

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Magda Léková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Vliv životního optimismu na kvalitu života jedince

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Magda Lélová
Osobní číslo:	Z18337
Studijní program:	N5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Ošetrovatelská péče v interních oborech
Téma práce:	Vliv životního optimismu na kvalitu života jedince
Zadávací katedra:	Katedra ošetrovatelství

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DOSEDLOVÁ, Jaroslava, 2016. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8458-2.
DOSEDLOVÁ, Jaroslava, 2018. *Optimismus a jeho role v kontextu zdraví*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8951-8.
GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2015. *Pozitivní psychologie*. Vydání třetí. Praha: Portál. Psychologie (Portál). ISBN 978-80-262-0978-2.
KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
SELIGMAN, Martin E. P., 2013. *Naučený optimismus: jak změnit své myšlení a život*. Praha: Dobrovský. ISBN 978-80-7306-534-8.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

L.S.

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 1. 6. 2020

Bc. Magda Léková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucímu práce PhDr. Zdeňku Hrstkovi Ph.D. za cenné rady a připomínky při vzniku mé diplomové práce, dále Mgr. Janě Zapletalové, Ph.D. a v neposlední řadě mé nejbližší rodině za pomoc a trpělivost při mém studiu.

ANOTACE

Téma diplomové práce je vliv životního optimismu na kvalitu života jedince. Optimismus ovlivňuje zdraví člověka pozitivně. Optimisté žijí vlivem optimismu delší život. Kvalita života je v popředí zájmu v ošetrovatelství. Hlavní cíl práce je zjistit vliv optimismu na kvalitu života pacientů s plicním onemocněním u vybraného nemocničního zařízení. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a průzkumnou. Hlavním náplní teoretické části je sumarizace poznatků dohledaných v odborné české i zahraniční literatuře na téma optimismus a jeho dělení, měření kvality života a vztah ke zdravotnictví. Sumarizace poznatků o zdraví a jeho determinantách zakončuje teoretickou část práce. V průzkumné části se použily tři dotazníky. Dotazníky DPQ (Defensive Pessimism Questionnaire) a LOT-R (Life Orientation Test Revised) měřily optimismus a pesimismus a dotazník WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life) měřil kvalitu života. Prostřednictvím hypotéz k hlavnímu cíli se měřily závislosti mezi optimismem – dotazníky DPQ a LOT-R a kvalitou života. Dílčí cíle se zaměřily na optimismus s proměnnými např. kontrolní skupinou zdravých osob a genderové rozdělení.

KLÍČOVÁ SLOVA

Optimismus, kvalita života, zdravý životní styl, zdraví, nemoc

TITLE

The Impact of Optimism on Quality of Life

ANNOTATION

The thesis deals with the impact of optimism on quality of life. Optimism has a positive influence over health. Optimistic individuals live longer. The quality of life is a priority in nursing. The principal goal of the thesis is to determine the impact optimism has on the quality of life of patients with pulmonary disease at the given health care institution. The thesis is split into a theoretical part and a survey part. The theoretical part summarizes literature findings on optimism and its classification, quality of life measurement,

and relationship to healthcare. This part concludes with a summary of findings about health and its determinants. The survey itself relied on three questionnaires. The Questionnaire of the DPQ (Defensive Pessimism Questionnaire) and the LOT-R (Life Orientation Test Revised) measured optimism and pessimism, while WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life) measured quality of life. Dependencies between optimism and quality of life using DPQ and LOT-R were measured based on the principal hypotheses. Partial objectives dealt with optimism and variables such as the control group of healthy respondents and gender division.

KEYWORDS

optimism, quality of life, healthy lifestyle, health, disease

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	14
ÚVOD.....	16
1 OPTIMISMUS A PESIMISMUS	19
1.1 Typy optimismu a pesimismu	20
1.2 Optimismus a zdraví	25
2 KVALITA ŽIVOTA.....	27
2.1 Definování a součásti kvality života	27
2.2 Měření kvality života	28
2.3 Ošetrovatelství a vnímaná kvalita života	30
2.4 Nástroje pro měření kvality života nemocných s plicními chorobami	31
3 ZDRAVÍ	32
3.1 Modely zdraví	35
3.2 Hodnocení zdraví	36
3.3 Podpora zdraví	37
3.4 Primární prevence	38
3.5 Sekundární prevence	39
3.6 Terciální prevence	40
4 NEMOC	41
5 DETERMINANTY NAŠEHO ZDRAVÍ	42
5.1 Determinanty zdraví ovlivňující kvalitu života.....	43
5.2 Kouření.....	43
5.3 Výživa	45
5.4 Cukry, tuky, bílkoviny	46
5.5 Alkohol.....	48
5.6 Spánek	49

5.7	Kardiovaskulární onemocnění	50
5.8	Obezita	52
5.9	Současný pohled na optimismus ovlivňující kvalitu života.....	56
	PRŮZKUMNÁ ČÁST	57
6	Hlavní cíl průzkumné práce	58
6.1	Dílčí cíle průzkumné práce	58
6.2	Metodika průzkumu	60
6.3	Prostředí průzkumného vzorku respondentů.....	60
6.4	Průzkumné šetření.....	61
6.5	Sběr dat a jeho podmínky.....	61
6.6	Etický aspekt dotazníku	61
6.7	Rešeršní šetření	62
7	NÁSTROJE POUŽÍVANÉ V PRŮZKUMNÉM ŠETŘENÍ.....	63
7.1	Dotazník kvality života WHOQOL-BREF	63
7.2	Dotazník optimismu LOT – R.....	64
7.3	Dotazník defenzivního pesimismu DPQ.....	64
7.4	Skórování dotazníku WHOQOL-BREF	65
7.5	Skórování dotazníku LOT-R.....	65
7.6	Skórování dotazníku DPQ.....	65
8	ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT	66
9	INTERPRETACE DAT.....	68
10	DISKUSE.....	107
10.1	Limitace práce	111
	ZÁVĚR	113
	SEZNAM LITERATURY	116
	SEZNAM PŘÍLOH.....	124

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

OBRÁZKY

Obrázek 1 - Graf Distribuce pacientů s plicním onemocněním podle vzdělání	69
Obrázek 2 - Graf Distribuce věku pacientů s plicním onemocněním.....	70
Obrázek 3 - Graf Abúsus nikotinu ve skupině pacientů s plicním onemocněním.....	71
Obrázek 4 - Graf Průměrná hodnota na škále odpovědí pro jednotlivé položky dotazníku WHOQOL-BREF ve skupině pacientů s plicním onemocněním	74
Obrázek 5 - Graf Distribuce osob kontrolního skupiny zdravých osob podle vzdělání	77
Obrázek 6 - Graf Distribuce kontrolní skupiny zdravých osob podle věku	78
Obrázek 7 - Graf Abúsus nikotinu v kontrolní skupině zdravých osob	79
Obrázek 8 - Graf Průměrná hodnota na škále odpovědí pro jednotlivé položky dotazníku WHOQOL-BREF v kontrolní skupině zdravých osob	82
Obrázek 9 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Fyzické zdraví	86
Obrázek 10 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Prožívání.....	86
Obrázek 11 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Sociální vztahy	87
Obrázek 12 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Prostředí.....	87
Obrázek 13 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Fyzické zdraví	89
Obrázek 14 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Prožívání.....	90
Obrázek 15 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Sociální vztahy	90
Obrázek 16 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Prostředí.....	91
Obrázek 17 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Fyzické zdraví	93
Obrázek 18 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Prožívání.....	93

Obrázek 19 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Sociální vztahy	94
Obrázek 20 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Prostředí.....	94
Obrázek 21 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Fyzické zdraví	96
Obrázek 22 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Prožívání.....	97
Obrázek 23 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Sociální vztahy	97
Obrázek 24 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Prostředí.....	98
Obrázek 25 - Kvartilový box Graf – distribuce skóre životního optimismu měřeného pomocí dotazníku DPQ v souboru pacientů s plicním onemocněním a v kontrolním souboru zdravých osob.....	100
Obrázek 26 - Kvartilový box Graf – distribuce skóre životního optimismu měřeného pomocí dotazníku LOT-R v souboru pacientů s plicním onemocněním a v kontrolním souboru zdravých osob	102
Obrázek 27 - Kvartilový box Graf – distribuce skóre DPQ ve skupině mužů a žen s plicním onemocněním.....	104
Obrázek 28 - Kvartilový box Graf – distribuce skóre LOT-R ve skupině mužů a žen s plicním onemocněním.....	106

TABULKY

Tabulka 1 - Distribuce pacientů podle pohlaví.....	68
Tabulka 2 - Distribuce pacientů podle vzdělání	68
Tabulka 3 - Popis proměnné pacientů s plicním onemocněním podle věku	69
Tabulka 4 - Distribuce pacientů s plicním onemocněním podle věku.....	70
Tabulka 5 - Distribuce pacientů s plicním onemocněním podle abúzu nikotinu.....	71
Tabulka 6 - Distribuce kouření do hodiny a po hodině u pacientů s plicním onemocněním ...	71
Tabulka 7 - Distribuce abúzu nikotinu u pacientů s plicním onemocněním	72
Tabulka 8 - Základní popisná charakteristika skóre domén a položek dotazníku WHOQOL – BREF ve skupině pacientů s plicním onemocněním	72

Tabulka 9 - Základní popisné charakteristiky domén kvality života.....	75
Tabulka 10 - Základní popisné charakteristiky skóre DPQ pro skupinu pacientů s plicním onemocněním.....	75
Tabulka 11 - Základní popisné charakteristiky skóre LOT-R pro skupinu pacientů s plicním onemocněním.....	75
Tabulka 12 - Základní popisné charakteristiky kontrolního skupiny zdravých osob	76
Tabulka 13 - Vzdělání osob kontrolní skupiny zdravých osob	76
Tabulka 14 - Popis proměnné kontrolní skupiny zdravých osob podle věku	77
Tabulka 15 - Distribuce kontrolní skupiny zdravých osob podle věku	78
Tabulka 16 - Distribuce abúzu nikotinu v kontrolní skupině zdravých osob	79
Tabulka 17 - Distribuce kouření do hodiny a po hodině u kontrolní skupiny zdravých osob ..	80
Tabulka 18 - Trvání abúzu nikotinu u kontrolní skupiny zdravých osob	80
Tabulka 19 - Základní popisná charakteristika skóre domén dotazníku WHOQOL-BREF	81
Tabulka 20 - Základní popisné charakteristiky domén kvality života.....	83
Tabulka 21 - Základní popisné charakteristiky skóre DPQ pro kontrolní skupinu zdravých osob.....	83
Tabulka 22 - Základní popisné charakteristiky skóre LOT-R pro kontrolní skupinu zdravých osob.....	84
Tabulka 23 - Základní popisné statistiky skóre DPQ ve skupině pacientů s plicním onemocněním a v kontrolní skupině zdravých osob.....	99
Tabulka 24 - Základní popisné statistiky skóre LOT-R ve skupině pacientů s plicním onemocněním a v kontrolní skupině zdravých osob.....	101
Tabulka 25 - Základní popisné statistiky skóre DPQ ve skupině mužů a žen s plicním onemocněním.....	103
Tabulka 26 - Základní popisné statistiky skóre LOT-R ve skupině mužů a žen s plicním onemocněním.....	105

