří k udržení podpory a navrácení zdraví jedinci, stejně jako rozvoj soběstačnosti a mírnění utrpení nevléčitelně nemocným. Pro splnění těchto cílů nestačí pouze důsledně realizovat předepsané postupy, ale je nutné přihlížet i k individualitě jedince, k jeho specifickým potřebám a preferencím.

Model Wilson a Cleary (1995), Ferrans a kol. (2005), kdy model Ferranse a spol. byl revizí Wilsonova a Clearyho modelu nebo Světová zdravotnická organizace (WHO) (2010) a dalších jiných modelů, který se zabývají o hodnotě a měření kvality života v ošetrovatelství jako je například The Neuman Systems Model (Model Neumanových systémů) (1983), kdy tento model zdůrazňuje význam udržení optimálního zdraví dosažením rovnováhy mezi stresory a zdroji, který je nápomocný i pro zdravotnický personál a vede k posílení zvládnání stresorů na pracovišti. EQ-5D neboli EuroQol-5 Dimensions (2019) je široce používaný model pro měření kvality života, kdy poskytuje jednoduché a obecné hodnocení a měření zdravotního stavu v pěti dimenzích a je použitelný pro širokou škálu jak tedy pro zdravotní stavy, tak i pro léčebné postupy (Bakas 2012).

2 CÍL PRÁCE

Cílem výzkumu je zmapovat a sumarizovat poznatky o používaných (nebo existujících) ošetrovatelských modelů kvality života a popsat jejich součásti a dimenze.

2.1 Výzkumné otázky

Jaké dimenze nebo součásti obsahují ošetrovatelské modely kvality života?

3 METODIKA

3.1 Postup rešeršní strategie

Studie do naší bakalářské práce byly vyhledávány v elektronických databázích na téma ošetrovatelství a koncepční modely kvality života. Předem byly zvoleny klíčová slova a stanoveno časové období, ve kterém byly články vyhledávány. V prvním kroku byly vyřazeny studie, které podle názvu nesouviseli s vyhledávaným tématem, poté byly pročitány abstrakty u publikací a na závěr u zvolených publikací byly důkladně pročteny jejich obsahy. Vyhovující studie byly potom zařazeny do naší bakalářské práce.

3.1.1 Klíčová slova

Pro potřeby rešerše jsme zvolili klíčová slova, které zahrnují modely kvality života, konceptuální modely života, kvalita života, ošetrovatelské modely, ošetrovatelství.

Keys words: Quality of life models, conceptual models of life, quality of life, nursing models, nursing.

3.1.2 Časové období

Kritérium časového období pro vyhledávání zdrojů bylo více jak deset let z důvodu odkazů, které jsou staršího data. Proto publikace byla zvolena v rozmezí od roku 2004 do roku 2023.

3.1.3 Informační zdroje a databáze

Informační zdroje byly vyhledávány v databázích na základě klíčových slov: PubMed, Medvik, Google Scholar, Nursing Ovid, Medline a ResearchGate. Čerpáno bylo plnotextových zdrojů, přehledových studií a z rešerší, které byly z Národní lékařské knihovny.

3.2 Hodnocení relevance vyhledaných vědeckých důkazů

Od října 2023 do ledna 2024 byly vhodné zdroje vyhledávány v databázích zaměřené na publikace medicínský a ošetrovatelské studie. Byla stanovena relevantní kritéria a to rok vydání v rozmezí 2004 a rok 2023, kdy studie měly plnotextovou dostupnost a odpovídaly abstraktu, kterým jsme zvolili pod vyhledávání zvoleným klíčovým slovům. Další kritérii byly texty v českém a anglickém jazyce. Celkem bylo nalezeno 264 studií, článků a knih v rámci PubMed, SpringLink, Nursing Ovid, Medline a ResearchGate. Poté byly pročteny abstrakty a další nevyhovující články byly vyřazeny, neboť nesplňovaly

stanovená kritéria. Nakonec byl důkladně prozkoumán obsah a zhodnocena kvalita studie. Z toho z nich odpovídaly pouze 15 článků a studií, které bylo použito v bakalářské práci.

V rámci Nursing Ovid byly vybrány 2 články, pro další vhodné studie bylo vybráno ze sociální platformy PubMed a to přesně 4 studie. Z databáze SpringLink byly nalezeny 2 studie, které odpovídaly klíčovým slovům pro bakalářskou práci. Další sociální platformou ResearchGate bylo zařazeno další 4 články, které odpovídaly pro práci. Poslední platformou byl Medline, kdy bylo nalezeno 1 relevantní studie a ScienceDirect byly nalezeny 2 studie, pro zařazení naší bakalářské práci.

3.2.1 Hodnocení kvality studií

Po vyhledání vhodných studií bylo nutné roztrždit články a zhodnotit, zda splňují stanovená kritéria. Nezbytně bylo vyřadit ty články, které neodpovídají klinické otázce. Už v první fázi třídění bylo patrné, které studie budou vhodné pro výzkum a pro klinickou praxi. Bylo důležité určit typ studie. Podle hierarchie důkazů pro studie intervencí jsou výzkumy rozděleny do sedmi úrovní kvality: systematický přehled a metaanalýza, randomizovaná kontrolovaná studie, kontrolovaná studie bez randomizace, studie případů a kontrol nebo kohortová studie, systematický přehled kvalitativních nebo deskriptivních studií, kvalitativní nebo deskriptivní studie.

Metaanalýzi hodnocených studií a vybrána 1 a podle hierarchie důkazů se nachází v 1. úrovni kvality důkazů. Randomizované studie byly zařazeny 4, nacházející se v 2. úrovni kvality důkazů. Přehledové studií bylo zařazeno celkem 10 a jsou 5. úrovni kvality důkazů. Průřezové studie jedna studie byla zařazena do 1. úrovni kvality důkazů a druhá studie byla zařazena do 6. úrovni kvality důkazů. Hodnocení studií v naší práci bylo dle Jarošové a Zalinkové (2014).

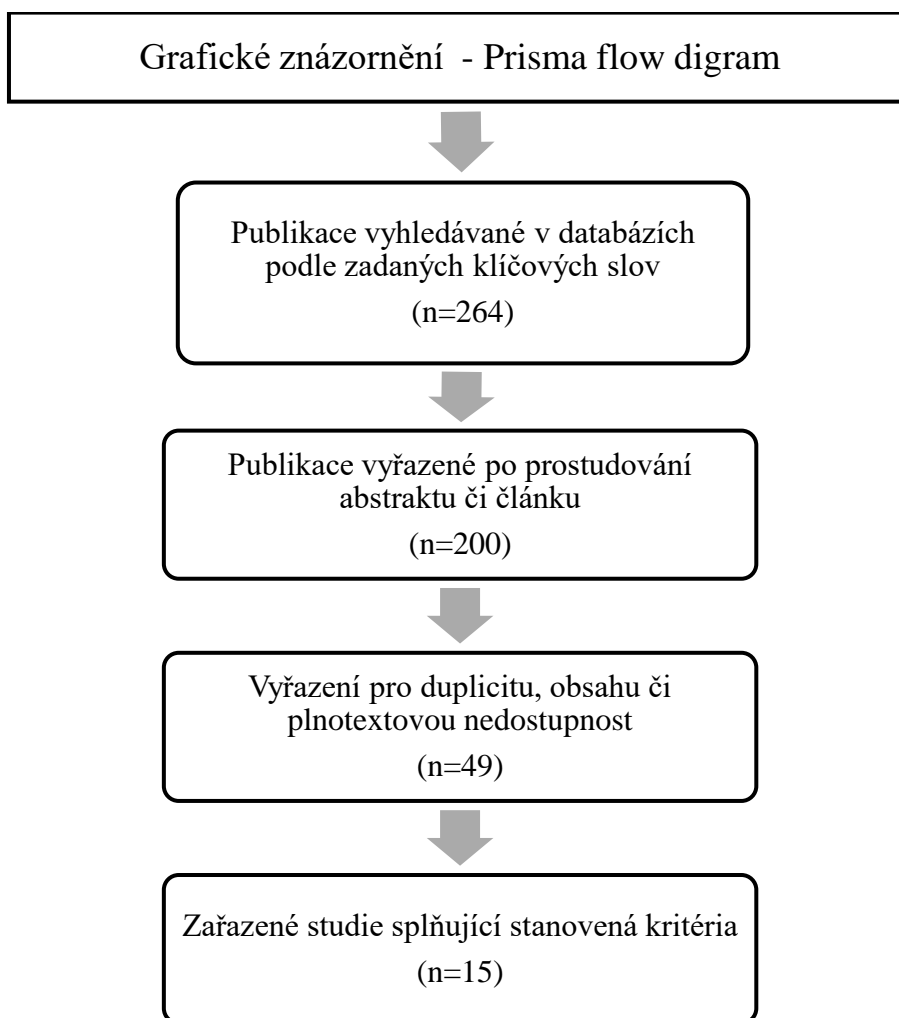
3.2.2 Vylučovací a zahrnovací kritéria

Byly vyloučeny články, které se výrazně nezabývaly intervencemi v oblasti ošetrovatelských modelů kvality života a do výběru byly zařazeny pouze studie zaměřené na dospělé jedince. Kritéria pro vyhledání zahrnovala: dostupnost plnotextového článku, publikace v českém nebo anglickém jazyce a odborný charakter článků. Zahrnuty byly přehledové studie metaanalýzy a průřezové studie. Pro vyřazení studií bylo: vyhovující obsah, nedostupnost plného textu a duplicita práce.

Celkem bylo v databázích na základě stanovených klíčových slov nalezeno 264 studií, které obsahují název autora, cíle daného výzkumu, velikost souboru daného záznamu a zjiště-

ní výsledků studií. Po prostudování abstraktů, vyloučení nevyhovujících, duplicitních článků a nepřítomnosti celého článku bylo zařazeno 15 studií, které jsou zaměřené na zmapování existujících ošetrovatelských modelů kvality života. Tyto studie se zabývají tématem vývoje, klíčových složek či dimenzí, intervencí a aplikací ošetrovatelských modelů kvality života.

Tabulka 1 Grafické znázornění vyhodnocení získaných dat



Zdroj: Vlastní, 2024

4 REVIEW/PŘEHLEDOVÝ TEXT

4.1 Model Wilson a Cleary

4.1.1 Vývoj modelu

Wilson a Cleary v roce 1995 navrhli koncepční model kvality života související se zdravím (HRQOL), který integruje biologické i psychologické aspekty zdravotních výsledků. V jejich modelu je pět různých úrovní, jmenovitě fyziologické faktory, stav symptomů, funkční zdraví, celkové vnímání zdraví a celková kvalita života. Jejich model byl široce aplikován na různé populace, včetně pacientů žijících s rakovinou, Parkinsonovou chorobou, artritidou a HIV+/AIDS (Ojelabi 2017).