SEZNAM ZKRATEK

AHTO	Alcohol's Harm(S) To Others
BI	behaviorální intervence
BMI	body mass index
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
ČT 2	Česká televize
DPQ	Defensive Pessimism Questionnaire
DALY	Disability-Adjusted Life Years Lost
DPP	Diabetes Prevention Program
EHLEIS	European Health and Life Expectancy Information System
EQ – 5D	European Quality of Life Questionnaire
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
EU	Evropská unie
GBD	Global Burden of Disease
GI	glykemickým indexem
HDI	Human Development Index
HDL	high density lipoprotein
HELEN	Health, Life Style and Environment
HLY	Health Life Years
HRQL	Health-related Quality of Life
IHME	Institute for Health Metrics and Assessment – nezávislé výzkumné středisko pro populační zdraví
ICHS	ischemická choroba srdeční
KVO	kardiovaskulární onemocnění
LE	Life expectancy
LDH	low density lipoprotein
LOT-R	Life Orientation Test Revised
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
MZČR	ministerstvo zdravotnictví ČR
NHP	Nottingham Health Profile
NK	naturkillers
NKR	kardiochirurgické operace
NRKI	kardiovaskulární intervence

NRKOI	národní register kardiovaskulárních operací a intervencí
NZIP	národní zdravotnický informační portál
PA	pohybová aktivita
PC	personal computer – osobní počítač
PPP	porucha příjmu potravy
PSC	Physical Self-Presentation Confidence subscale
QoL	Quality of Life
SF	Short Form
SIP	Sickness Impact Profile
TV	televize
UK	United Kingdom spojené království
VAS	Visual Analogue Scale
WCH	White Coat Hypertension
WHO	světová zdravotnická organizace
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life

ÚVOD

Optimismus je jedna z dvaceti čtyř předností, které vedou k většímu kompletnímu „well-being“. Optimista si obvykle interpretuje svůj problém jako dočasný, zvládnutelný, který se týká dané situace (Seligman, 2003, s. 21). Neodbytně až urputně se snaží strategicky dosáhnout stanoveného cíle. Tuto zvolenou strategii charakterizuje vyrovnaní s opačnými energiemi a vybudování vlastní pozice jako fungující imunita, tvoření silné osobnosti a well-being (Gillnerová, Kebza, Rymeš, 2012, s. 24). Optimisté daleko aktivněji upravují svůj životní prostor jako je eliminace rizikových faktorů, zdravotně nebezpečných jevů a také aktivní péčování o přirozené životní prostředí (Křivohlavý, 2012, s. 68). Optimista vysvětluje důvody dění s přesvědčením, že jeho zdraví může být kladně ovlivněno a současně nabádá lidi k usilovnější péči o vlastní zdraví a o to, aby jim bylo dobře celkově „well-being“. Tato strategie vede k vysoké kvalitě života, jak naznačují fakta výzkumů (Křivohlavý, 2012, s. 69-71). **Dispoziční optimista, jeden z několika dílčích druhů optimistů** všeobecně očekává kladný průběh i výsledek samotný. **Dispoziční pesimista** všeobecně očekává negativní průběh i výsledek (Dosedlová, 2018, s. 32). **Strategický optimista** nemyslí strategicky na rizika, ale sám sebe vidí v roli úspěšného zvládnutí situace. **Defenzivní pesimista** nemá v počátku vysoké očekávání z důvodu následku úzkosti (Dosedlová, 2018, s. 44).

Pesimisté nežijí tak dlouho, mají problematičtější osobní vztahy, horší zdraví, častěji onemocní depresí, ve škole mají zhoršený prospěch (Seligman, 2003, s. 21). Mimo zhoršený prospěch také častější konzumace alkoholu v jejich problematickém životě zlepšující zapomení na recentní trable. Potřeba vyrovnanosti optimismu a pesimismu je z historického náboženského pohledu reflektována ve všech náboženstvích. Každé náboženství předává způsob optimismu nebo pesimismu specificky (Dosedlová, 2018, s. 11).

Dlouhověkost a zdraví jsou skvělými indikátory fyzických rezerv a jsou přímé důkazy o tom, jak pozitivita emocí predikuje dlouhý věk a zdraví. Vysoký náboj energie přinášejí kladné pocity radosti, podporující lidi si hrát, což je hluboce zakořeněný tělesný zdroj. Nejrozsáhlejší studie v Americe na 2282 lidech šedesáti pětiletých a starších se testovala baterie testů emocionality a demografie s následným dvouletým sledováním. Kladné pocity některých zúčastněných predikovaly, kdo umře nebo se stane invalidou, a kdo vytrvá a bude žít dále. Kladné emoce mají chránící efekt před destruktivními účinky stárnutí. Šťastní lidé

žijí se zdravějšími zvyky, mají lepší imunitu, nižší tlak krve (Seligman, 2003, s. 54-55). Obecně můžeme konstatovat, že zdraví související s kvalitou života se nejvíce dotýká obzvláště zdravotní péče poskytované profesionálně a stane se tak významným ukazatelem zdravotnické péče (Řehulková et al., 2008, s. 6, Olišarová, Dolák, Tóthová, 2012, s. 14-21). Dnešní medicína nepřemýšlí primárně o pouhém poskytování zdravotnické péče pacientům, záchraně života lidí nebo o prodloužení života samotného, nýbrž se přemýšlí stále více o tom, jak moc kvalitní budou takzvaná „přidaná“ léta k životu lidskému (Řehulková et al., 2008, s. 6). V době po válce, se v USA od tehdejšího prezidenta Johnsona objevilo jeho strategické prohlášení, slibující zlepšení kvality života. Myslel tím již tehdy, indikátor společenského blaha není pouze množství výrobků „how much“, ale také jak dobře lidé žijí v určitých podmínkách „how good“. Tento název byl zaměňován jako alternativní koncept „společnost hojnosti – affluent society“. Závěr celonárodního šetření obyvatel zacílené na definování subjektivních ukazatelů kvality života samotnými obyvateli jako je míra bydlení, hluchost, znečištění vzduchu, kriminalita. Závěr potvrdil, že vylepšení socioekonomických determinant života jsou významné do jisté míry (Payn, 2005, s. 205-207). Kvality života se dotýká čtyř sub škál od fyzického zdraví, psychické oblasti, sociálních vztahů až po prostředí (Gurková, 2011, s. 146-148).

I přes explorativní nárůst literatury, která se věnuje kvalitě života, nebyl doposud dosažen konsenzus v definici, co kvalita života znamená. Autoři Škoda a Dragomirecká sdělují, že se kvalita života vymezuje spíše charakteristickým podstatným rysem, který je pro kvalitu podstatný a dále je vymezena používanými pojmy. Různé uchopení kvality života se diferencuje i v rozměru objektivní a subjektivní. I pojmy jako životní spokojenost, štěstí, osobní pohoda, well-being, životní úroveň, naplněnost potřeb, dobrý život, strategie realizace cílů (Gillnerová, Kebza, Rymeš, 2012, s. 24).

V teoretické části budou sumarizovány poznatky o **optimismu, kvalitě života a zdraví** z různých úhlů dohledané literatury. Není pochybnost, že životní prostředí, zdraví a kvalita života jsou naprosto propojené a neoddělitelné úrovně (Payne, 2005, s. 234). Z toho důvodu budou některé podkapitoly zdraví detailněji popsány i z důvodu návaznosti na kvalitu života a optimismus nebo pesimismus.

V průzkumné části bude diplomová práce v hlavním cíli měřit vliv optimismu na kvalitu života jedince. Data jsem sbírala dotazníkovou metodou za pomoci třech dotazníků. Nedohledala jsem dotazník, měřící současně optimismus a kvalitu života jedince s plicním

onemocněním. Použila jsem tři dotazníky. První dotazník WHOQOL – BREF zkoumá kvalitu života a je běžně používaný v klinické praxi (Gurková, 2011, s. 146-148). Další dva dotazníky byly používané v průzkumech v ČR. Vzhledem k tomu, že oba dotazníky DPQ i LOT-R nejsou standardizované, dohodla jsem se s vedoucím práce a vedením katedry o jejich použití. Dotazník DPQ měří v celkovém nízkém skóre strategické optimisty a v celkovém vysokém skóre měří defenzivní pesimisty, respondenti spadající doprostřed strategií jsou aschematici (Dosedlová, Klimusová, Maxová, 2012, s. 68).

Hypotézy k hlavnímu cíli průzkumné části bude měřit u skupiny respondentů s plicním onemocněním

- neexistuje závislost mezi životním optimismem pomocí dotazníku DPQ (Dosedlová, 2018, 117) a kvalitou života pomocí dotazníku WHOQOL – BREF (Gurková, 2011, s. 146-148).
- neexistuje závislost mezi životním optimismem pomocí dotazníku LOT-R (Křivohlavý, 2012, s. 56-68, Dosedlová, 2018, s. 117) a kvalitou života pomocí dotazníku WHOQOL – BREF (Gurková, 2011, s. 146-148).

Hypotézy k dílčímu cíli 1) v průzkumné části bude měřit u skupiny zdravých osob

- neexistuje závislost mezi životním optimismem pomocí dotazníku DPQ a kvalitou života u osob kontrolní skupiny
- neexistuje závislost mezi životním optimismem pomocí dotazníku LOT-R a kvalitou života u osob kontrolní skupiny

Hypotézy k dílčímu cíli 2) v průzkumné části bude měřit mezi oběma skupinami

- neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem DPQ mezi skupinou pacientů plicní kliniky a kontrolní skupinou zdravých osob
- neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem LOT-R mezi skupinou pacientů plicní kliniky a kontrolní skupinou zdravých osob

Hypotézy k dílčímu cíli 3) v průzkumné části bude měřit optimismus zvlášť mezi muži a ženami

- neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem DPQ mezi muži a ženami
- neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem LOT-R mezi muži a ženami

1 OPTIMISMUS A PESIMISMUS

Optimismus, tedy součást transcendence z VIA klasifikace Seligmana a Petersona, která dodává člověku **velkou energii**, je to taková **silná stránka osobnosti**, kterou můžeme nazvat „**zralou obranou**“ (Seligman, 2003, s. 21-37). Mezi další silné stránky osobnosti a ctností patří odvaha, moudrost a poznání, spravedlnost, lidskost, umírněnost a zmiňovaná **transcendence, která jako velká skupina propojuje člověka s univerzem a vnáší význam do života jako stejně důležité ctnosti a to: smysl pro dokonalost a krásu, smysl pro humor, spiritualita a vděčnost** (Slezáčková, 2012, s. 92-93). Aktivní optimista je především v usměrňování svého života, redukce rizika životního prostoru zacíleného na ochranu zdraví nejen svého, ale také zdraví jedinců v jeho okolí, k čemuž je mnohdy nabádá (Křivohlavý, 2012, s. 68, Slezáčková, 2012, s. 74). Cohen et al. také potvrzuje, že optimismus má ochranný účinek na imunitu při působení stresorů v akutní fázi, ale při sníženém pesimismu má působení stresorů v chronické fázi významnější roli (Kardum, Hudek-Kneževič, Krapich, 2018, 585-611). Optimista v určité přechodně problémové životní situaci většinou zvládá jednat s rozmyslem, díky kladům optimismu zabezpečující celkově rozsáhlejší well-being (Seligman, 2003, s. 21-37). Optimismus se podílí na snižování rizika symptomů deprese a různé výzkumy prokázaly souvislost mezi depresí a zhoršením zdraví i dřívější smrti (Dosedlová, 2018, s. 138). Mahler et al. (2000) uvádějí, že existující optimismus je více spojený se subjektivními fyzickými příznaky a pesimismus na celkové fyzické zdraví (Kardum, Hudek-Kneževič, Krapich, 2018, s. 585-611).