4.1.2 Interakce a vztahy popsané modelem

Tento model navrhuje dynamické interakce a vztahy mezi jednotlivými složkami, což naznačuje, že změny v jedné složce mohou ovlivnit ostatní. Například zlepšení biologických a fyziologických faktorů může vést ke snížení symptomů, což může následně zlepšit funkční stav a celkové vnímání zdraví, což nakonec vede ke zlepšení celkové kvality života. Naopak zhoršení jedné složky může mít negativní dopad na ostatní, což vede ke zhoršení celkové QOL (Ojelabi 2017).

4.1.3 Klíčové součásti Wilsonova a Clearyho modelu

Biologické a fyziologické faktory jsou jádrem modelu, včetně genetických predispozic, patologie onemocnění a fyziologického fungování. Tyto faktory ovlivňují zdravotní stav jedince a přispívají k rozvoji symptomů a výsledků souvisejících se zdravím.

Symptomy, které představují subjektivní prožitek nemoci nebo nepohodlí se mohou projevovat v různých formách, jako je bolest, únava, nevolnost nebo dušnost. Příznaky mohou vznikat přímo z biologických a fyziologických faktorů nebo jako důsledek onemocnění či vedlejších účinků souvisejících s léčbou.

Funkční stav označuje schopnost jedince vykonávat činnosti denního života, zapojovat se do sociálních interakcí a účastnit se smysluplných aktivit. Zahrnuje fyzické, kognitivní, emocionální a sociální fungování a je ovlivněn jak biologickými faktory, tak zátěží symptomů.

Obecné vnímání zdraví, kdy celkové vnímání zdraví odráží subjektivní hodnocení celkového zdravotního stavu jednotlivce, včetně pocitu pohody, vitality a celkové kvality

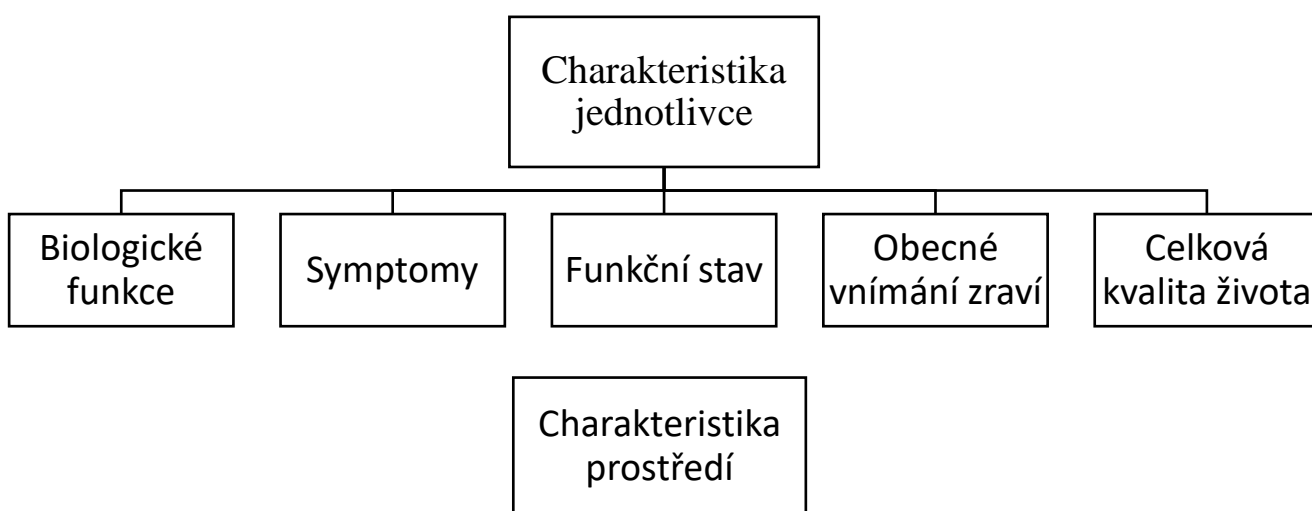
života související se zdravím. Toto vnímání je ovlivněno biologickými, fyziologickými a psychosociálními faktory a může ovlivnit strategie zvládnání a zdravotní chování jedince.

A nakonec celková kvalita života, která představuje subjektivní hodnocení životní pohody jednotlivce ve více dimenzích života. Jak už zmínil Ojelabi (2017) ve studii QOL zahrnuje fyzické, psychologické, sociální a environmentální aspekty a odráží spokojenost jedince s životními okolnostmi a schopnost dosáhnout osobních cílů a aspirací. Jejich koncepční model byl však prozkoumán jen částečně. To znamená, že pět hlavních konceptů nebylo zkoumáno současně.

4.1.4 Aplikace modelu

Pomocí modelování strukturních rovnic byl Wilsonův a Clearyho HRQOL model ověřen u pacientů s HIV ze studie AIDS Time-Oriented Health Outcomes Study. Výsledky ukázaly, že model HRQOL odpovídá datům adekvátně a na základě modifikačních indexů byl specifikován alternativním modelem spojující stav symptomů přímo s celkovým vnímáním zdraví a celkovou kvalitou života (Sousa 2006).

Obrázek 1 Wilson a Cleary koncepční model



4.2 Model Ferrans a kolegové

4.2.1 Vývoj modelu

V roce 2005 Ferrans, Zerwic, Wilbur a Larson navrhli konceptuální model kvality života souvisejícím se zdravím (HRQOL), aby vysvětlily konstrukty spojené s HRQOL a popsali asociace mezi nimi. V tomto systematickém přehledu se autoři zaměřili na popis empirických studií, které použila Ferrans a spol. a prozkoumávala databáze souvisejících s předpokládanými koncepty modelu. Model byl vyvinut na základě přijetí individualistické ideologie, která uznává, že kvalita života závisí na jedinečné životní zkušenosti každého člověka (Ferrans aj. 2005).

V souladu s touto ideologií byla kvalita života definována jako spokojenost s aspekty života, které jsou pro jednotlivce důležité. Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI). Aby mohly být studie zařazeny, musely používat model jako teoretický rámec a musely být publikovány v angličtině v letech 2005 až 2020. Typy použití teorie byl kódován pomocí čtyř označení: informovaná teorie, aplikovaná teorie, testování teorie a budování teorie. Zahrnuto bylo 31 studií. Většina studií se týkala dospělých pacientů s chronickým onemocněním a byly demonstrovány v západních zemích. (Duangchan a Matthewsová 2021)

Ze sedmi konceptů modelu Ferranse a spol. bylo testováno všech 20 předpokládaných asociací a 19 z nich bylo podpořeno výsledky studií, které byly podporovány mezi symptomy a funkčním stavem, charakteristikami prostředí a kvalitou života, individuálními charakteristikami a funkčními stavy (Duangchan 2021).

4.2.2 Klíčové složky modelu

Model Ferranse a kol. používaly dvě hlavní složky a to jsou hodnocení důležitosti a hodnocení spokojenosti. Hodnocení důležitosti hodnotí důležitost, kterou jednotlivci přikládají různým oblastem nebo aspektům života, jako je zdraví, vztahy, práce, volný čas a životní prostředí. Respondenti hodnotí důležitost jednotlivých oblastí na škále od 1 (vůbec ne důležité) do 3 (velmi důležité). Hodnocení spokojenosti, kdy tato složka měří spokojenost jednotlivců s jednotlivými oblastmi nebo aspekty života a respondenti hodnotí svou spokojenost s každou oblastí na škále od 1 (velmi nespokojen) do 7 (velmi spokojen) (Bakas 2012)

4.2.3 Hodnocené domény modelu

QLI hodnotí spokojenost a důležitost v několika oblastech života, včetně zdraví, fungování, sociální a rodinné vztahy, psychická a emocionální pohoda, profesní a odborné postavení, ekonomickou a materiální pohodu, volný čas a rekreace a naposledy životní prostředí a komunita (Jang 2019).

4.2.4 Bodování a interpretace

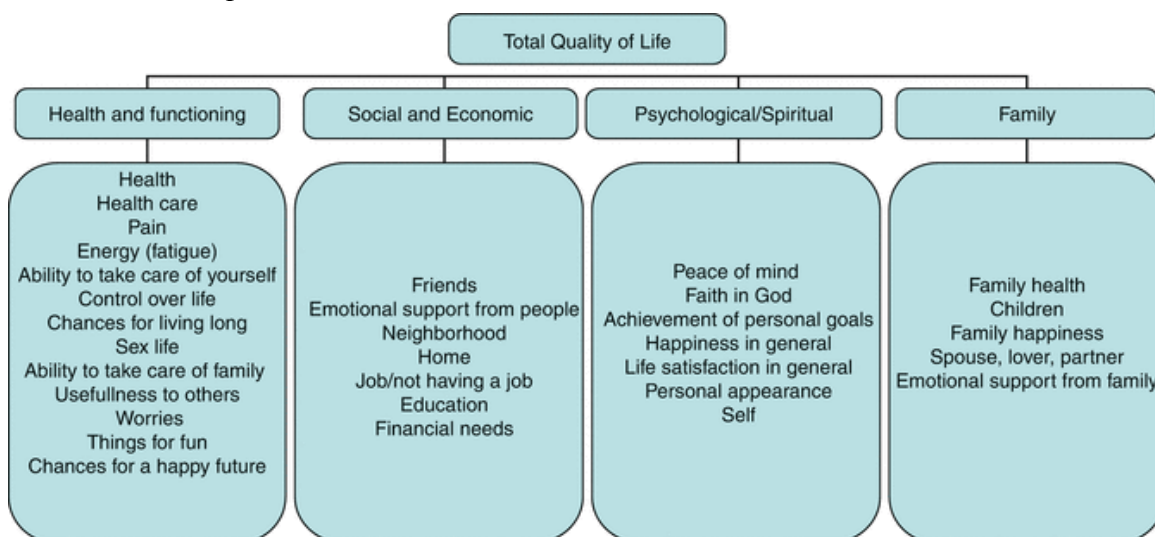
Skóre v QLI se vypočítává zvlášť pro každou oblast života vynásobením hodnocení důležitosti a hodnocení spokojenosti. Skóre se pohybuje od 1 do 21, přičemž vyšší skóre znamená větší spokojenost a důležitost v dané oblasti. Celkové skóre kvality života lze také vypočítat součtem skóre ve všech hodnocených doménách (Jang 2019).

4.2.5 Aplikace modelu

QLI se široce používá v klinické praxi, výzkumu a hodnocení programů k posouzení kvality života jednotlivců a k identifikaci oblastí, které je třeba zlepšit. Používá se u různých skupin obyvatel a v různých prostředích, včetně zdravotnictví, psychologie, sociální práce a rehabilitace. QLI poskytuje cenné poznatky o tom, jak jednotlivci vnímají svou pohodu a spokojenost s různými aspekty svého života, a pomáhá tak řídit intervence a podpůrné služby zaměřené na zvýšení kvality života.

Souhrnně lze říci, že Ferransův a Powersův index kvality života (QLI) je dobře zavedený nástroj pro hodnocení kvality života ve více oblastech. Jeho komplexní a vícerozměrný přístup z něj činí cenný nástroj pro pochopení subjektivní pohody jednotlivců a pro vedení intervencí zaměřených na zlepšení kvality života (Bakas 2012).

Obrázek 2 Konceptní model Ferrans a kol.



4.3 WHO Světová organizace a nástroje pro kvalitu života (WHOQOL)

WHO je souborem standardizovaných nástrojů vyvinutých Světovou zdravotnickou organizací (2012) k hodnocení kvality života (QOL) v různých kulturních prostředích i u různých populací. Tyto nástroje jsou určeny k měření subjektivního vnímání fyzického zdraví, psychické pohody, sociálních vztahů a faktorů prostředí jednotlivci.

4.3.1 Vývoj a standardizace modelu

Nástroje WHOQOL byly vyvinuty na základě spolupráce výzkumníků z různých zemí a kulturních prostředí. Cílem bylo vytvořit opatření, která jsou kulturně citlivá, jazykově vhodná a platná pro různé skupiny obyvatel. Pro zajištění spolehlivosti a platnosti nástrojů bylo provedeno rozsáhlé testování v terénu a psychometrické analýzy (The WHOQOL Group, Division of Mental Health 1995)

Ve své knize Fayerweatherové (1991) zmiňuje, že ověřila americkou verzi WHO nástroj kvality života, který uplatňuje přístup založený na spolupráci, která zahrnuje odborníky, výzkumné pracovníky, tvůrce politik a zúčastněné strany z celého světa při vývoji a standardizaci nástrojů a rámců souvisejících se zdravím. Tento přístup zajišťuje, že jsou zohledněny různé perspektivy a výsledné produkty jsou relevantní a použitelné v různých kulturních kontextech a prostředích.

Vývojové procesy v organizacích WHO jsou založeny na postupech a zásadách založených na důkazech. To zahrnuje syntézu existujících důkazů, provádění systematických přehledů a konzultace s odborníky, které slouží jako podklad pro vývoj pokynů, nástrojů a intervencí. Důraz je kladen na začlenění nejlepších dostupných důkazů do doporučení a strategií pro zlepšení zdravotních výsledků (Fayerweather 1991).

WHO používá přísné revizní postupy, aby zajistila kvalitu, platnost a spolehlivost vytvořených produktů. To zahrnuje vzájemné hodnocení odborníky v dané oblasti, externí konzultace se zúčastněnými stranami a koncovými uživateli a pilotní testování v reálných podmínkách pro posouzení proveditelnosti a účinnosti. Zpětná vazba od zúčastněných stran a koncových uživatelů je pečlivě zvažována a zapracovávána do konečných produktů, aby se zvýšila jejich relevance a použitelnost (Hodnocení kvality života Světovou zdravotnickou organizací (WHOQOL 1995).

Organizace WHO uznávají rozmanitost kulturních, sociálních a ekonomických podmínek na celém světě a při vývoji a standardizaci zdravotnických nástrojů a rámců dá-

vají přednost kulturní citlivosti a přizpůsobení. To zahrnuje konzultace se zástupci různých regionů a komunit, aby bylo zajištěno, že produkty jsou kulturně vhodné, jazykově přístupné a respektují místní zvyky a přesvědčení (Bakas 2012).

Organizace WHO investují do budování kapacit a školení s cílem zlepšit dovednosti a znalosti zdravotnických pracovníků, výzkumných pracovníků a tvůrců politik zapojených do procesů vývoje a standardizace. To zahrnuje poskytování technické pomoci, seminářů a školicích programů na témata, jako jsou výzkumné metody, analýza dat a věda o implementaci, s cílem posílit kapacitu jednotlivců a institucí přispívat ke globálnímu úsilí v oblasti zdraví (WHOQOL 1995).

Globální spolupráce a partnerství, kdy WHO spolupracuje s dalšími mezinárodními organizacemi, vládními agenturami, nevládními organizacemi a akademickými institucemi, aby využila společné odborné znalosti a zdroje při vývoji a standardizaci zdravotnických nástrojů a rámců. Tento přístup založený na spolupráci podporuje součinnost, sdílení znalostí a zvyšuje dopad globálních iniciativ v oblasti zdraví (World Health Organization 2012).

4.3.2 Hodnocené domény modelu

Každá verze nástrojů WHOQOL hodnotí kvalitu života ve více oblastech, včetně fyzického zdraví, psychické pohody, sociálních vztahů a faktorů prostředí. Oblasti fyzického zdraví zahrnuje aspekty, jako jsou činnosti denního života, mobilita, bolest a úroveň energie, a poskytuje tak komplexní hodnocení fyzického fungování a pohody jednotlivců. Psychické pohody hodnotí emoční a duševní zdraví jednotlivců, včetně pocitů štěstí, sebeúcty, spirituality a strategií zvládnutí, a nabízí tak pohled na jejich psychickou odolnost a pohodu (World Health Organization 2012).

V okruhu sociálních vztahů zkoumá kvalitu sociálních interakcí jednotlivců, včetně sociální podpory, mezilidských vztahů a sociální integrace, a zdůrazňuje význam sociálních vazeb a podpůrných sítí. Faktory prostředí hodnotí spokojenost jednotlivců s jejich životním prostředím, včetně bezpečnosti, dostupnosti, finančních zdrojů, přístupu ke zdravotní péči a možností trávení volného času a rekreace, a poskytuje tak vhled do kontextuálních faktorů, které ovlivňují kvalitu jejich života (World Health Organization 2012).

4.3.3 Aplikace modelu

Nástroje WHOQOL- BREF se široce používají ve výzkumu, klinické praxi a v oblasti veřejného zdraví k hodnocení kvality života, hodnocení intervencí a politickým rozhodnutím.

Byly použity v různých populacích a prostředích a poskytují cenné poznatky o subjektivním vnímání pohody jednotlivci a pomáhají identifikovat oblasti pro zlepšení zdravotních a sociálních služeb. Tím, že nástroje WHOQOL-BREF zachycují pohled jednotlivců na kvalitu života, přispívají k holističtějšímu chápání zdraví a pohody a usměrňují úsilí o podporu optimálního fungování a kvality života jednotlivců a komunit na celém světě. (Greenspace Mental Health 2024)

Obrázek 3 Dotazník WHOQOL-BREF

| | |
|---|------------------------------------|
| Jak moc byste hodnotil vaši kvalitu života? | Jste spokojený se svým zdravím? |
| 1 = Velmi chudý | 1 = Velmi nespokojený |
| 2 = Chudý | 2 = Nespokojený |
| 3 = Ani špatný, ani dobrý | 3 = Ani nespokojený, ani spokojený |
| 4 = Dobrý | 4 = Spokojený |
| 5 = Velmi dobrý | 5 = Velmi spokojený |

Zdroj: Greenspace Mental Health, 2024

Následující otázky se týkají toho, **jak moc** jste zažili určité věci za poslední dva týdny.

Následující otázky se vás ptají na to, **jak úplně** jste zažili nebo byli schopni dělat určité

Obrázek 4 Dotazník WHOQOL

| | | Not at all | A little | Moderately | Mostly | Completely |
|-----|--|------------|----------|-----------------------|--------|------------|
| 10. | Do you have enough energy for everyday life? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Are you able to accept your bodily appearance? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Have you enough money to meet your needs? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | How available to you is the information that you need in your day-to-day life? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | To what extent do you have the opportunity for leisure activities? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Very poor | Poor | Neither poor nor good | Good | Very good |
| 15. | How well are you able to get around? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Zdroj: Greenspace Mental Health, 2024

věci za poslední dva týdny.

Následující otázky vás žádají, abyste řekli, **jak dobře** nebo spokojeně jste se cítili v různých aspektech svého života za poslední dva týdny.

*Obrázek 5*Dotazník WHOQOL-BREF

| | | Very dissatisfied | Dissatisfied | Neither satisfied nor dissatisfied | Satisfied | Very satisfied |
|-----|--|-------------------|--------------|------------------------------------|-----------|----------------|
| 16. | How satisfied are you with your sleep? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | How satisfied are you with your capacity for work? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | How satisfied are you with yourself? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | How satisfied are you with your personal relationships? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | How satisfied are you with your sex life? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | How satisfied are you with the support you get from your friends? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | How satisfied are you with the conditions of your living place? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | How satisfied are you with your access to health services? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | How satisfied are you with your transport? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Zdroj: Greenspace Mental Health, 2024

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste v posledních dvou týdnech cítili nebo prožívali určité věci.

*Obrázek 6*Dotazník WHOQOL-BREF

| |
|--|
| 26. How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression? 1 = Never 2 = Seldom 3 = Quite Often 4 = Very Often 5 = Always |
|--|

Zdroj: Greenspace Mental Health, 2024

Bodování modelu WHOQOL- BREF se hodnotí čtyři skóre domén, které se označují individuální vnímání kvality života v každé konkrétní oblasti. Doménové skóre je škálováno v pozitivním směru (tj. vyšší skóre znamená vyšší kvalitu života). (Greenspace Mental Health 2024)

Obrázek 7 Bodování dotazníku WHOQOL-BREF

| Domain | Questions |
|----------------------|------------------------------|
| Physical Health | 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 |
| Psychological | 5, 6, 7, 11, 19, 26 |
| Social Relationships | 20, 21, 22 |
| Environment | 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25 |

Zdroj: Greenspace Mental Health, 2024

4.4 Systémový model Neumanové

Model, který vytvořila Betty Neumanová a nahlíží na jedince jako na dynamický systém v neustálé interakci s okolím, kdy tento model zdůrazňuje význam udržení optimálního zdraví dosažením rovnováhy mezi stresory a zdroji. Klinická práce sester může vést k osobní radosti a pracovní spokojenosti a může vést i k vyčerpání a syndromu vyhoření byla zdůrazněna odolnost jako základní rys pro ty, kteří pracují v oblasti ošetrovatelství, kvůli přítomným stresorům. Sestry používající tento model posuzují reakci klienta na stresory a zasahují tak, aby udržely nebo obnovily optimální úroveň wellness, a tím podpořily kvalitu života (Neuman 2012).