Pesimista přechodné období jako takové ve svém životě nezná. Má pocit, že jeho problémy jsou nekonečné, že komplikují vše, co dělá a že tuto situaci nemůže sám nikdy zvládnout. Depresi propadají pesimisté osmkrát častěji. OECD uvádí, že v ČR má 21 % osob nad šedesát pět let příznaky deprese, v EU je to průměrně 29 % osob (OECD, 2019, s. 6). Ve sportu a v zaměstnáních či ve škole nemají pesimisté dobré výsledky, není lepší jejich zdraví, mají nevyrovnané vztahy mezi lidmi a jejich život je kratší. Také umí sám sebe obviňovat a oproti optimistům, kteří věří, že dočasný problém byl zaviněn jinými osobami a okolnostmi (Seligman, 2003, s. 21-37). Problémem zůstává uchopení optimismu a pesimismu jako jednoho bipolárního místo dvou odlišných dimenzí. Přes velký rostoucí počet záznamů se nejpravděpodobněji jedná o dvě rozdílné dimenze, ale největší počet výzkumu uchopuje optimismus a pesimismus jako jednu bipolární dimenzi (Kardum, Hudek-Kneževič, Krapich, 2018, s. 585-611).

Existují situace, kdy je vhodné **optimistický postoj použít – při** podání konkrétního výkonu, při inspiraci a získání sebe i druhých, stojíme-li před ne úplně vážným rozhodnutím, stojíme-li před vážným nebezpečím upadnutí do bezmoci, deprese nebo beznaděje. V jiných situacích je vhodné **použít pesimistický postoj – u lidí ve vážných situacích se nedoporučuje „laciný“** optimismus, v nejistotě o budoucnost svoji nebo přátel, v riskantních strategiích. Nedoporučuje se optimismus z dlouhodobé záležitosti **z časového hlediska** použít optimismus při úmrtích, rozvodech, rozchodech. Nedoporučuje se optimismus **z hlediska rozměru** tragédie, kdy rodičům zemře jediný potomek, nebo kdy dítěti zemřou rodiče. V poslední řadě se nedoporučuje optimismus při **hledisku velkého podílu** na události, kdy vlastní vina není přehnaná, ale skutečná a překročí určitou hranici (Křivohlavý, 2012, s. 61).

1.1 Typy optimismu a pesimismu

Dispoziční optimismus

Ozdobou každé osobnosti je dispoziční optimismus. Osobnost má kognitivní povahu. Ve velké míře **bude ovlivňován genetickou cestou**, není známo, jestli se dědí sám nebo s některým charakteristickým temperamentem (Dosedlová, 2018, s. 37, Slezáčková, 2012, 70). Autoři Carvera a Scheiera (1985, 2002 a, b, 2014) vysvětlují optimismus jako obecný předpoklad, očekávat nejen pozitivní průběh, ale i nadprůměrně pozitivní dokončení události samotné. Optimista přijímá navrhnutou výzvu a důvěřuje, že dosáhne očekávaných výsledků bez zřetele výběru prostředků. Naopak u pesimistů je od začátku pochybnost, jestli půjdou do akce vůbec. I ve vazbě na nezdár je u optimistů názor, že celou situaci nějak zvládnou překonat pozitivně (Dosedlová, 2018, s. 32-33). V studii metaanalýzy, jež zhodnotila 83 výsledků ve výzkumech, které se zabývaly účinkem pesimismu a optimismu na zdravotní stav, 78 % ze studií použilo ke zhodnocení dotazník LOT nebo LOT-R zacházející s dispozičním optimismem (Dosedlová, 2018, s. 37). Dispoziční optimismus je často považován za nedimenzionální konstrukci. Nedávné studie však naznačují, že optimismus a pesimismus jsou oddělené dimenze (Sulkers et al., 2013, s. 474-489).

Dispoziční pesimismus

Pesimismus napomáhá vyhýbání se nebezpečným situacím a pomáhá vyřešit problémové situace (Smith, 2014, s. 141-143). Všeobecné **očekávání negativního sledu událostí i výsledku samotného** je typickým znakem pro dispoziční pesimismus, jako kognitivní koncept. Citový dopad prožívání vzhledem k stálému horšímu očekávání je právě u dispozičních pesimistů (Dosedlová, 2018, s. 32), kteří mají horší výkony, než optimisté a defenzivní pesimisté, a navíc nemají snahu ovlivňovat výslednou situaci. Tímto výše uvedeným přístupem se nelepší zvládnutí potíží, ale právě naopak se daří zvýšit vyvolaný pocit bezmoci (Smith, 2014, s. 141-143).

Dispoziční – malý a velký optimismus

Malý optimismus obsahuje zvláštní očekávání kladných výsledků (např. najdu v centru místo k parkování). **Velký optimismus** obsahuje zobecněné, méně určitá očekávání (budu prožívat život v úspěchu, smysluplně a kvalitně). Existuje také předpoklad, že optimismus s přívlastkem **velký je vrozený (dispoziční)** ve značné míře, proti **optimismu malému**, který více bývá ovlivňován vzděláváním. Velký optimismus lépe ladí s pojetím (dispozičního) malého optimismu od autorů Scheier a Carver (Dosedlová, 2018, s. 43-44, Slezáčková, 2012, s. 73).

Explanační styl optimismu a pesimismu

Explanační styl v optimismu zachycují Steenová a Peterson (Slezáčková, 2012, s. 70). Malý optimismus se zobrazuje spíše v Seligmanově optimistickém **explanačním stylu – explanatory style – stylem uvažování**, s důrazem vysvětlit příčiny určitých událostí (Dosedlová, 2018, s. 43-44, Slezáčková, 2012, s. 73). S tímto stylem uvažování se **nerodíme** (Křivohlavý, 2012, s. 42). Rozlišuje vnímané vnitřní i vnější příčiny svých neúspěchů. Seligman popisuje odlišné permanentní hodnocení příčin svých zdarů a nezdarů, schopnost udržení naděje a rozsah jejich intenzity mezi optimisty a pesimisty. Optimisté chápou negativní zážitky a zkušenosti v životě **přechodně** a obvykle probíhající optimální běžný stav berou jako normální. Pesimisté chápou svoje nepříjemné zkušenosti jako **permanentní, stálé** a příjemné zkušenosti chápou jako náhodné bez dlouhého setrvání (Slezáčková, 2012, s. 70-71, Křivohlavý, 2012, s. 43). Explanační styl pesimisty může vést k pocitu bezmocnosti (Dosedlová, 2018, s. 42).

Naučený flexibilní optimismus

Pojetí teorie „*stylu uvažování*“ zpracoval Seligman jako „**naučený optimismus**“ – **learned optimism**, díky kterému lze do jisté míry pozměnit styl pesimistický na optimistický (Slezáčková, 2012, s. 71). Dotazník naučeného optimismu je pro dospělou populaci a modifikovaná verze pro děti, má dimenze univerzálnosti, stálosti, personalizace událostí. Z některých skóre je možno vypočítat naději (Dosedlová, 2018, s. 41). Metoda naučeného optimismu je hojně využívána v kognitivně-behaviorální psychoterapii, je známá jako metoda „A B C“ navržená Albertem Ellisem (2002), která byla třemi psychology Hollonem, Freemanem a Seligmanem vylepšená o další dvě písmena na celkem pět písmen abecedy A B C D E, jež každé písmeno znamená dílčí postup k cíli od původně pesimistického explanačního pojetí situace k naučenému optimistickému pojetí. Podle Seligmana je ovlivnění explanačního pojetí možné do určité úrovně. Strategie **naučeného optimismu obohacující všechny** spočívá v tom, že na **každém negativním prožitku** či celku, lze najít postupnými kroky **něco pozitivního, nadějného**, na čem můžeme započít naši novou práci a mít tak v životě lepší pocit well-being.

A – „adversity“ – nepříznivá okolnosti – přátelé, kteří nám slíbili pomoc, nepřišli

B – „belief“ – negativní myšlenky vážící se na nepřízeň situace – ani na nejlepší přátelé se nejde spolehnout

C – „consequence“ tradiční důsledky přesvědčení – jsme zklamáni, dáme přátelům jasně najevo naše rozhořčení

Rozšířená kognitivně-behaviorální terapie pokračuje intervencemi dalších dvou písmen – metod.

D – „disputation“ je možno zpochybnit a vyvrátit požadavky – zvažujeme nevinu našich přátel

E – „energization“ aktivita po vyjasnění nevinu našich přátel – ujistíme se telefonicky, že jsou přátelé v pořádku

Na školách v USA se naučený optimismus používá ve 20. století od devadesátých let, jako prevence vzniku deprese u dětí a adolescentů. Tato terapie není univerzální, nelze ji použít v každém případě. Je třeba pečlivě zvážit vážnost situace a celkový kontext (Slezáčková, 2012, s. 71-73, Křivohlavý, 2012, s. 102-109).

Strategický optimismus

Jak si můžeme vysvětlit pojem strategie. Původ tohoto slova „*strategie*“ je z oblasti vojenské terminologie z antického Řecka, kdy „*strategos*“ znamená „*generál*“, který má před konkrétní problematickou situací svůj naplánovaný postup neboli „*strategický plán*“. Definice strategie je tedy pečlivý propracovaný plán posloupnosti nebo pořadí zacílený k předem vybrané metě (Křivohlavý, 2012, s. 80). Strategický optimismus i defenzivní pesimismus diferencují psycholožky J. K. Noremová a N. Cantorová (Slezáčková, 2012, s. 73-74). **Strategický optimismus**, využívaný lidmi, nepřemýšlí příliš nad možnými riziky a staví se do role **úspěšně zvládnuté a kontrolované situace**. Taková oblast v nikom nevyvolává úzkostné citění a kontroluje celou situaci (Dosedlová, 2018, s. 44). Zároveň dojde k posílení vlastní sebedůvěry (Slezáčková, 2012, s. 73-74). Strategický optimista nejeví o eventuální podrobnosti možné nemoci nejmenší zájem. Závěry napovídají, že kladná nálada optimisty by mohla být odpovědná za ignorování důležitých dat a mohlo by spustit hazardní chování (Dosedlová, 2018, s. 47).

Defenzivní pesimismus

I v současnosti výtečnou **strategií zůstává pesimismus, pokud řešíme problémy**, za předpokladu, že ho správně používáme. Uplatnění pesimismu pro náš profit je případ defenzivního pesimismu. Má dvojí efekt tím, že ovlivní výsledek a pomůže přemoci úzkost (Smith, 2014, s. 141-143). V porovnání s používáním strategie **defenzivní pesimisté neočekávají příliš mnoho**, i když v minulosti prožili úspěch v obdobných poměrech. Zmenšená očekávání u defenzivního pesimismu vedou do úzkosti, a proto neočekávání příliš mnohého funguje coby „polštář“, který tlumí eventuální neúspěch. Představa všech možných nepříjemností a následné vyhodnocení případných rizik slouží jako příprava na ně. Zároveň ale **defenzivní pesimismus neomezuje dosáhnout cíle**. Díky tomuto charakteru vnímají defenzivní pesimismus ve výzkumné problematice optimismu celosvětově nepatrně jako „mládě kukačky“ (Norem, 2001, Dosedlová, 2018, s. 44, Smith, 2014, s. 142). Co se týká zdraví defenzivní pesimista, jeví větší zájem o podrobnosti možné nemoci (Dosedlová, 2018, s. 47).