Jedním z jedinečných aspektů ošetrovatelské profese je, že sestry poskytují podporu pacientům v nejintimnějších obdobích zranitelnosti a bolesti, jako jsou chirurgické zákroky a traumata, tragédie a nemoci a osobní a fyzické ztráty. Při tom všem sestry poskytují svým pacientům fyzickou, emocionální a psychickou podporu. Tyto povinnosti vystavují sestřím emocionální a fyzický stres a zátěž, což může ovlivnit jejich osobní zdraví, psychickou pohodu a mezilidské vztahy (Ross 1985).

4.4.1 Domény Neumanové modelu

Prvním pojmem je klientský systém, kdy určuje komu je služba poskytována jako například jedinec, rodina, skupina, společnost nebo komunita. Druhým je prostředí jak vnitřní, tak u vnější, který obklopuje a ovlivňuje klientský systém včetně fyzických, psychických a sociálních prvků. V další řadě je zdraví, kdy optimální či dynamický stav je dosaženo díky schopnosti klientského systému přizpůsobovat se stresorům a udržovat rovnováhu. Nesmíme také zapomínat na stresory nebo jakékoliv podněty, které narušují stabilitu a rovnováhu klientského systému, včetně vnitřních a vnějších stresorů. Posledním pojmem je ošetrovatelský proces, kdy posuzuje, diagnostikuje a hodnotí ošetrovatelskou péči zaměřenou na podporu optimálního zdraví klientského systému a jeho adaptace na stresory (Ross 1985).

4.4.2 Koncepční rámeček modelu

Jak už popisuje paní doktorka Archalousová ve své studii (2013), že Neumanův systémový model znázorňuje systém klienta jako řadu soustředných kruhů, které představují různé úrovně prostředí (vnitřního a vnějšího) obklopujícího klienta. Model zahrnuje tři hlavní složky: centrální jádro (základní struktura a charakteristiky klientského systému), pružné obranné linie (vnitřní ochranné mechanismy) a linie odporu (vnější ochranné mechanismy) (Neuman a Fawcett 2012).

4.4.3 Intervence Neumanové modelu

První intervencí je posílení vnitřních obranných mechanismů, kdy ošetřovatelé mohou klienty naučit relaxační techniky např. hluboké dýchání, progresivní svalovou relaxaci nebo meditaci všímavosti, které jim pomohou vyrovnat se stresory a snížit fyziologické vzrušení. Sestry mohou poskytovat poradenství v oblasti výživy, cvičení, spánkové hygieny a dalších postupů sebepéče, aby posílily fyzické zdraví a odolnost klientů. Mohou také klientům vytvořit podpůrné prostředí, aby mohli otevřeně vyjádřit své emoce, myšlenky a obavy, a pomoci jim tak zpracovat jejich pocity a účinně se vyrovnat se stresory.

Druhou můžeme označit jako posílení sítě sociální podpory podpůrných skupin, které sestry mohou organizovat pro jednotlivce, kteří čelí podobným stresovým situacím, a poskytovat tak příležitost pro vzájemnou podporu, sdílení zkušeností a učení se strategiím zvládání stresu od ostatních. Důležitou součástí posílení sociální podpory je zapojení rodinných příslušníků a to do plánů ošetřovatelské péče o klienta a poskytovat vzdělání či podpory s cílem posílit rodinnou soudružnost, komunikaci a dovednosti v oblasti řešení problémů.

Další intervencí je podpora modifikace životního prostředí. Ošetřovatelé mohou provádět hodnocení prostředí, aby identifikovali potenciální stresory v životním nebo pracovním prostředí klientů, jakou jsou bezpečnostní rizika či nedostatek sociální podpory.

Nedílnou součástí těchto intervencí se řadí také poskytování informací a vzdělávání, zdravotní personál může klientům poskytovat informace o jejich zdravotním stavu, možnostech léčby a strategiích vlastní péče, což jim umožní činit informovaná rozhodnutí a aktivně se podílet na péči o ně. Mohou klienty poučit o povaze stresu, jeho vlivu na zdraví a účinných strategiích zvládání, a tím podpořit jejich informovanost a soběstačnost při zvládání stresorů (Ross 1985).

Zavádění terapeutické komunikace u klientů. V terapeutických vztazích mohou sestry praktikovat dovednosti aktivního naslouchání, aby potvrdily zkušenosti, obavy a emoce klientů a podpořily tak důvěru, empatii a vztah. Nabízení emocionální podpory tím, že uznávají jejich pocity, nabízejí jim povzbuzení a potvrzují jejich silné stránky a snahu o zvládání problémů.

V poslední řadě je monitorování a hodnocení reakce klientů na stresory, úroveň jejich adaptace a účinnost intervencí na podporu zdraví. Na základě údajů z průběžného

hodnocení sestry podle potřeby revidují plány péče a upravují intervence a cíle tak, aby odpovídaly měnícím se potřebám klientů a podporovaly optimální adaptaci a pohodu.

Tyto intervence jsou přizpůsobeny individuálním potřebám klientů a jsou prováděny v kontextu holistického rámce NSM, který zdůrazňuje vzájemné propojení jednotlivců, jejich prostředí a jejich adaptivních reakcí na stresory. Tím, že se sestry věnují fyzickým, psychologickým, sociokulturním a duchovním dimenzím zdraví klientů, podporují adaptaci, odolnost a optimální zdraví v průběhu celého života (Neuman 2012).

4.4.4 Aplikace Neumanova modelu

První aplikací můžeme řadit ošetřovatelské hodnocení a diagnostiku, kdy ošetřovatelé používají NSM ke komplexnímu hodnocení jednotlivců, rodin, skupin, komunit nebo společností se zaměřením na jejich stabilitu, stresory a adaptační reakce. Tento model vede sestry při identifikaci potenciálních stresorů, posuzování obranných linií klientova systému a určování úrovně stability nebo zranitelnosti (Ross 1985).

Druhá aplikace jsou ošetřovatelské intervence využívání plánování a provádění ošetřovatelských intervencí zaměřených na podporu adaptace, zlepšení pohody klientů a také na posílení obranných linií klientova systému, snížení dopadu stresorů nebo usnadnění adaptivních strategií zvládnání.

Následně další aplikací je podpora zdraví a prevence nemocí, kdy NSM poskytuje rámec pro rozvoj programů podpory zdraví a prevence nemocí, které se zabývají fyzickým, psychologickým, sociokulturním a duchovním rozměrem zdraví. Sestry tento model využívají k navrhování intervencí, které umožňují jednotlivcům a komunitám udržet si optimální zdraví a předcházet nemocem.

Další využití je ve vzdělávání a poradenství pro pacienty je k poučení klientů o dopadu stresorů na zdraví a pohodu a k výuce strategií zvládnání, které zlepšují adaptaci. NSM je vodítkem pro sestry při poskytování poradenství a podpory jednotlivcům a rodinám, které zažívají stresory související s nemocí, životními změnami nebo problémy prostředí.

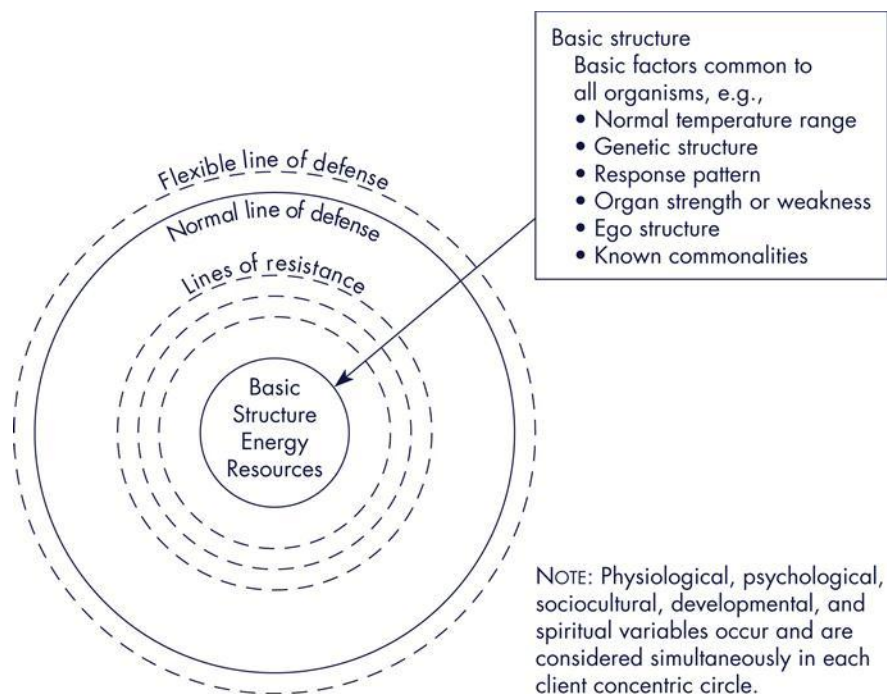
V komunitním zdravotním ošetřovatelství je NSM základem pro populační intervence zaměřené na podporu zdraví a prevenci nemocí v komunitách, proto tento model využívají k hodnocení zdravotního stavu komunit, identifikaci environmentálních stresorů a rozvoji intervencí zaměřených na sociální determinanty zdraví (Neuman a Fawcett 2012).

Vědci používají NSM v ošetrovatelském výzkumu ke zkoumání vztahů mezi stre-
sory, adaptačními reakcemi a zdravotními výsledky. Plánování výzkumu, sběr a analýzu
dat usnadňuje zkoumání účinnosti ošetrovatelských intervencí při podpoře adaptace a zlep-
šování výsledků.

Následně na to navazující jsou ošetrovatelské vzdělání, které jsou součástí NSM a
slouží jako základní rámec ve vzdělávacích programech pro sestry a poskytuje studentům
ucelený pohled na ošetrovatelskou praxi. Studijní programy ošetrovatelství zahrnují NSM
do předmětů zaměřených na teorii ošetrovatelství, hodnocení zdravotního stavu, ošetro-
vatelský proces a klinickou praxi a připravují studenty na aplikaci teoretických konceptů v
reálném prostředí (Fraser 1996).

V poslední řadě jsou podněty na zlepšení kvality života, kdy zdravotnické organi-
zace využívají tento model ke zlepšení iniciativ, které zaměřují na zlepšení kvality života,
kdy cílem je zlepšit výsledky a spokojenost pacientů (Buchanan 1987).

Obrázek 8 Systémový model BettyNeumanový



Zdroj: NurseKey, 2011

4.5 EQ-5D nebo EuroQol-5 Dimensions

EQ-5D je nástroj, který hodnotí generickou kvalitu života vyvinutý v Evropě a široce používaný. V roce 2009 se model vytvořil s cílem zlepšit citlivost tohoto modelu a snížit stropní efekty. Model se v podstatě skládá ze dvou stránek: popisného systému EQ-5D a vizuální analogové stupnice EQ (EQ VAS). Deskriptivní systém EQ-5D je měření HRQL založené na preferencích s jednou otázkou pro každou z pěti dimenzí, které zahrnují mobilitu, péči o sebe, obvyklé aktivity, bolest/nepohodlí a úzkost/depresi. Každá dimenze má 5 úrovní: žádné problémy, mírné problémy, střední problémy, vážné problémy a extrémní problémy. EQ VAS zaznamenává klientovo sebehodnocení na vertikální vizuální analogové stupnici, kde jsou koncové body označeny jako „Nejlepší zdraví, které si dokážete představit“ a „Nejhorší zdraví, jaké si dokážete představit“. VAS lze použít jako kvantitativní měřítko zdravotního výsledku, které odráží vlastní úsudek pacienta (Devlin 2017).

4.5.1 Jednotlivé domény modelu

V první doméně se označuje jako mobilita, kdy oblast mobility hodnotí schopnost jedince pohybovat se a vykonávat každodenní činnosti, které vyžadují fyzický pohyb. Hodnotí ji, do jaké míry mají jedinci omezení nebo potíže s pohyblivostí v důsledku svého zdravotního stavu. Například jsou to činnosti související s mobilitou zahrnující chůzi, chůzi do schodů, stání a používání dopravních prostředků.

Jako druhou doménou je péče o sebe sama. Hodnotí schopnost jedince samostatně vykonávat činnosti každodenního života a zahrnuje úkony, jako je mytí, oblékání, péče o sebe či stravování. V této oblasti se hodnotí, zda jedinec potřebuje pomoc nebo má v důsledku svého zdravotního stavu při sebeobsluze nějaké potíže.

Třetí doménou jsou obvyklé činnosti klienta, kdy se klasifikuje schopnost jedince vykonávat své obvyklé činnosti, včetně práce, studia, domácích prací nebo volnočasových aktivit. Hodnotí se, zda jedinci pociťují nějaká omezení nebo obtíže při vykonávání svých obvyklých činností v důsledku svého zdravotního stavu.

Čtvrtou doménou modelu se označuje jako bolest/nepohodlí, který v oblasti hodnotí závažnost, četnost bolesti nebo nepohodlí, které osoby pociťují v důsledku zdravotních potíží. Zahrnuje jak fyzickou bolest (např. bolesti hlavy, kloubů), tak emoční nepohodlí (např. úzkost, smutek).

Poslední pátou doménou modelu je úzkost/deprese a hodnotí, zda jedinci pociťují příznaky úzkosti nebo deprese, včetně pocitů obav, nervozity, smutku nebo beznaděje. Klasifikuje závažnost a četnost těchto příznaků a jejich dopad na každodenní fungování a emoční pohodu jedince. Tato oblast odráží emocionální aspekt kvality života související se zdravím a zahrnuje jak příznaky související s úzkostí, tak s depresí (Devlin 2017).

4.5.2 Koncepční rámec modelu

EQ-5D (EuroQol-5 Dimensions) poskytuje teoretický základ pro pochopení kvality života související se zdravím (HRQOL) a pro měření zdravotního stavu jednotlivců v pěti klíčových oblastech a tím jsou:

Kvalita života související se zdravím (HRQOL) vychází z konceptu HRQOL, který se týká subjektivního vnímání fyzické, duševní a sociální pohody jednotlivců v souvislosti s jejich zdravotním stavem. Rozměry zdraví, kdy se hodnotí HRQOL v pěti dimenzích nebo doménách, z nichž každá představuje jiný aspekt zdravotního stavu jedince. Skóre užitečnosti, kromě hodnocení zdravotního stavu v pěti dimenzích vytváří EQ-5D a kvantifikují preference jednotlivců pro různé zdravotní stavy. Další koncepčním rámcem jsou populační normy, které slouží jako měřítko pro porovnání výsledků HRQOL jednotlivců s výsledky celkové populace, což umožňuje interpretovat výsledky HRQOL ve vztahu k normativním hodnotám (EUROQOL 2019).

Hodnocení HRQOL, který je vytvořený s kulturně citlivým způsobem a zajištění platnosti a srovnatelnosti údajů o HRQOL v různých kulturních a jazykových skupinách. A poslední je dynamická povaha zdravotního stavu, který se může měnit v závislosti na různých faktorech, včetně nemoci, léčby, stárnutí a životních událostí, což vyžaduje opakované hodnocení HRQOL, aby se zachytily změny v pohodě jednotlivců.

Celkově lze říci, že koncepční rámec EQ-5D poskytuje komplexní teoretický základ pro hodnocení a měření HRQOL u různých populací a zdravotních stavů. Zdůrazňuje vícerozměrnou povahu zdravotního stavu, důležitost preferencí jednotlivců při hodnocení zdravotního stavu a dynamickou interakci mezi zdravotním stavem a pohodou v čase (Balestroni 2012).

4.5.3 Klinický význam a aplikace modelu

V klinické praxi je součástí dotazník EQ-5D (EuroQol-5 Dimensions), který spočívá v jeho schopnosti poskytnout cenné informace o kvalitě života jednotlivců související se zdravím (HRQOL) a jejím vlivu na klinické rozhodování, péči o pacienty a výsledky zdra-

votní péče. Ačkoli slouží především jako měřicí nástroj pro hodnocení kvality života související se zdravím (HRQOL), údaje získané z dotazníku EQ-5D mohou být podkladem pro různé intervence zaměřené na zlepšení pohody a kvality života jednotlivců. Kdy nám v klinickém rámci hodnotí zdravotní stav jednotlivců v pěti dimenzích. Zachycují více dimenzí HRQOL a poskytuje komplexní hodnocení fyzické, emocionální a sociální pohody jednotlivců, což je nezbytné pro pochopení jejich celkového zdravotního stavu (Rabin 2009).

Identifikace zdravotní potřeby umožňují poskytovatelům zdravotní péče identifikovat osoby, které mají problémy nebo obtíže v určitých oblastech HRQOL. Díky tomu přesně označuje problematické oblasti, jako jsou omezení mobility, bolest nebo emocionální potíže, usnadňuje identifikaci osob s neuspokojenými zdravotními potřebami, které mohou mít prospěch z cílených intervencí nebo další podpory. Lze použít EQ-5D dotazník ke sledování změn zdravotního stavu v průběhu určitého času, který poskytuje cenné informace o účinnosti intervencí a léčby. Pravidelné hodnocení pomocí EQ-5D umožňuje poskytovatelům zdravotní péče sledovat zlepšení nebo zhoršení a podle potřeby upravovat léčebné plány a hodnotit dopad zdravotnických zásahů na výsledky pacientů. Zdravotnický personál musí učinit klinické rozhodování, které poskytují informace pro objektivní měřítka HRQOL, která doplňují subjektivní hodnocení a klinický úsudek. Skóre EQ-5D používat k určování priorit léčebných možností, rozdělování zdrojů a přijímání informovaných rozhodnutí o léčbě zdravotního stavu pacientů na základě jejich vnímaných zdravotních potřeb a preferencí (McCrae 1991).

Kromě klinické užitečnosti se EQ-5D široce používá v ekonomice zdraví a hodnocení zdravotnických technologií k hodnocení nákladové efektivity zdravotnických zásahů. Údaje EQ-5D se používají k výpočtu let života přizpůsobených kvalitě (QALY), což je měřítko zátěže nemocí a účinnosti léčby, které slouží jako podklad pro rozhodování o přidělování zdrojů, úhradách a politice zdravotní péče. Péče zaměřená na pacienta upřednostňuje hodnoty, preference a cíle jednotlivců, kdy poskytovatelé zdravotní péče mohou údaje využít k zapojení pacientů do společného rozhodování, přizpůsobení léčebných plánů jejich jedinečným potřebám a preferencím a k posílení jejich aktivní účasti na péči.

V klinické praxi má tento model zásadní roli, neboť poskytuje standardizované měřítka HRQOL, která poskytují informace pro klinické rozhodování, usnadňují komunikaci mezi pacientem a poskytovatelem a zlepšují výsledky zdravotní péče. Jeho klinický vý-

znam spočívá ve schopnosti zlepšit hodnocení, sledování a řízení zdravotního stavu a pohody jednotlivců v různých klinických prostředích a u různých skupin pacientů (DiCenso 2009).

Obrázek 9 Dotazník modelu EQ-5D

| |
|---|
| POHYBLIVOST |
| <ul style="list-style-type: none">• Nemám žádné problémy s pohybem ✓• Mám mírné problémy s pohybem <input type="checkbox"/>• Mám středně těžké problémy s pohybem <input type="checkbox"/>• Mám závažné problémy s pohybem <input type="checkbox"/>• Jsem schopen pohybu <input type="checkbox"/> |
| SEBE-PÉČE |
| <ul style="list-style-type: none">• Nemám žádné problémy s umýváním nebo oblékáním se ✓• Mám mírné problémy s umýváním nebo oblékáním se <input type="checkbox"/>• Mám středně těžké problémy s umýváním nebo oblékáním se <input type="checkbox"/>• Mám závažné problémy s umýváním nebo oblékáním se <input type="checkbox"/>• Nejsem schopen umýt se nebo obléknout se <input type="checkbox"/> |
| OBYČEJNÉ ČINNOSTI (např. práce, studium, domácí práce, rodinné nebo volnočasové aktivity) |
| <ul style="list-style-type: none">• Nemám žádné problémy s vykonáváním svých obvyklých činností ✓• Mám mírné problémy s vykonáváním svých obvyklých činností <input type="checkbox"/>• Mám středně těžké problémy s vykonáváním svých obvyklých činností <input type="checkbox"/>• Mám závažné problémy s vykonáváním svých obvyklých činností <input type="checkbox"/>• Nejsem schopen vykonávat své obvyklé činnosti <input type="checkbox"/> |
| BOLEST/USPOKOJENÍ |
| <ul style="list-style-type: none">• Nemám žádnou bolest ani nepohodlí ✓• Mám mírnou bolest nebo nepohodlí <input type="checkbox"/>• Mám středně silnou bolest nebo nepohodlí <input type="checkbox"/>• Mám silnou bolest nebo nepohodlí <input type="checkbox"/>• Mám extrémní bolest nebo nepohodlí <input type="checkbox"/> |
| ÚZKOST / DEPRESIVNÍ STAV |
| <ul style="list-style-type: none">• Nejsem úzkostný ani depresivní ✓• Jsem mírně úzkostný nebo depresivní <input type="checkbox"/>• Jsem středně úzkostný nebo depresivní <input type="checkbox"/>• Jsem vážně úzkostný nebo depresivní <input type="checkbox"/>• Jsem extrémně úzkostný nebo depresivní <input type="checkbox"/> |

Zdroj: Vlastní přemodelovaný překlad autorky práce, který byl konzultován s vedoucím práce.