Nerealistický optimismus

Nerealistický optimismus, který se užívá v literatuře a byl zkoumán ve výzkumech a vícekrát se synonymicky pojmenoval. Původní označení od Weinsteina (1980) **nerealistický optimismus** – „*unrealistic optimism nebo optimistic bias*“ se vztahuje k tendenci očekávání, že **záporné události se stanou spíše jiným osobám a kladné události se stanou pravděpodobněji spíše nám** (Dosedlová, 2018, s. 21-23, Křivohlavý, s. 78). Toto mylná představa je vlastně kognitivní chybou vztahovanou k budoucnosti. Ověřoval tento jev v souboru 42 studentů, kteří měli ohodnotit pravděpodobnost, co v budoucnu zažijí v kontrastu se svými spolužáky. Studenti nadhodnotili probabilitu prožití kladných událostí, a naopak studenti podhodnotili možnost událostí, prožitých negativně. Často se ve výzkumech v souvislosti s **nerealistickým optimismem** objevuje termín **komparativní optimismus**. Tyto dva termíny se často chybně používají ve stejném významu. **Nerealistický optimismus** se používá k sociálnímu porovnávání, **nezohledňuje přesnost hodnocení jednotlivce, neznáme odchylku odhadu od normy, ani neznáme samotné jednotlivce s vysokou mírou pozitivní iluze**. Tyto nedostatky měření odhalili, Radcliffe a Klein a zavedli **komparativní optimismus**, jako proměnnou a systémovou chybu v hodnocení jednotlivce zohledňující objektivní kritérium (Dosedlová, 2018, s. 21-23).

Tragický optimismus

Tento druh optimismu pochází od důležitého rakouského psychiatra V. E. Frankla. Myslel tím **optimismus, který zůstává** v člověku navzdory **tragickému osudu**. Frankl přemýšlel o „*tragické triádě*“ vině, utrpení a smrti, které jsou zakořeněné v lidské existenci. Zvládat tragický osud vyžaduje lidskou kapacitu a způsobilost přetvořit záporné stránky v životě na něco, co má smysl, co je kladné, konstruktivní a přes veškeré utrpení říct životu „ANO“. Frankl věřil, že je možno využít čas po utrpení k vlastnímu vylepšení, využít čas pro příležitost konat odpovědně (Slezáčková, 2012, s. 74).

Copingové strategie

Způsob, jak se vyrovnat se stresem mimo jiné také ovlivňuje rozdíl mezi optimistickým očekáváním do budoucna a pesimisticky očekávanou katastrofou (Dosedlová, 2018, s. 33). Díky možnosti dosáhnout cílů u defenzivního pesimismu, zamítá výsledky jiných výzkumů a jeho spojení s copingovými strategiemi (Dosedlová, 2018, s. 44).

1.2 Optimismus a zdraví

Každý snad slyšel přísloví „veselá mysl, půl zdraví“, které predikuje, že ten, kdo je veselý bude i zdravý. Ve středověku se věřilo, že veselí lidé od sebe odhánějí mor, a tak byli veselí. Chang potvrdil s D’Zurillou, že pozitivní efektivita je asociovaná optimismem, takže optimisté jsou méně ustaraní a tedy veselejší. Znamená to tedy, že mají lepší zdraví než pesimisté? (Dosedlová, 2018, s. 95). Scheier a Carver v kapitole jedince o těžké životní etapě a vlivu optimismu na jeho psychiku uvádí, že po lékařské intervenci optimisté prožívají menší úzkost, anxieta a bolest. Optimisticky smýšlející jedinci i v mimořádně náročných životních situacích dosvědčují markantní neutuchající snahy řešit problém s lepším pohledem a důvěrou v budoucnost. Pro změnu jedinci s pochybnostmi oddalující řešení budoucnosti se spíše věnují *wishful thinking* – fantazírování, které dočasně uleví, ale neřeší problémy (Křivohlavý, 2012, s. 77). Autoři Salewski a Vollman zkoumali otázku vztahu mezi optimismem a zdravím na jedné straně a úpravou cílů na straně druhé. Tvrdí, že spojovací vazby mezi optimismem, úpravou cílů a výsledky týkající se našeho zdraví nejsou stále dostatečně specifikovány (cit. dle Rasmussen et al., 2006). Dvě skupiny hodnotily tři výsledky související se zdravím. Výsledky v obou skupinách přinesly potvrzení pozitivní korelace mezi optimismem a opětovným zapojením do cíle. Dále optimismus a přizpůsobení se cílům pozitivně souviselo se zdravím. Některé vztahy mají vliv optimismu na zdraví schopnosti jít dále (Abstract, 2007, 9-309).

Autorka Dosedlová uvádí, že pro naši autoevaluaci by mohlo být prospěšné, pokud systémově nazíráme do budoucna ve významu předpokládání svých úspěchů a pěkných událostí. Hned ale varuje o nebezpečí, které je reálné a objektivní, a to je odvedená pozornost. Používáním nerealistického optimismu, kterým lidé evaluují svoje zdraví, se snižuje motivace k prohlídkám v rámci prevence ani k doporučeným opatřením jako i k informování o eventuálních zdravotních hrozbách (Dosedlová, 2018, s. 32). Schreier a Carver pojmenují situaci „*nadhledem*“ kdy v obtížných situacích jdou optimisté tvrdě k úspěšnému cíli, i když jejich náskok není výrazný. Existují okamžiky, kdy postoj optimisty se může stát nebezpečným pro něho samotného ignorováním známého rizika (Křivohlavý, 2012, s. 78-79).

M. Visintainerová zjistila, že laboratorní potkani jsou díky naučené bezmoci daleko vnímavější dostat rakovinu. Tento objev podporoval podrobnější výzkum obranyschopnosti potkanů s jejich bezmocí. Imunitní systém, který byl již zkušný s neovlivnitelným otřesem, byl jím také oslabený a T – lymfocyty se tak rychle nemnožily. Přirození zabíječi

NK-naturkillers, žijící ve slezině zmiňovaných potkanů, pozbyly schopnost zabít nádorové buňky. Tento příklad vysvětluje, že vštípená bezmoc ovlivňuje nejen chování, ale dosahuje až k buněčné rovině a oslabuje systém imunity. Pro explanační styl to bude znamenat, že obměňuje naučenou bezmoc. Optimisté umí vzdorovat bezmoci a nepodlehnu lehké depresi, pokud selžou. Zvládají to. Napříč životem, optimista prožije nižší počet drobných událostí s bezmocí oproti pesimistovi. Čím nižší počet bezmoci zažijete, tím bude lépe, bude fungovat obranyschopnost organismu. **Prvním způsobem**, jak optimismus usměrní naše zdraví je *vyhýbání se bezmoci a rychlejší imunitní systém*. **Druhým způsobem**, jak optimismus usměrní naše zdraví je *dodržovat zdravý životní styl a chodit na preventivní lékařské kontroly*. **Třetím způsobem**, jak optimismus usměrní naše zdraví je *množství negativních epizod*. Statistika prokázala přímou úměru – čím více negativních epizod v krátkém období, tím více nemocí zažije. **Čtvrtý způsob** varuje na ovlivnění sociální posily na zdraví pacientů (Křivohlavý, 2012, s. 69-71, Seligman, 2013, s. 281-282).

Optimismus se v současnosti pocítuje jako zdraví prospěšný a současně psychologický faktor a chování, které má se zdravím společný význam. Podle autorů Rasmusenové, Scheira a Greenhouse, ve kvantitativní metaanalytické studii z roku 2009 shrnující závěry 84 výzkumů, je optimismus významným ukazatelem fyzického zdraví (Egger, 2013, Kebza, 2008, Šolcová, 2009 podle Dosedlová, 2018, s. 95).

U nemocných se zhoubným nádorem, kteří se zúčastnili intervenčních studií, se předpokládá kladné ovlivnění systému imunity díky psychosociálním činitelům. Zdravé osoby měli kladnou odpověď imunity po intervenci těchto metod: „*relaxace, meditace, hypnóza, biofeedback, sebeotevření se, strukturovaná psychoedukativní intervence*“ (cit. podle Tschuschke, 2004, s. 158). Van Lenthe, Huisman, Mackenbach považují za podstatné studovat **zdravotní stav jedinců**, protože tvrzení o zdraví je **validní ukazatel zdravotního stavu, využití zdravotní služby a prediktorem úmrtnosti**. Také často snižuje **kvalitu života**, přináší neschopnost v práci a narušuje mezilidské vztahy (Dosedlová, 2018, 96).

2 KVALITA ŽIVOTA

Z historického hlediska počátek užívání pojmu kvality můžeme najít u Aristotela v antice a další stopu v psychologii s označením *eudaimoniá*, který označoval blažený stav a stav mravní (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011, s. 21-22, Payne, 2005, s. 149). Pojem kvality v životě není v novodobé historii znám příliš dlouho, kdy v půlce 20. století to byl téměř neznámý pojem (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011, s. 21-22).

Pojem „Kvalita života“ se objevil prvně ve 20. letech v USA v souvislosti se státní materiální podporou chudších společenských vrstev a jeho vlivu na ně. Později v 60. letech Prezident Johnson řekl, že kvalita života Američanů je jeho cíl (Payne, 2005, s. 205, Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011, s. 21-22). Kvalita života a její koncept objímá široce různé oblasti člověka od prožívaného štěstí v životě po dosažení životní mety nejlépe v plném zdraví (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011, s. 21-22).

2.1 Definování a součásti kvality života

Kvalita života může být definována jako multiúrovňový fenomén, multidimenzionální, multidisciplinární a multifaktoriálně podmíněný (Gurková, 2011, s. 23). Nesnadnost definování také vychází z daných determinant toho, kterého jedince ovlivněného stavem vlastního zdraví, stavem sociálním a ekonomickým a dalšími proměnnými (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2012, s. 14-21). Zdraví a kvalita života spolu souvisí především v rámci profesionální poskytované zdravotní péče, která se stane ukazatelem prováděné péče (Řehulková, 2008, s. 6, Olišarová, Dolák, Tóthová, 2012, s. 14-21).

Kvalita života a její koncept objímá široce různé oblasti člověka od prožívaného štěstí v životě po dosažení životní mety nejlépe v plném zdraví (Gurková, 2011, s. 23). Mezi lety 1983–1990 byla kvalita definována jako pohoda psychologická, sociální, tělesná a finanční. Hodně důležitých autorů nepovažuje konstrukty kvality za přesné a kompletní. Podle autorů pracují pouze s jednou oblastí života a to zdravím (Popelkové a Gurková, 2013, s. 584-587). Na roztržení pojmů kvality života se v ČR podíleli Payne (2002), Kováč (2003), Křivohlavý (2001), Dragomirecká (1997) a ze zahraničí Veenhovenová (2000). Posouzení kvality života vede k měření efektu zdravotní a sociální péče, vyšetřuje následek choroby a terapie na život nemocného (Dragomirecká, 2006, s. 1). V posledních letech narůstají studie zkoumající kvalitu života (Jan Payne, 2005, s. 206, Dragomirecká, 2006, s. 1, Gurková, 2013, s. 23).