5 VÝSLEDKY

5.1 Ošetrovatelské modely kvality života

Pro prostudování studií jsme došli k výsledkům, kdy ošetrovatelské modely kvality života více se začínají objevovat v ošetrovatelství i když tedy jenom zatím v zahraničí. V České republice se zatím nějak nepodařilo ujmout tyto modely, které hodnotí a měří kvalitu života klientům ať už při hospitalizaci nebo ambulantní péči. Pro tuto bakalářskou práci byly tedy zvoleny 5 modelů kvality života, které se používají v ošetrovatelské péči. Model Wilson a Cleary, Ferans a spol., světová zdravotnická organizace dále model Neumanové a poslední model EuroQol-5 Dimensions (EuroQuality of life – 5 dimenzí) .

5.1.1 Model Wilson a Cleary

Závěr modelu Wilsona a Clearyho 1995 je, že kvalita života není pouze důsledkem biologických faktorů, ale je ovlivňována širokou škálou aspektů, včetně symptomatologie, funkčního stavu a vnímání zdraví pacientem. Tento model zdůrazňuje význam multidimenzionálního přístupu k hodnocení kvality života a potřebu zahrnout do péče o pacienty nejen lékařské aspekty, ale i psychosociální a environmentální faktory (Ojelabi 2017).

Díky propojení jednotlivých úrovní v modelu je možné lépe pochopit, jaké faktory ovlivňují kvalitu života pacienta a jakým způsobem lze intervenovat, aby se tato kvalita zlepšila. Závěr modelu Wilsona a Clearyho poskytuje ošetrovatelům užitečný nástroj pro posouzení potřeb pacientů a navrhování individualizované péče zaměřené na zlepšení jejich celkového zdravotního stavu a kvality života (Ojelabi 2017).

Výsledky studií používajících model Wilsona a Clearyho (1995) k hodnocení kvality života pacientů často potvrzují jeho užitečnost a přínos v klinické praxi. Zde jsou některé obecné výsledky, které byly zjištěny:

1. Identifikace důležitých faktorů: Studie pomáhají identifikovat klíčové faktory ovlivňující kvalitu života v různých populacích pacientů, což umožňuje ošetrovatelům lépe porozumět jejich potřebám.
2. Léčba orientovaná na pacienta: Model Wilsona a Clearyho podporuje přístup k péči zaměřený na pacienta, který zohledňuje jeho jedinečné potřeby a cíle týkající se kvality života.

3. Měření účinnosti intervencí: Model poskytuje strukturovaný rámec pro hodnocení účinků zdravotnických intervencí na kvalitu života pacientů, což pomáhá ošetřovatelům a výzkumníkům lépe porozumět účinnosti různých léčebných přístupů.
4. Podpora rozhodování: Výsledky studií mohou poskytnout užitečné informace pro rozhodování o prioritách péče a alokaci zdravotnických zdrojů s cílem maximalizovat kvalitu života pacientů.

Nicméně, je důležité poznamenat, že model Wilsona a Clearyho není univerzálním nástrojem a může mít určitá omezení v určitých populacích nebo kontextech péče. Kritici mohou poukazovat na složitost a náročnost jeho použití, zejména ve velkých klinických studiích. Celkově lze říci, že studie používající model Wilsona a Clearyho poskytují cenné poznatky pro praxi ošetřovatelství a zdravotnictví a pomáhají zdůraznit důležitost zaměření na kvalitu života pacientů při poskytování péče (Sousa 2006).

5.1.2 Model Ferrans a spol.

Model byl vyvinut Marjorie H. Ferransovou, profesorkou na Illinoiské univerzitě v Chicagu v roce 2005. Jedná se o konceptuální rámec, který se zaměřuje na subjektivní vnímání kvality života z pohledu jednotlivce. Tento model popisuje kvalitu života jako multidimenzionální koncept, který zahrnuje několik klíčových složek:

1. Fyzické a materiální pohody, kdy jsou zahrnuty aspekty jako zdraví, bezpečnost, životní prostředí a ekonomickou stabilitu. Kde vztah mezi zdravím a kvalitou života ukazují, že zdravotní stav jednotlivce má významný vliv na jeho pocíťovanou kvalitu života. Lidé se špatným zdravotním stavem často vykazují nižší úroveň kvality života ve srovnání s těmi, kteří jsou zdraví.
2. Sociální vztahy, které zahrnuje aspekty spojené s interakcemi a vztahy s ostatními lidmi, jako jsou rodinné vztahy, přátelství a sociální podpora. Studie ukazuje, že vyšší úroveň sociální podpory jsou spojeny s vyšší kvalitou života. Lidé, kteří mají silné sociální vztahy a dostávají podporu od svých blízkých, často vykazují lepší pohodu a vyšší spokojenost.
3. Psychologické stavby souvisejí s emociálním a duševním blahem, jako je štěstí, sebevědomí a smysl života. Model zdůrazňuje schopnosti jednotlivce přizpůsobit se změnám a vyrovnat se s obtížemi života, který je důležitý faktor pro ovlivnění kvality života.

4. Osobní rozvoj zahrnují aspekty týkající se osobního růstu. Sebeaktualizace je jedním aspektů pro osobní rozvoj, což znamená dosahování vlastních potenciálů a naplňování vlastních schopností, kdy proces sebeaktualizace je spojen s pocitem osobního uspokojení a smyslu života. Můžeme do osobního rozvoje zahrnout i sebepoznání, což je schopnost porozumět vlastním hodnotám, motivacím, silným a slabým stránkám.

Model zdůrazňuje, že kvalita života je subjektivní a může se lišit mezi různými jednotlivci v závislosti na jejich vlastních hodnotách, cílech a životních okolnostech. Tento model je často používán v kontextu zdravotní péče a výzkumu zdraví, ale lze ho aplikovat i v širším sociálním a psychologickém kontextu (Bakas 2012).

5.1.3 WHO Světová organizace a nástroje pro kvalitu života (WHOQOL)

Tento model je nástrojem pro hodnocení kvality života z hlediska jednotlivce. Zahrnuje čtyři domény: fyzickou, psychickou, sociální a environmentální. Hodnocení je založeno na subjektivním vnímání jednotlivce. Tento přístup respektuje individuální rozdíly a jedinečné životní okolnosti každého jednotlivce. Model WHOQOL poskytuje standardizované dotazníky pro hodnocení každé z domén kvality života, které umožňují systematické a komplexní vyhodnocení každé dimenze a srovnání výsledků mezi různými populacemi. Díky svému mezinárodnímu použití je WHOQOL relevantní a použitelný v různých kulturách a zemích, což ho činí důležitým nástrojem pro zkoumání a hodnocení kvality života po celém světě (World Health Organization 2012).

5.1.4 Systematický model Betty Neumanové

V systematickém modelu, který analyzuje vzájemné interakce mezi jednotlivcem a jeho prostředím v kontextu zdraví a nemoci. Tento model identifikuje různé stresory, které mohou jedince ohrozit, a ochranné mechanismy, které jedinec aktivuje k udržení rovnováhy. Podle Neumanové (1995) je jedinec vnímán jako otevřený systém, který se snaží adaptovat na své okolí prostřednictvím prevence a zvládnání stresorů. Model zdůrazňuje individuální variabilitu reakcí každého jednotlivce na dané stresory, což ovlivňuje jeho zdravotní stav. V praxi tento model poskytuje zdravotnickým pracovníkům strukturovaný rámec pro hodnocení potřeb klientů, plánování a poskytování péče, a to v různých oblastech zdravotní péče. Je široce používán pro zajištění komplexní péče a podpory klientů v jejich úsilí o zachování nebo obnovení zdraví a rovnováhy (Ross 1985).

5.1.5 EQ-5D nebo EuroQol-5 Dimensions

EQ-5D je nástrojem určeným k hodnocení subjektivní kvality života z hlediska pěti základních dimenzí: mobility, péče o sebe, bolesti/bolest, úzkost/deprese a každodenní aktivity. Každá z těchto dimenzí má tři úrovně závažnosti, což umožňuje respondentům vybrat nejvhodnější možnost, která nejlépe popisuje jejich současný stav (EUROQOL 2019).

Výsledkem použití EQ-5D (2009) je profil kvality života, který se skládá z pěti číselných hodnot, odpovídajících jednotlivým dimenzím. Tyto hodnoty se často interpretují jako závažnost postižení v každé oblasti, přičemž nižší hodnota značí větší omezení nebo zhoršení kvality života (DiCenso 2009).

Tyto profily kvality života jsou poté používány v různých kontextech. V klinických studiích mohou poskytovat informace o efektivitě léčby a změnách v kvalitě života pacientů. V ekonomických analýzách mohou být použity k výpočtu kvality vyrovnávacích let. V hodnocení kvality života populací mohou sloužit k porovnání zdravotního stavu mezi různými skupinami lidí nebo k monitorování dlouhodobých trendů v kvalitě života.

Výsledky EQ-5D jsou uznávány jako užitečný nástroj pro zdravotnické a výzkumné účely, neboť poskytují kvantitativní měření subjektivního vnímání kvality života a umožňují porovnání mezi různými populacemi a intervencemi (Rabin 2009).

DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat a sumarizovat používaných (nebo existujících) a shrnout aktuální poznatky ošetrovatelských modelů kvality života. Pro dosažení tohoto cíle byl zvolen literární přehled (literární review), do něhož bylo celkem zahrnuto 15 odborných studií. Souhrny informací byly následně vyznačovány a popisovány v tabulce. Všechny zařazené články se zaměřovaly na intervence v oblasti ošetrovatelských modelů, koncepčních modelů k hodnocení kvality života v ošetrovatelství, avšak ne všechny se zabývaly stejnými složkami a determinanty životního stylu.

Jako mezi první koncepční modely, který se zabývaly kvalitou života můžeme označit model Wilson a Cleary, který se hlavně zaměřovaly na kvalitu života u chronických nemocných, jak už bylo popsáno v jedné studii (Olejabi 2017). V modelu se zobrazuje pět různých úrovní, jmenovitě fyziologické faktory, stav symp-tomů, funkční zdraví, celkové vnímání zdraví a celková kvalita života. Model byl široce aplikován na různé populace, včetně pacientů žijících s rakovinou, Parkinsonovou chorobou, artritidou a HIV+/AIDS.

Později na to byl vytvořen model Ferransové a spol., který na stejné bázi jako model Wilsonův a Clearyův, kdy na rozdíl od toho prozkoumávala databáze souvisejících s předpokládanými koncepty modelu, model byl vyvinut na základě přijetí individualistické ideologie, která uznává, že kvalita života závisí na jedinečné životní zkušenosti každého člověka. Podle posledních studií ukázaly, že používaly dvě hlavní složky a to jsou hodnocení důležitosti a hodnocení spokojenosti na rozdíl od předchozího modelu, který jenom zkoumal celkové vnímání zdraví a jeho kvality života. Komplexní přístup z něj činí cenný nástroj pro pochopení subjektivní pohody jednotlivců a pro vedení intervencí zaměřených na zlepšení kvality života. (Ross 1985).

Model pro měření kvality života WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). WHOQOL je standardizovaný dotazník vyvinutý Světovou zdravotnickou organizací (WHO) pro měření subjektivní kvality života pacientů. Existují různé verze tohoto dotazníku, včetně WHOQOL-BREF (zkrácená verze) a WHOQOL-100 (plná verze). Tento nástroj je používán ve výzkumu a klinické praxi k hodnocení vlivu různých faktorů na kvalitu života a zdraví pacientů. Oproti modelu Ferransové a spol. jsou sice oba modely pro měření kvality života, ale různé přístupy měření. WHOQOL má cíl měřit subjektivní kvali-

tu života pacientů na rozdíl od modelu Ferransové, který je spíše založen na specifických dimenzích, kdy jsou důležité z hlediska jednotlivce a koncepce kvality života se soustředí na subjektivní hodnocení jednotlivce a na jeho schopnost dosáhnout cílů a uspokojit své potřeby v různých oblastech života. Na rozdíl model WHOQOL se zaměřuje na měření kvality života v obecném smyslu a zahrnuje různé aspekty života, jako jsou fyzické, psychické, sociální a environmentální faktory a může být použit ve všech oblastech, kde je důležité měřit kvalitu života, ať už ve zdravotnictví, sociálních vědách nebo jiných odvětvích. WHOQOL je konkrétní dotazník, který se používá k přímému měření kvality života, Ferransova koncepce poskytuje teoretický rámec pro porozumění této kvality života a může být použita k vývoji nástrojů pro měření kvality života nebo k analýze konkrétních situací či populací. (World Health Organization 2012)

Porovnání modelu Neumanové s ostatními modely, jako jsou Wilson a Clearyho model, Ferransová a spol. koncepce a WHOQOL, ukazuje různé přístupy k porozumění a měření kvality života a zdravotního stavu. Studie ukazují, že model Betty Neumanové se zaměřuje na adaptaci jedince na stresory v jeho životním prostředí s cílem udržet vnitřní a vnější stabilitu a zdraví. Zatím co NSM se zaměřuje na adaptaci a stabilitu jedince, Wilson a Clearyho model, Ferransova koncepce a WHOQOL se více zaměřují na měření a hodnocení subjektivní kvality života a zdravotního stavu. Každý model má své vlastní specifické zaměření a aplikace v oblasti zdravotnictví a výzkumu (Bakas 2012).

EU-5Q model se liší s předchozími modely a to je, že tento nástroj je určený pro hodnocení kvality života, který se skládá z pěti dimenzí a každá dimenze má tři úrovně závažnosti. Model poskytuje kvantitativní hodnocení kvality života a je často používán v klinických studiích a hodnocení zdravotnických intervencí. Například oproti modelu Wilsonova a Clearyho, kdy se snaží propojit biologické faktory se subjektivním vnímáním kvality života nebo modelu Betty Neumanové, který je specifický zaměřený na adaptaci jedince na stresory. Ostatní modely se často zaměřují na komplexní rámce pro porozumění interakcím mezi jednotlivcem a jeho okolím a subjektivnímu vnímání kvality života.

Výzkumy zahrnuté do naší studie využívaly jako prostředek k předávání informací o ošetrovatelských modelech kvality života. Ošetrovatelství se rychle rozvíjí a dnešní doba přináší spoustu stresových faktorů, jež následně mají vliv na zdraví, kvalitu života či duševní rovnováhu. I přesto je určitá míra stresu pro život potřebná a lidé jsou neustále nuceni přizpůsobovat se životním změnám a přijímat nové výzvy, proto jsou potřebné ošetrova-

telské modely kvality života a z několika mnoha důvodů. Prvním takovým důvodem je hodnocení pacientů, kdy pomáhá ošetřovatelům a dalším zdravotnickým pracovníkům hodnotit kvalitu života pacientů z jejich subjektivního pohledu a provést důkladné posouzení stavu pacientů z hlediska jejich subjektivního vnímání vlastního života a umožňuje lépe porozumět jejich potřebám a prioritám. Například u pacientů trpícím chronickými nemocemi může být hodnocení kvalita života důležitým ukazatelem úspěšnosti léčby a zvládnání jejich onemocnění. Na základě hodnocení kvality života pomáhají vytvářet individualizované plány ošetřovatelské péče, které nejen zohledňují lékařské potřeby, ale také jeho psychosociální a emociální aspekty. Poskytují strukturovaný rámec pro monitorování a hodnocení účinnosti zdravotnických intervencí a terapií z hlediska vlivu na kvalitu života pacientů. Modely napomáhají s dobrou komunikací s pacienty o jejich subjektivním pohodlí a pocitech, což může posílit vztah mezi pacientem a zdravotníky. Ošetřovatelé se mohou aktivně zapojit pacienty do rozhodovacího procesu týkající se jejich léčby. Modely které hodnotí a měří kvalitu života jsou základem pro výzkumné studie na hodnocení faktorů ovlivňujících kvalitu života pacientů a účinnosti intervencí v ošetřovatelství a jsou nezbytné pro poskytování vysoce kvalitní péče v ošetřovatelství (Faison 2016; Balestroni 2012; Jang 2019 a Duangchan 2021).

LIMITY VÝZKUMU/PRÁCE

Výzkum byl omezen nezkušeností s psaním přehledové studie a s vyhledáváním odborných článků v elektronických databázích. Také se ukázal jako limitující nedostatek relevantních odborných studií zaměřených na popisování dimenzí v oblasti životního stylu.

DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUM

Vzhledem k tomu, že cílem bakalářské práce bylo sumarizovat a zmapovat nové nebo už existující dimenze a poznatky ohledně ošetrovatelských modelů kvality života můžeme doporučit pro další výzkum identifikovat nové dimenze kvality života, které mohou být důležité pro určité populace nebo skupiny pacientů a zkoumat jejich vliv na celkovou spokojenost např. spiritualitu, sociální podpory, životní spokojenost a smysl života.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI/VÝSTUP Z PRÁCE

Tabulka prezentuje přehled ošetrovatelských modelů kvality života, které jsou prezentovány a současně uváděny na základě výzkumu a analýzy koncepčních modelů kvality života. Předkládaný přehled je jedním z výsledků kvalifikační práce (viz. Příloha 1). Zároveň slouží jako užitečný nástroj pro výuku předmětů zaměřených na podporu zdravého životního stylu v oblasti všeobecného ošetrovatelství a porodní asistence.

ZÁVĚR

V této přehledové bakalářské práci bylo hlavním cílem zmapovat a sumarizovat nové nebo už existující či aktuální poznatky dimenze v ošetrovatelských modelů kvality života.

Práce poukázala na analýzu různých koncepčních modelů kvality života a lze konstatovat, že tyto modely představují cenný nástroj pro poskytování individualizované a komplexní péče v oblasti zdravotnictví a ošetrovatelství. Integrace těchto modelů do praxe umožňuje lépe porozumět subjektivnímu vnímání kvality života pacientů, což je klíčové pro úspěšné plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Výzkum ukázal jejich různorodost a komplexnost zatímco některé modely se zaměřují na kvantitativní hodnocení kvality života pomocí specifických dimenzí a ukazatelů, kdy jiné se soustředily na širší rámec interakcí mezi jednotlivcem a jeho okolím. Společným cílem všech těchto modelů je však poskytnout holistický pohled na kvalitu života a identifikovat faktory ovlivňující pohodu a blahobyt jedince.

Bylo by dobré prozkoumat zahrnující využití integrovaných modelů, které kombinují nejlepší prvky existujících přístupů a zohlednění kulturních a sociálních kontextů při hodnocení kvality života pacientů. Zapojení pacientů do procesu a péče a kontinuální monitorování jejich stavu. V neposlední řadě podpora dalšího výzkumu je nezbytná pro rozvoj nových a zdokonalení existujících modelů, které lépe odpovídají potřebám a preferencím různých populací.

Koncepční modely kvality života představují klíčový nástroj pro poskytování ošetrovatelské péče založené na důkazech a dosažení lepších výsledků pro pacienty v rámci zdravotnického prostředí.

Tato problematika v ošetrovatelství je málo zmiňována několika důvody. Prvním můžeme být nedostatek informací a vzdělání. Mnoho zdravotnických pracovníků, včetně sester a lékařů může mít omezené povědomí o existenci a využití modelů kvality života. Díky nedostatku informací může vést k jejich nedostatečnému využití v praxi. Další problémem, který můžeme sem zařadit je omezené zapojení do výzkumu. Nedostatek výzkumných studií a projektů zaměřených na tuto problematiku může omezovat podvědomí a pochopení této oblasti.