Komplexní koncepce a další modely vedou k použití nových termínů, kdy je téměř nemožné je všechny sladit dohromady (Gurková, 2011, s. 23-24). Nesnadno se srovnávají populační soubory, různě velké klinické soubory a reciproční různě velké soubory populací. Mimořádný rozměr mají srovnávací studie. Pozornost se soustřeďuje na specifické skupiny osob s určitým problémem, věkové nebo genderové rozdělení (Gillnerová, Kebza, Rymeš, 2011, s. 26). Výše zmiňované sociální a ekonomické proměnné řeší expertní skupiny v souhrnu „Relevantních *indikátorů kvality života v ČR*“, které zastřešuje úřad vlády České republiky. Rámec pro měřitelnost kvality života v naší ČR je součástí výstupu projektu, zabývajícím se systémem dlouhodobých cílů udržitelného vývoje a rozvoje ve správě státu. Na úřadu vlády tuto problematiku řeší „*rada vlády pro udržitelný rozvoj*“, na doporučení The OECD Framework for Measuring Well-being and Progress a také How's Life? 2015 MEASURING WELL-BEING, OECD 2015, což je společnost pro rozvoj a spolupráci hospodářství. Oblastí definujících indikátory kvality života je jedenáct.

- 1) „*Oblast příjmu a bohatství*“
- 2) „*Oblast zaměstnanosti*“
- 3) „*Oblast bydlení*“
- 4) „*Oblast zdraví*“
- 5) „*Oblasti sladování pracovního a soukromého života (well-being)*“
- 6) „*Oblast vzdělávání*“
- 7) „*Oblast mezilidských vztahů*“
- 8) „*Oblast občanské angažovanosti a dobrého vládnutí*“
- 9) „*Oblast životního prostředí*“
- 10) „*Oblast bezpečnosti*“
- 11) „*Oblast osobní pohody (well-being)*“ (Maussen, 2018)

2.2 Měření kvality života

V sociálních vědách je kvalitou života myšlen pocit subjektivní pohody – Subjective Well Being, SWB. V medicínských vědách a ošetrovatelství je kvalita života vyjadřovaná konstruktem kvality života souvisejícím se zdravím – Health Related Quality of Life, HRQoL. V prvních definicích kvality života, z let 1983 až 1990, je kvalita života popisována jako psychologická, tělesná, sociální a finanční pohoda. Mnoho významných autorů, ale konstrukty kvality života související se zdravím považují za nepřesné a nekomplexní.

Dle nich se zaměřují pouze na jednu oblast kvality života, a to na vnímání zdravotního stavu. Výsledky výzkumu autorek Popelkové a Gurkové (2013, s. 584-587).

Špatný zdravotní stav snižuje kvalitu života (Dosedlová, 2018, s. 96). Generické nástroje dovedou změřit kvalitu zdraví a kvalitu života a můžeme je používat v ošetrovatelském výzkumu a praxi (Gurková, 2013, s. 144). Huntová a Leplége kritizují nástroje HRQOL, které sbírají ukazatele života nikoli kvalitu života (Gurková, 2013, s. 144-145, Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011, s. 27).

Celosvětově byly nejprve využívány dva nástroje:

SIP – Sickness Impact Profile a **NHP** – Nottingham Health Profile. **SIP** vytvořili k širokému používání bez nutnosti specifikace typu onemocnění, bez demografických nebo kulturních podmínek. Nástroj měřil efektivitu léčby. Obsahuje 136 položek, nebo krátká alternativa dotazníku (Johnson a Burks) s 68 dotazy sledující denní činnosti, které jsou členěné na 12 sub škál, vyplňující respondent nebo zaškolený jedinec, čas k vyplnění je cca 30 min (Vaňásková, Bednář, 2013, s. 133-135).

NHP – podkladem pro vytvoření dotazníku NHP posloužil SIP. NHP od Hun et al. měří sociální, tělesný a psychický indikátor soustředící se více na transformaci emocí. Při srovnání obou dotazníků, druhá verze je 38 položková členěná na 6 sub škál. Vážené skóre zohledňuje při hodnocení jednotlivé položky (Gurková, 2013, s. 144-145, Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011, s. 29).

V českém prostředí se nejvíce používají české a slovenské verze těchto dotazníků:

SF – 36 Short Form 36, Health Subject Questionnaire – často používaný nástroj autorů Sherbourne a Ware k měření kvality života a zdraví. Byl zhotoven pro výzkum, praxi a změření dotování péče o zdraví a stav obyvatel. V dotazníku figuruje 36 otázek v osmi doménách, zkrácená verze má jen 12 otázek. Česká verze SF-36 se používá k měření HRQoL (Vaňásková, Bednář, 2013, s. 133-135).

EQ – 5D European Quality of Life Questionnaire – díky mezinárodní spolupráci vznikl nástroj na měření zdravotního stavu za pomoci objektivních a subjektivních ukazatelů. Objektivní ukazatel obsahuje 5 položek – sebepéče, bolest/ potíže, pohyblivost, úzkost/deprese, obvyklé činnosti a subjektivní ukazatel obsahuje VAS – visual analogue scale. Nástroj se používal v mezinárodních studiích (Gurková, 2013, s. 146).

WHOQOL – BREF – je zkrácená standardizovaná varianta reliabilního a validního dotazníku s WHOQOL – 100 používaný v praxi. Obsahuje 26 položek dělených do čtyř sfér. Vyšší hodnocení položek znamená větší kvalitu života. Dotazník vypovídá o profilu čtyř domén fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí (Vaňásková, Bednář, 2013, s. 133-135).

2.3 Ošetřovatelství a vnímaná kvalita života

Dle Rapleye je možno zaznamenat dvojí měření kvality života. **Individuální a celopopulační** (Gurková, 2011, s. 24). Výzkumný styl v klinické psychologii, medicíně, psychologii zdraví je příkladem pro metodologii pedagogiky. Realita medicíny a psychologie je podobná jako realita v pedagogice. Výzkum kvality života **se snaží** používat nástroje, které **dovolují diagnostikovat individuálně**. V zdravotnictví se ale používají většinou dotazníky, v souvislosti zdraví a kvality života – *HRQL Health-related Quality of Life*, **neumožňující individualizovaně diagnostikovat** (Mareš, 2010, s. 139). Autor Křivohlavý vidí **individuální** pojetí kvality života ve vnímání jednotlivce (2002). Právě souvislost jednotlivce a ošetřovatelství je hodně důležitý prvek obsahující strategii „well-being“ se smyslem pro štěstí, spokojenost v životě. Je to kompletní a hluboké chápání života, nejen souvislost materiální složky a žít v přebytku, ale i seberealizování se ve společnosti a získání postavení (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2012, s. 14-21). Kvalita života, zohledňující mnohotvárnost a subjektivitu měřeného konstruktů je vhodnější ukazatelem zdraví, než pouhá jeho definice „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne nepřítomnost nemoci“ (Dragomirecká, 2006, s. 1). Podobnou definici hlásala i Barbara Haasová (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2012, s. 14-21). Autorky Bradenová a Haaseová tvrdí, že v ošetřovatelství máme spíše pomocné náznaky dokreslující než vymezující kvalitu života (Gurková, 2011, s. 25). Proti tomuto tvrzení jsou Mihalko a Rejeski lobující pro krátké hodnocení spokojenosti se životem (Olišarová, Dolák, Tóthová, 2012, s. 14-21). A stejní autoři rozlišující dva modely kvality života, jeden jako konstrukt psychologie a druhý jako soubor ukazatelů (Gurková, 2011, s. 25).

Vytvořit generickou variantu nástroje napříč celými společnostmi, kdy jsou srovnávány objektivně indikátory kvality života díky známému lidskému indexu rozvoje – Human Development Index. (HDI) Od r. 1990 je nezávislým, analytickým programem o otázkách, trendech, politikách a rozvoji zemí. Lze na jejích stránkách nalézt přehledy jednotlivých

zemí. Může sledovat populace **lidí** a jejich šance. Růst příjmu, který není cílem, ale prostředkem k rozvoji. Dalším sledováním jsou **příležitosti** pro lidský potenciál a její možnosti využití. Rovné šance pro rozvoj lidí, vzdělání dívek a jejich uplatnění na trhu práce. Člověk by měl mít dlouhý, zdravý a kreativní život. Měl by mít dobrou životní úroveň a dostatek informací. Poslední sledovanou oblastí jsou **volby** lidského rozvoje. Mít možnost se rozhodnout a šanci žít tvůrčí život (About Human Development, 2020).

2.4 Nástroje pro měření kvality života nemocných s plicními chorobami

Žádný z níže uvedených dotazníků jsem v diplomové práci nepoužila z důvodu jiných zkoumaných proměnných, ale pro úplnost informací kontextu mé práce je zde uvádím. Obecně můžeme kvalitu života hodnotit subjektivně anebo objektivně a je nedílnou součástí pacientova funkčního stavu (Béřešová et al., 2017, s. 15). Kvalitu života můžeme vyjadřovat kvantitativně objektivními měřitelnými nástroji a také kvalitativně hodnotovým systémem toho, kdo ji posuzuje. Kvalita není tedy bezvýhradná kategorie, nýbrž relativní (Béřešová et al., 2017, s. 15, Gurková, 2011, s. 21). U nemocných trpících plicním onemocněním existuje v praxi poměrně široká škála specifických měřících nástrojů. Pro úplnost uvádím základní dotazníky pro měření kvality života u nemocných s dýchacími chorobami, i když žádný z dotazníků jsem nepoužila. U pacientů s bronchiálním astmatem a u pacientů s CHOPN je možno použít **Dotazník sv. Jiří – SGRQ (St. George's Respiratory Questionnaire)** z r. 1992 - od Jones et al. **Dotazník kvality života s astma bronchiale PACQLO (Paediatric Adult Asthma QoL Questionnaire)** z r. 1998 od Juniper et al. měří astma dítěte, o které pečuje rodič. **Dotazník AQLQ Asthma Quality of Life Questionnaire**, byl navržen pro použití v klinických studiích, kde byla u **dospělých astmatických pacientů** prokázána jeho spolehlivost a platnost (Gurková, 2011, s. 160-161). (**Dotazník od Markse – Asthma QoL Questionnaire – Marks** měří kvalitu život v korelaci na astma. Tyto dotazníky kvality života jsou generovány v angličtině a překládány do jiných jazyků. V každé zemi by měla být před jeho použitím hodnocena spolehlivost a platnost (Alpaydin et al., 2011, s. 322-327). **Dotazník CRQ Chronic Respiratory Disease Questionnaire** – dotazník o chronickém respiračním onemocnění (CRQ) je nejčastěji používaným nástrojem pro měření chronickým respiračním onemocněním (Gurková, 2011, s. 160-161). U profesionálních zdravotníků je obvyklé měřit kvalitu života podle zdravotního stavu (Gurková, 2011, s. 53).