SEZNAM LITERATURY

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. (2013). *Metodologie ošetrovatelské praxe s využitím ošetrovatelských teorií a modelů*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-28-0.
2. BAKAS, Tamilyn; MCLENNON, M., Susan; CARPENTER, S., Janet.; BUELOW, M., Janice; OTTE, L., Julie. et al. (2012). *Systematic review of health-related quality of life models: Health and Quality of Life Outcomes*. Online. vol. 10, no. 1. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-134>. [citováno 2024-03-18].
3. BALESTRONI, Gianluigi; BERTOLOTTI, Giorgio. (2015). EuroQol-5D (EQ-5D): *An instrument for measuring quality of life: Monaldi Archives for Chest Disease*. Online. vol. 78, no. 3 ISSN 1122-0643. Dostupné z: <https://doi.org/10.4081/monaldi.2012.121>. [citováno 2024-03-18]
4. BUCHANAN, F, Bernice. (1987). *Interakce mezi člověkem a prostředím: Modifikace modelu Neumanových systémů pro agregáty, rodiny a komunitu*. Online. Ošetrovatelství veřejného zdraví. vol. 4, no. 1, s. 52-64; ISSN 0737-1209. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1987.tb00512.x>. [citováno 2024-03-18].
5. DEVLIN J, Nancy. BROOKS, Richard. (2017). *EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future*. Online. Applied Health Economics and Health Policy vol. 15, no. 2, s. 127-137 ISSN 1175-5652. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40258-017-0310-5>. [citováno 2024-03-18].
6. DICENSO, Alba; BAYLEY, Liz; HAYNES, R., Brain. *Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model*. Online. Evidence-Based Nursing. vol. 12, no. 4, s. 99-101. ISSN 1367-6539. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>. [citováno 2024-03-18].
7. DUANGCHAN, Cherdasak; MATTHEWS, K., Alicia. (2021). *Aplikace koncepčního modelu kvality života související se zdravím Ferranse et al*. Online. Výzkum v ošetrovatelství a zdraví. vol. 44, no. 3, s. 490-512. ISSN 0160-6891. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nur.22120>. [citováno 18. března 2024].

8. EUROQOL Online. Dostupné z: <https://euroqol.org/information-and-support/documentation/user-guides/>. [citováno 2024-02-20].
9. FAISON, Yulanda; BURNS, Djuana; WEED, Diane. (2016). *Application of Ferrans and Powers Quality of Life Model to Improve Diabetes Health Outcomes*. Online. *Holistic Nursing Practice*. vol. 30, no. 3, s. 131-138 ISSN 0887-9311. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27078807/>. [citováno 2024-03-18].
11. FAWCETT, Jacqueline. (2016). *Aplikace koncepčních modelů ošetrovatelství*. Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-8005-6.
12. FERRANSOVÁ, Carol, Estwing; ZERWIC, Julie, Johnson; WILBUROVÁ, Jo, Ellen; LARSONOVÁ, Janet, L; (2005). *Koncepční model kvality života související se zdravím: Koncepční model kvality života související se zdravím*. Online. PubMed. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16396406/>. [citováno 2024-02-27].
13. FRASER, Mary. (1996). *Neuman's health care systems model*. In: *Conceptual Nursing in Practice*. Online. Boston, MA: Springer US s. 256-275. ISBN 978-1-56593-418-4. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3340-9_8. [citováno 2024-03-18].
14. GURKOVÁ, Elena; ŽIAKOVÁ, Katarína. (2004). *Konceptualizácia kvality života v ošetrovatel'stve*. Online. Profese online. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-200902-0003_KONCEPTUALIZACIA_KVALITY_ZIVOTA_V_OSETROVATELSTVE.php. [citováno 2024-02-27].
15. HERDMAN, M; GUDEX, C; LLOYD, A; JANSSEN, MF; KIND, et. al. (2011). *Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L)*. Online. *Quality of Life Research*. vol. 20, no. 10, s. 1727-1736. ISSN 0962-9343. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-011-9903-x>. [citováno 2024-03-18].
16. HEŘMANOVÁ, Eva. (2012). *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Online. ResearchGate. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/263303947_Kvalita_zivota_a_její_modely_v_soucasnem_socialnim_vyzkumu/references. [citováno 2024-02-27].

17. *Hodnocení kvality života Světovou zdravotnickou organizací (WHOQOL)* (1995). *Poziční dokument Světové zdravotnické organizace*. Online. *Social Science & Medicine* vol. 41, no. 10, s. 1403-1409. ISSN 02779536. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K). [citováno 2024-03-17].
18. JANG, Min, Kyeong; VINCENT, Catherine. (2019). *Analýza a hodnocení koncepčního modelu pro kvalitu života související se zdravím zaměstnávající Fawcett a DeSanto-Madeya's Crique Framework*. Online. *Pokroky v ošetrovatelství, PubMed*. vol. 42, no. 4, s. 325-340. ISSN 0161-9268. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31299690/>. [citováno 2024-03-18].
19. JAROŠOVÁ, Darja; ZELENÍKOVÁ, Renáta. (2014). *Ošetrovatelství založené na důkazech*. Evidence based nursing. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.
20. MCCRAE, Robert R. (1991). *The Five-Factor Model and Its Assessment in Clinical Setting*. Online. *Journal of Personality Assessment*. vol. 57, no. 3, s. 399-414. ISSN 0022-3891. Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa5703_2. [citováno 2024-03-18].
21. NEUMAN, Betty; FAWCETT Jacqueline. (2012). *Thoughts about the Neuman Systems Model*. Online. *Nursing Science Quarterly*. vol. 25, no. 4, s. 374-376. ISSN 0894-3184. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0894318412457055>. [citováno 2024-03-17].
22. NEUMAN, Betty. (1983). *Neumanův systémový model*. Online. *Nurseslabs*. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/betty-neuman-systems-model-nursing-theory/>. [citováno 27. února 2024].
23. OJELABI, Adedokun, Oluwafemi; GRAHAM, Yitka; HAIGHTON, Catherine; LING Jonathen, Ling. (2017). *Systematický přehled aplikace Wilsonova a Clearyho modelu kvality života souvisejícího se zdravím u chronických onemocnění*. *Zdraví a výsledky kvality života*. Online. vol. 15, no. 1 ISSN 1477-7525. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0818-2>. [citováno 2024-03-17].
24. OLÍŠAROVÁ, Věra; DOLÁK, František; TÓTHOVÁ, Valérie. (2013). *Kvalita života jako součást ošetrovatelství*. Online. *Časopis Kontakt* Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201301-0003_kvalita-zivota-jako-soucast-oseetrovatelstvi.php. [citováno 2024-02-27].

25. RABIN, Rosalind; CHARRO, de Freank. (2009). *A measure of health status from the EuroQol Group*. Online. *Annals of Medicine*. 2009-07-08, vol. 33, no. 5, s. 337-343. ISSN 0785-3890. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/07853890109002087>. [citováno 2024-03-10].
26. RANNESTAD, Toril; RUSTOEN, Tón. (2014). *Ferrans and Powers Quality of Life Index In*. Online. Springer Netherlands. s. 2259-2263. ISBN 978-94-007-0752-8. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1039. [citováno 2024-02-11].
27. SOUSA, Karen, H; KWOK, Oi-man. (2006). *Testing Wilson and Cleary's Conceptual Model of HRQOL: A Structural Equation Modeling Approach*. *Quality of Life Research*. Online. ISSN 725-737. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-005-3975-4>. [citováno 2024-02-14].
28. VAĎUROVÁ, Helena.; MÜHLPACHR, Pavel. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno. Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.
29. VAHED, Shahrum. (2010) *Stupnice kvality života Světové zdravotnické organizace (WHOQOL-BREF): Analýza vlastností teorie odezvy na položku na základě modelu odstupňovaných reakcí*. Online. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395923/>. [citováno 2024-02-27].
30. WILSON, Martha, E; CLEARY Patricia W. (1995). *Propojení klinických proměnných s kvalitou života související se zdravím: Konceptní model výsledků pacientů*. PubMed. Online. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7996652/>. [citováno 2024-02-27].
31. World Health Organization (2012). *Kvalita života podle Světové zdravotnické organizace (WHOQOL)*. World Health Organization. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>. [citováno 2024-03-17].

PŘÍLOHY

PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH MODELŮ KVALITY ŽIVOTA

Tabulka 2 Přehled ošetrovatelských modelů kvality života

| Autoři | Název modelu | Dimenze modelu | Aplikace modelu |
|---|---|---|--|
| Elizabeth D. Wilson, Sharon A. Cleary | Konceptní model Wilson a Cleary | Hodnocení Plánování Monitorování Intervence Výzkum | Komplexnímu hodnocení kvality života pacientů, což poskytuje rámec pro individuální plánování péče, monitorování změn v kvalitě života a hodnocení účinnosti zdravotnických intervencí. |
| Carolyn R. Ferrans, Judith A. Zerwic, Jane E. Wilbur, Janet M. Larson | Model Ferrans a kolegové | Zdraví Sociální vztahy Psychický stav Hodnoty Spokojenost | Systematické hodnocení subjektivní kvality života jednotlivců pomocí pěti dimenzí, což podporuje plánování péče, sledování změn v kvalitě života v čase, rozhodování o prioritách péče a poskytování informací pro výzkum a evaluaci v oblasti kvality života. |
| WHO Světová organizace | WHO Světová organizace a nástroje pro kvalitu života (WHOQOL) | Fyzický Psychický Sociální Environmentální | Poskytuje rámec pro hodnocení kvality života pomocí čtyř dimenzí, což usnadňuje plánování intervencí, sledování změn v kvalitě života, rozhodování o prioritách péče a použití ve výzkumu a evaluaci programů a intervencí. |
| Betty Neumanová | Systémový model Neumanové | Jádro Interakce Flexibilita | Komplexní hodnocení pacientů a plánování individualizované péče s důrazem na udržení nebo obnovení rovnováhy pacienta, prevenci a management stresu, a poskytování vzdělání a poradenství k pod- |

| Autoři | Název modelu | Dimenze modelu | Aplikace modelu |
|-----------------------------|-----------------------------------|--|---|
| | | Vztahy Lineární pohyb | poře zvládání zdravotních stavů. |
| EuroQol Research Foundation | EQ-5D (nebo EuroQol-5 Dimensions) | Pohyblivost Sebeobsluha Běžné aktivity Bolest/nepohodlí Úzkost/deprese | Standardizovaný nástroj pro měření kvality života související s zdravím pomocí pěti dimenzí), což usnadňuje vytváření profilů zdraví, použití ve výzkumu zdravotních výsledků, hodnocení zdravotní technologie a klinické praxi. |

Zdroj: Vlastní, 2024