3 ZDRAVÍ

Zdraví je spojeno s činnostmi, které ho vlastně podporují, také pozitivní přístup k životu a spokojenost se životem. Termín kvalita života se používá v mnoha kontextech se zdravím a je vnímán jako znaková vlastnost, postoj nebo reakce na emoční podnět (Mukolo a Wallston, 2012, Szramka-Pawlak a kol., 2014 cit. z Vera-Villarroel, Valtierra, Contreras, 2016, s. 256-265). Zdraví je užíváno často v našem životě. „*Vždyť i kořen slov „zdravit“ a „pozdrav“ je od zdraví odvozen. Zdravíme-li někoho, přejeme mu vlastně zdraví.*“ Pokud je zdraví, je možno chodit do práce, je možno plnit si svoje životní touhy a reálně plánovat budoucí život. Zdraví je jedno z nejdůležitějších podmínek nikoliv smyslem nebo cílem v životě (cit. Machová, Kubátová a kol. 2015, s. 10). Zdraví objímá stránku tělesnou, duševní i sociální aspekt v lidském životě. Informační systém hodnotí za pomoci systémů informací z NZIS, poskytující data zdůvodnění nemocnosti a data úmrtnosti (ÚZIS, 2017, s. 37).

Zdraví je podle současných expertů vnímáno jako permanentně probíhající stav organismu, který se přizpůsobuje změnám vnějších a vnitřních poměrů. Je to neustálý děj pracující v souvislosti s okolním prostředím, osobnostními a biologickými vlohami a mezilidskými vztahy (Dosedlová, 2016, s. 40). Pro lidské zdraví autor zdůrazňuje úkol medicíny do budoucna. Úloha, aby medicína zůstala pro lidi především užitečná, musí změnit přístup k člověku jako takovému. Nezbytnost, ať medicína nevnímá člověka jako biologický aparát, ale naopak ať medicína přizná podložená fakta a skutečnost, že tělesné stavy jsou řízené lidskými emocemi, řídícími náš organismus do diametrálně odlišných biologických rozpoložení. Od psychologů se lékaři mohou mnohé naučit. Emoce vlastně řídí chod našeho těla. Pochopit emoce znamená rozšířený a prohloubený pohled na lidi (Honzák, 2019, s. 139).

Světová zdravotnická organizace WHO se zmiňuje o zdraví v souvislosti s odborným označením „well-being“, tedy termínem vyjadřujícím stav, kdy je člověku v životě dobře (Křivohlavý, 2015, s. 181). S poradním výborem ve výzkumné zóně zdraví pod WHO jsou spojována témata výzkumu zdraví a zdraví samotného. Činnost a zprávy výše uvedeného výboru představují jeden z nejvýznamnějších proudů v přístupu ke zdravotní problematice v současném celospolečenském pojetí (Dosedlová a kol., 2016, s. 35).

Pod slovem zdraví si každý expert představuje něco jiného. Křivohlavý definoval zdraví u čtyř profesně jinak zaměřených osobností. Dle *lékaře* se může zdraví chápat jako absence nemoci, úrazu či neduhu. Dle *sociologa* má člověk zdraví, pokud je člověk schopný

vykonávat dobře jeho role v sociální společnosti. Dle *humanisty* je člověk zdravý, pokud se dokáže vypořádat s životními úlohami, které mu přinese život. Dle „*idealisty*“ je člověk zdravý, který se cítí nejen dobře fyzicky, ale i po sociální, duchovní i duševní stránce (Křivohlavý, 2009, s. 30).

Autorka (Blaxterová, 2010, podle Dosedlová a kol., 2016, s. 35-36) se na zdraví z odborné stránky v dnešní době je možno dívat z pěti různých teorií:

- Zdraví jako nepřítomnou nemoc (je možný odklon od lékařských nálezů a vnímat jen, jestli se člověk cítí osobně zdravý nebo nemocný).
- Onemocnění jako odklon (nemoc je možno vnímat jako odklon od normy, obvykle se považuje za to, co by si člověk, který je nemocen mohl zapříčinit i sám).
- Zdraví jako stabilita (škodlivá noxa i samotné tělo ovlivňuje další vyvíjení nemoci, stále vnitřní prostředí zajišťuje stabilitu mezi vnějším prostředím a organismem, ale i v rozmezí jednotlivých organismů uvnitř těla.
- Zdraví jako úloha (zdraví jako způsobilost zapojit se aktivně v životě)
- Zdraví jako pozice (obecný popis zdraví, které je dobré, ale někdy oslábne nemocí) (Dosedlová a kol., 2016, s. 35-36).

Křivohlavý dělí zdraví do sedmi teorií: Obecně zdraví dělí na dvě skupiny. První zdraví je nástroj k realizaci určeného cíle a druhé zdraví je cíl samotný.

- „*Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly*“ Zdraví je magická síla pomáhající překonávat životní obtíže. Síla může ubývat a lidé slábnou, ale pak se může síla znovu nabýt (Křivohlavý, 2009, s. 3)
- „*Zdraví jako metafyzická síla*“ je představa různých autorů, že zdraví je niterní energie člověka, které se může říkat „*élanvital, vitalita, v určitém smyslu i libido, metafyzická zdravotní síla*“, která nepředstavuje samotné zdraví, ale spíše pomáhá k dosahování stanových cílů. Je to energie, jak zvládat pozitivně životní obtíže. Křivohlavý uvádí, že Sack zkoumal zázračná vyléčení díky této „*vnitřní duchovní síle*“
- „*Salutogeneze – individuální zdroje zdraví*“ Antonovsky na základě zkoumání adaptability židů v poválečné době a schopnosti zvládání těžkostí lze díky:
 - „*smysluplnosti*“
 - „*vidění zvládnutelnosti úkolů*“
 - „*schopnosti chápat dění, v němž se člověk nachází*“

- „Zdraví jako schopnost adaptace“ způsobilost přizpůsobení při špatných životních podmínkách. Způsobilost být zdravý a způsobilost vést boj s nemocemi je podle Dubose to, čemu říkáme „fitness“
- „Zdraví jako schopnost dobrého fungování“- zdraví je definováno jako způsobilost dobře fungovat - „fitness“. Přesně definoval zdraví T. Parsons, který tvrdí, že zdraví je nejlepší, když funguje a pomáhá plnit úkoly a role efektivně. Seedhouse se vyjádřil **kladně** k definici, protože se soustředí na lidi, kteří zdravotně dosáhli vrcholu a je ohleduplná k plnění rolí a úkolů. Také se vyjádřil **záporně** k definici.
 - Definování „fitness“ je bipolární, buď je člověk zdravý, nebo je nemocný.
 - Definice postrádá přechod od patogeneze k salutogenezi.
 - Definice nezahrnuje do souboru jakkoli zdravotně znevýhodněné lidi.
 - Definování je nekompromisní.
 - Definování je přesně vyhraněné.
 - Definování současného stavu (Křivohlavý, 2009).
- „Zdraví jako zboží“ Seedhouse se vyjadřuje ke zdraví jako ke zboží. V centru tohoto pojetí je zdraví ekvivalentem produktu, které je možno na trhu pořídit, dodat a taky ztratit. V posledním pojetí podle Seedhouse je ztvárnění zdraví v přirozenosti lidí, kdyby nebylo ohrožováno vnějším okolím, vyvolávající nemoc. Dále k tomuto pojetí jsou dvě kladné a šest záporných připomínek.
- „Zdraví jako ideál“ nejvíce známá definice o zdraví, jež uvedla WHO v roce 1946. „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. *Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.*“

V kladných připomínkách se objevuje zdraví:

- Pozitivně, jako žádaná hodnota.
- Definice vypovídá o více než nepřítomnosti choroby.
- Definice vypovídá o zdraví jako celku i se sociálním a duševním zdravím.
- Definice se zaměřuje na motivaci všech zaměřující se na zdraví.
- Definice je svou stručností dobře zapamatovatelná.

V záporných připomínkách je kritizováno:

- Definice zapomíná, že pokud se člověk necítí úplně fit, nemůže se říct, že je zdrav.
- Definice zapomíná, že zdraví je také spirituální.
- Definice opomíjí termín „well-being“.
- Definice nestanovuje rozmezí, co to znamená být zdrav bio-psycho-sociálně.

- Definice ideálního zdraví není reálné.
- Dokonalé zdraví je utopistická definice (Dubos, 1959, Seedhouse, 1995, cit. Křivohlavý, 2009)

3.1 Modely zdraví

Dosedlová uvádí dva primární modely s vazbou výzkumu ke zdraví, a to behaviorální a ekologický (Dosedlová, 2016).

Behaviorální model, jako základ při zkoumání chování, které se vztahuje ke zdraví a současně zdůrazňuje znaky individuality, vlivy bližší i rodinné, přátelské. Tento model vyzdvihuje jednotlivce jako původce chování, které se zdravím souvisí. Vytváření nebo naopak zastavení rozmanitých druhů tohoto chování ovlivňující zdraví jednotlivce, které jsou zkoumány a analyzovány. Zkoumají se důsledky na zdraví u provedeného nebo úmyslně neprovedeného chování. Behaviorální model chování je možno označit jako „bottom-up“.

Ekologický model chování je vymezen navzájem působícími vlivy, které jsou na odlišných rovinách. Úkolem ekologického modelu je projektovat postupy v možnostech usměrňování chování ve všech odlišných rovinách najednou a aplikovat je na celou populaci. Autory upotřebené pojmy jako podněty a působení a jejich vztah na populační zdraví. Jedinec ovlivněn intervencí stojí na samotném konci všech událostí. Ekologický model chování je možno označit jako „top-down“ (Dosedlová, 2016, s. 39). Kromě této koncepce, kdy a) zdraví pro nás pracuje nejlépe, existuje zdraví b) tělesné a psychické zvané „fitness“ význam při každodenním využívání, dále c) koncepce zdraví jako výrobek, který můžeme věnovat a také koncepce zdraví d), která zdraví považuje za výjimečnou vrozenou vlastnost nebo způsoblost v průběhu života o kterou může člověk přijít (Dosedlová, 2016 s. 39, Křivohlavý, 2009, s. 33).

Balancování díky autoregulačnímu postupu se škodlivými patogeny v těle, jako dostatečně kompetentní postupuje nynější procesně zaměřená koncepce zdraví, která je v shodě s nynějším pojetím psychologie zdraví, tedy pojetí celku složeného z dílů (Dosedlová, 2016, s. 40). Egger koncepci zdraví vidí jako schopnost se autoregulačními procesy přizpůsobovat se systému, který je neustále proměnlivý (Dosedlová, s. 2016).

3.2 Hodnocení zdraví

WHO i jiné subjekty využívá k hodnocení zdraví populace díky metodologii Burden of Disease (GBD). První zpráva GBD byla zveřejněná v r. 2001. Díky tomuto vědeckému přístupu je možno zlepšit management zdraví a zdravotní péče v populaci. Metoda Metodologie GBD o nemocnosti a úmrtnosti pomůže kvantifikovat zdraví v populaci za pomoci obsáhnutí palety zdravotních potíží a několika jednoduchých indikátorů.

„hodnocení nerovností ve zdraví“

„posuzování relativní velikosti zdravotních problémů“

„hodnocení nákladové efektivity zdravotních programů“

„analýzu zdravotně – rizikových faktorů“

„zjišťování prevalence a incidence onemocnění“

„projekci zdravotního stavu“

Zdraví a jeho souhrnní ukazatelé dle GBD DALYs (disability-adjusted life years lost) „roky ztraceného zdraví“ ukazatel měřící odlišnost mezi opravdovým zdravím v populaci a počtem roků, které byly ztraceny díky úmrtím a nemocem. HALE (health-adjusted life expectancy) „zdravá délka života“ ukazatel měřící délku života, prožitého ve zdraví a v úplném zdraví. Diagnóza hlavní příčiny úmrtí se neztotožnila s hlavní diagnózou příčiny ve ztraceném zdraví. V prvním pořadí byla nejhlavnější příčinou úmrtí celosvětově diagnóza ischemická choroba srdce a u nejhlavnější příčiny ztraceného zdraví byla diagnózou infekce dolní části dýchacího ústrojí (Hrkal, 2002). Zpráva GBD při měření LE – Life expectancy střední **délky života v určitém zdravotním stavu** v r. 2017 ukazuje očekávanou a skutečně naměřenou hodnotu. V r. 2017 byl změřen LE u žen v ČR 81,4 oproti očekávané hodnotě 82 let a tom samém r. 2017 byl změřen LE u mužů 74,7 oproti očekávané hodnotě 76,3 let. V porovnání s r. 1990 se hodnota LE zvedla u žen o 6,5 roku a u mužů se hodnota LE zvedla o 8,7 roku (How long..., 2020). Zdravotní profil ČR z r. 2019 poukazuje na zvýšení střední délky života při zrození o 4 roky v časovém období mezi lety 2000, až 2017 se vyšplhal na 79,1 roku, takže náleží k vyšším z nově přichozích států. Přesto v r. 2017 byla česká hodnota průměrně skoro o dva roky menší než v EU (OECD, 2019).

Společnost „EHLEIS – European Health and Life Expectancy Information System“ poskytuje rozbor a syntézu naděje na život a zdraví. Poskytuje důkazy o nerovnostech mezi členskými státy a nastiňuje strategii v oblasti veřejného zdraví jak na vnitrostátní, tak na celonárodní úrovni. Provedly se **tři předchozí projekty** na podporu indikátoru HLY –

Health Life Years – zdravé délky života, založené na rozvoji informačního systému a průzkumné činnosti, která se soustřeďovala k monitoraci zdravotních proudů a mezer v Evropě. **V prvním projektu** v r. (2004–2007) projekt EHEMU souhrnně změřil zdravotní stav obyvatel, který naznačoval kvalitu zbývajících let, kdy se předpokládá, že osoba bude naživu, bez chronické nemoci, bez jiného postižení, ve zdraví. **V druhém projektu** v r. (2007–2010) projekt EHLEIS systematicky monitoroval zdravotní proudy a mezery mezi evropskými zeměmi a určoval jejich determinanty pomocí nástrojů, zahrnutých do průzkumu SILC European Statistics on Incomes and Living Conditions – statistické příjmy a životní podmínky a SDIL – průzkum o zdraví, stárnutí a odchodu do důchodu v Evropě. **Ve třetím projektu JA EHLEIS** zvýšit užitečnost a další rozvoj informačního systému EHLEIS a využití členskými státy při tvorbě politik (Advance research..., 2020).

3.3 Podpora zdraví

Prevence je v úzkém spojení s podporou zdraví. Prevence je v podstatě snaha předcházet nemocem. Rozlišujeme prevenci dle časového schématu na primární, sekundární, terciální (Machová, Kubátová, 2015, s. 13, Kebza, 2017, s. 33). Zdravotní edukace je obsažená s významnou rolí v prevenci, dispenzární péči, diagnostice, vyšetření, životním stylu, ošetrovatelství, rehabilitaci a v obnovení zdraví a kvalitě života. Zdravotní edukace je permanentní částí zdravotní péče a zdravotní ochrany. Je to integrální část práce, každého zdravotnického profesionála a současně se orientuje jak na populaci zdravou, tak i na populaci nemocnou. Dle WHO hraje životní styl důležitou roli v rozvoji nemoci (Farkašová et al., 2018, s. 33). Autor Mokdad zmiňuje studii, která potvrdila významnost prevence, kdy za polovinou smrtelnosti v USA stojí preventabilní zdraví podporující chování (Kebza, 2017, s. 33). Ministerstvo zdravotnictví ČR doporučuje pečovat o své zdraví a na svých webových stránkách představuje nároková vyšetření plně hrazená pojišťovnou. Děti v intervalu do 3 roků chodí opakovaně na všeobecnou prohlídku v rámci prevence, po 3 letech věku chodí ve stejných dvouletých intervalech jako dospělá populace. Prohlídka u stomatologa je hrazená 2x do roka. Ženy mohou od 15 roků každoročně absolvovat prohlídku u gynekologa.

V ČR se organizují tři screeningové programy problematiky maligních nádorů:

- screening pro malignitu hrdla dělohy – se vyšetřuje od 15 roků každoročně za pomoci cytologického stěru z čípku dělohy na pověřených pracovištích
- screening pro malignitu tlustého střeva i rekta se vyšetřuje testem okultního krvácení do stolice 1x za rok v období mezi 50. a 55. rokem života, 1x za dva roky od 55. roku test okultního krvácení nebo kolonoskopie v rámci screeningu 1x za 10 roků
- screening maligních nádorů prsu se vyšetřuje od 45. roku 1x za dvě léta

(Štěpanyová, 2018). Otázkou zůstává, kolik preventivní programy opravdu stojí? Existuje nepříliš mnoho záznamů o preventivních komunitních plánech. Vědci z univerzit v Americe provedli studii sumarizující výdaje vynaložené v rámci realizace intervencí v programu tzv. „*Komunitních transformačních grantů*“. Tento zmiňovaný program měl být nápomocný pro komunity ve vytvoření a realizování místních preventivních programů s různými partnery ohledně chronických onemocnění např. srdce, cukrovky, obezity. Údaje a náklady pocházející z období 2012-2015 v těchto grantech prezentovaly práci konzultantů, režijní náklady, služby, cesty, příspěvky. Následná analýza proběhla v období 2015-2016. Tři z programů pro komunitní a klinické služby měly menší cenu než 2,30 dolaru/os – a to jeden z programu obsáhl skoro 2mil. osob. Při celkovém propočtu se došlo k závěru, že navýšení o 10 000 osob snížilo celkové výdaje o 0,22 dolaru/os. Závěr byl, že intervence prezentující zdravotní preventivní pozitivní výstupy byly relativně nízkonákladové na osobu a pokryly velké množství lidí (Redakce, Hygieny, 2019, s. 179).

3.4 Primární prevence

Primární prevence, je v časovém schématu období, kdy je možno zamezit vzniku první choroby (Machová, Kubátová, 2015, s. 13). Potřebuje zveřejňování minimálně na stejné úrovni jako BESIP nebo reklamní produkty lékáren, uvedla autorka Hrubá. Politici řídící naši Českou republiku vyhledávají hygieniky v primární prevenci pouze při krizových momentech epidemií či metanolové afěře. Historicky před sametovou revolucí měli hygienici nezastupitelnou úlohu v podobě dozorování a kontrole zdravotního stavu obyvatelstva, tedy v primární prevenci. Dle jejich výsledků, bylo možné argumentovat politikům a tvořit nápravná opatření, zatímco po revoluci a v devadesátých letech byla pravomoc monitorace zdravotní situace obyvatelstva hygienikům odejmuta.

Ministr zdravotnictví vyjádřil podporu a zachování kompetencí hygieniků (Brablecová, 2019, s. 89-91). Autor (Bencko, 2011, s. 104-106) pro komparaci již v r. 2011 zaznamenal stejně jako autorka (Hrubá, 2013, s. 3-4). Postupné ubírání kompetencí hygieny další institucím, takže ze všech oblastí primární prevence jim zbyl pouze hluk a činnosti z oblastí zdravotně dozorčí kontroly.

Vláda zná zprávy o prvenství ČR v kuřáctví v některých onkologických onemocněních, cukrovce a dalších nemocech. Cigarety a alkohol se stává vidinou zisku pro rozpočet státu, ale přímou souvislost s rostoucím počtem srdečně cévních a onkologických onemocnění politici nechápou. V zahraničí např. Irsku probíhaly připravené kampaně ministerstva Zdraví = „*Ministry of Health*“, informující veřejnost o důležitosti absence kouření v restauracích, a tak tato změna proběhla za optimálnějších podmínek. Politici uznávají pouze sekundární prevenci výše uvedených komplikací, neuznávají příjem alkoholu a další preventabilní poškození zdraví a následky (Hrubá, 2013, s. 3-4). Pro zvednutí gramotnosti občanů a informacím vytvořených na důkazech, které budou garantovány MZČR Na „*Slezských dnech preventivní medicíny 2019*“ autor mluvil o záměru zřízení NZIP – „*Národního zdravotnického informačního portálu*“ (Brablecová, 2019, s. 89-91).

Edukační sestry z různých oborů FN Olomouc pravidelně provádějí nejen primární edukaci v pracovní době v nemocnici, ale se také setkávají s veřejností a potencionálními pacienty při workshopu Den prevence v Olomouci. Zájemci se mohou dozvědět, jakou mají hladinu cukru, jak se správně stravovat, kolik tuku mají v těle, jak správně provést první pomoc, nebo jak správně inhalovat (Pro informace..., 2020).

3.5 Sekundární prevence

Sekundární prevence znamená předcházení nechtěnému průběhu již propuklé choroby a zamezení vzniku komplikací (Machová, Kubátová, 2015, s. 13, Kebza, 2017, s. 33). Kebza a Farkašová zmiňují brzkou detekci latentní choroby a začít s léčbou choroby v momentu, než se začne rozvíjet a stane se chronickou. Také preventivní prohlídky zde mají své nezastupitelné místo, spolu se screeningem rizikových skupin (Kebza, 2017, s. 33, Farkašová et al., 2018, s. 34, Machová, Kubátová, 2015, s. 13). Definovaná kritéria musí splňovat screeningová vyšetření. Screening dotčených skupin by měl mít **specifický postup**, garantující co možná nejnížší nález výsledků tzv. falešně pozitivních, **senzitivní postup**

objevující všechny nové pozitivní nálezy a v neposlední řadě **příjemný postup** jak pro zdravotnický personál, tak pro pacienty a bezpečnou metodu pro pacienty z nejvíce rizikových skupin obyvatelstva. Dále je nutno počítat s psychologickými zápornými důsledky při tzv. výsledku falešně pozitivním, kdy existuje vzájemný vztah mezi množstvím otestovaných a rizikem falešně pozitivních výsledků (Kebza, 2017, s. 34).

3.6 Terciální prevence

Terciální prevence je zacílená na prevenci důsledků nemocí, dysfunkčních poruch vedoucích k invaliditě i k mobilizaci nemocného – např. totální endoprotéza kloubu a obsahuje nejvíce rehabilitaci – sociální, léčebnou, pracovní a počítá s rekonvalescencí a odvrácením recidiv a následným udržením požadované kvality života (Machová, Kubátová, 2015, s. 13, Kebza, 2017, s. 33). Většina společnosti chápe, jak je prevence důležitá a její provázanost s předcházením nemocí. Společnost si uvědomuje, že prohlídky v rámci prevence zvyšují kvalitu života a vlastně život prodlužují. Přes tato fakta se někteří lidé nedobrovolně zúčastňují prevence jako takové, i když léčebnému procesu se zúčastňují zcela dobrovolně. Zdravotní výchova má za úkol přimět populaci ke změně chování, tedy přechod ze zóny léčby nemoci do zóny prevence a podpory zdraví (Machová, Kubátová, 2015, s. 14).

4 NEMOC

V psychologickém slovníku je opačně zmiňován k optimismu kontrast pesimismu, které jsou společně dotvořeny rodinnou výchovou a také podpořeny životními zkušenostmi a postoji ve vzájemném protikladu (Hartl, Hartlová, 2000 (2004, s. 374). Seligman uvádí, že existuje propojení našeho imunitního systému a mozku, a to na hormonální bázi, nikoli nervy. Rozpoložení v mozku se reflektuje v psychice člověka. Toto rozpoložení usměřňuje zbytek těla. Je zaznamenáno, že u depresivního člověka dochází v mozku ke změně. Chemické látky neurotransmitery, přenášející informace v nervové soustavě se při depresivním onemocnění spotřebují. Jedním z takových spotřebovaných transmitterů, díky depresi, mohou být katecholaminy. Následkem tohoto děje rozpozná imunitní systém smutek a depresi svého organismu a ten začne produkovat svůj vlastní morfin. Imunitní systém, se podle biologických úvah tímto vyrazuje z činnosti. Americkými vědci se prokázalo, že týden po smrti manželek se zpomalila produkce T lymfocytů jejich pozůstalým manželům v období truchlení než jako obvykle. Po určité době se znovu nastartovala (Seligman, 2013, s. 288-289).

Kalová a kol. uvádí modely v nemoci, ve zdravotnické péči, rehabilitaci a ošetrovatelství „*bio-psychosociální model nemoci*“ se soustředí na zaměřenosti na dopad v cíli, zaměřenost a získání dostupných informací potřebných k rehabilitaci a ošetrování nemocného, klasifikační systém odpovídající ICIDH (*International Classification of Impairment, Disability and Handicap*). V tomto modelu zdravotníci srovnávají: poškození → s poruchou schopnosti a → poškozením. „*bio-medicínský model nemoci*“ řeší teoretické a koncepční východisko pouze kurativní medicíny.

Soustředí se na:

- orientace na příčinu choroby/stavu
- orientace na zjišťování báze pro léčbu
- klasifikační systém ICD (*International Classification of Diseases*). V tomto modelu zdravotníci srovnávají: příčinu nemoci → projev nemoci → léčba (Kalová et al., 2005, 165-168).

5 DETERMINANTY NAŠEHO ZDRAVÍ

Kladné a záporné působení různých faktorů, determinantů může mít pozitivní i negativní vliv na zdraví (Zdraví, 2016, Machová, Kubátová, 2015, s. 11, Farkašová et al., 2018, s. 10-11). Dále můžeme rozlišovat determinanty na zevní a vnitřní. Mezi zevní faktory ovlivňující zdraví patří styl života, kvalitní životní a pracovní prostředí a v neposlední řadě zdravotní péče – jejich kvalita a poskytovaná úroveň (Machová, Kubátová, 2015, s. 11, Farkašová et al., 2018, s. 9–10).

Determinanty jsou podmínky, které naše zdraví chrání a posiluje nebo oslabuje a vyvolá chorobu. WHO v příspěvku Holčíka zmiňuje podobné determinanty – kvalita zdravotní péče 15-20 %, genetický základ 10-15 %, životní prostředí 20-30 % a životní styl 50-60 % (Holčík 2004 dle Farkašová et al., 2018, s. 10). Determinanty zdraví v populaci dle Dahlgrena a Whiteheada z r. 2006 tzv. Duhovém modelu jsou v centrální báze pomyslné duhy věk, dědičnost a pohlaví, v dalším pruhu jsou vliv životního stylu jedince. Dále faktor komunity a společnosti. Asi nejširší pás duhy zabírá průmysl zemědělský a potravinářský, bydlení, vzdělávání, zdravotní péče, pracovní prostředí, hygiena a voda, podmínky života a práce a nezaměstnanost (Dosedlová, 2018, s. 78). Reciproční vztahy mezi podmínkami našeho zdraví a zdraví uvádí autorky v poměru „50% životní styl, 20 % životní prostředí, 10% zdravotní služby a 20 % genetický základ“ (Machová, Kubátová, 2015, s. 10, Mlčák, 2007, s. 8-10). WHO v r. 2010 definuje determinanty zdraví podle Kříže 50% životní způsob, 25% genetický základ a životní a pracovní prostředí, 25% zdravotní péče (Dosedlová, 2018, s. 78-80).

WHO Determinanty tvoří zdravotní profil jedince, vnímaný well-being, vnímanou harmonii života, délku života a jeho kvalitu. Determinantami WHO jsou zaměstnanost a sociální postavení člověka, vzdělání, životní prostředí, podporu sociálních sítí, kulturní zvyky a zdravotní péči, genetický základ a pohlaví (Zdraví, 2016). Snaha podporovat zdraví, participovat na tzv. prevenci vzniku nemoci je nedílná součást v péči o svoje zdraví. Je to synergický účinek utužování fyzického, duševního zdraví a pohody v sociální oblasti a zvýšení imunity proti nemocem. Aktivita lidí vůbec celé společnosti ochotně se podílet na správě vlastního zdraví a umožňovat sociálními a ekonomickými podmínkami je nazýván podporou zdraví. Role žen je důležitá při utváření vztahu ke zdraví ať už v oblasti hygieny, výživy a dalších oblastech. Rozhodující je její hodnotová orientace a vzdělanost (Machová,

Kubátová, 2015, s. 12). Nedílnou součástí péče o naše zdraví je jeho podpora a prevence nemocí (Kunzová, 2014, s. 123-130). Zdraví podporujeme buď jako jednotlivci nebo ve skupinovém společenství (Machová, Kubátová, 2015, s. 12, Farkašová et al., 2018, s. 32). **O těsnosti vztahu zdraví a kvality života** autor Maussen pojednává v závěrečné zprávě expertních skupin z úřadu vlády ČR (Maussen et al., 2020). **Z tohoto důvodu budou některé následující kapitoly determinanty zdraví, budou detailněji popsány.**

5.1 Determinanty zdraví ovlivňující kvalitu života

„[Když se ptali Dalajlámy, co ho na lidech a lidskosti nejvíc překvapuje, odpověděl:] Lidé. Protože obětují zdraví, aby vydělali peníze, potom obětují peníze, aby znovu získali zdraví, potom se tak znepokojují minulostí a budoucností, že si neužívají přítomnosti, a tak nežijí ani v přítomnosti, ani v budoucnosti. A žijí tak, jako by neměli nikdy zemřít, a potom zemřou bez toho, aby předtím žili.“ Dalajláma (www.citaty.net).

5.2 Kouření

Poměrná část zkoumaného vzorku v průzkumu diplomové práce jsou kuřáci. Obsáhlejší kapitola o kouření koresponduje s významným dopadem na kvalitu života nemocných. **WHO doporučuje hodnotit kvalitu života v rámci celku, posuzovat nedílnou měrou vliv kouření na celkové zdraví a s těmito výslednými fakty seznamovat jak laickou veřejnost, tak i lékařskou** (Hrubá, 2014, s. 183-194). Optimistický bias, které nám zkrášluje budoucnost růžovými barvami, nás může motivovat k aktivní činnosti. Bohužel u kuřáků díky optimistické bias dochází k tomu, že kuřák si je vědom, že jeho závislost zdraví poškozuje, ale často nevěří tomu, že zdraví se poškozuje zrovna jejich (Horák, 2020).

Tabák patří mezi rizikové faktory (Machová, Kubátová, 2015, s. 61). Odhaduje se, že v ČR v r. 2017 zemřelo 48 % osob díky rizikovému faktoru kouření (OECD, 2019, s. 7). Kouření má podle WHO a MKN svou diagnózu, je to tedy nemoc, s označením F17 od r. 1992. Můžeme ji označit jako dětskou nemoc, protože začíná v naprosté většině v dětství a v dospělém věku je cca 20 % nemocných. Zakladatel lékařské statistiky profesor Richard Doll z Oxfordu prokázal přímý vztah kouření a rakoviny plic již v r. 1950 (Králiková, 2019, s. 3). Nebezpečné působení pasivního kouření z druhé a třetí ruky při nedobrovolném

působení zajímá vědce (Hrubá, Šikolová, Peřina, 2014, s. 190-194). Nemoc kouření je nejvíce preventabilní ze všech možných intervencí. Stačí vůle chtít závislost léčit, není třeba financí. Stačí intervenovat, sestra může významně pomoci krátkou intervencí. Je zajímavé, že přes jednoduchost prevence i léčby, nás mnoho nezajímá (Králíková, 2019, s. 3). Jednoznačná účinnost a efektivita BI zacílených na důležité podmínky životního stylu mj. i kouření v souvislosti s KVO, maligním onemocněním, cukrovkou (Kunzová, Hubá, Řimák, Sochor, 2014, s. 123–130).

Americká data z r. 2012-2015 o dotacích na granty proti kouření ukazují, že za konzultanty, cesty, investice, se utratilo pro 6 mil/osob tedy méně než 1,2 dolaru/osobu (Redakce, ...2019, s. 179). Autor (Kodl, 2014, s. 104-106) uvedl v r. 2014, že v poslední době kouřilo 30 %, napříč populací kouří více mužů než žen s nevýznamným statistickým rozdílem. V r. 2019 užívalo tabák 20% populace v ČR proti průměru 17 % v EU (OECD, 2019, s. 7, Králíková, 2019, s. 3). I přes redukci užívání tabáku v poslední dekádě, v r. 2017 každodenně kouřilo 23 % mužů a 14,5 % žen (OECD, 2019, s. 7). Ve věkovém rozmezí 13-15 letých jsou častější kuřáčky dívky (Kodl, 2014, s. 104-106). Pro srovnání v ČR patří k nejvyšším příčkám dětských 15-16 letých kuřáků z EU, kdy chlapci kouří ve čtvrtině a dívky ve třetině případů (OECD, 2019, s. 7). Množství uživatelů vodní dýmky se zdvojnásobil v r. 2002. Kuřáci vysokoškolsky vzdělaní kouří nejméně, v porovnání se středoškolským, či základním vzděláním (Kodl, 2014, s. 104-106) I přes redukci užívání tabáku v poslední dekádě, v r. 2017 každodenně kouřilo 23% mužů a 14,5% žen (OECD, 2019, s. 7).

Mistrovská dezinformační propaganda se skrývá v dokumentu ČT2 pod názvem „Boj o miliardu životů“. Tvůrci na konci amerického filmu vytrhují z kontextu závěry některých, ale ne všech studií, že pokud by někdo zakazoval užívání e-cigaret, tak tím podporuje klasické cigarety a je v ohrožení miliarda životů. Výchovné pořady produkující fy Phillip Morris, které simulují edukaci proti kouření dětí, ale mezi řádky to má zcela opačný efekt. Dále film podal například lživou informaci o neškodnosti ve skutečnosti velmi návykového a toxického nikotinu a dezinformaci o bezpečné alternativě používání e-cigaret, které zanáší do respiračního traktu až dvojnásobek prachových částic (Hrubá, 2019, s. 72-75). Prachové a ultra jemné prachové částice jsou **samostatným rizikovým faktorem** KV, respiračních, neurologických onemocnění (Hrubá, Peřina, 2016, s. 19-23). Autorka pokládá tento dokument za lživý, nemorální trik tabákového koncernu podporující kouření především u lidí, kteří neměli doposud validní informace a teď je mají (Hrubá, 2019, s. 72-75).

Návrh na „*protikuřácký zákon*“ podepsal prezident Miloš Zeman v r. 2017 a tím podpořil a souhlasil s podporou ochrany zdraví dětí a mládeže a současně snížil dopady škod návykových látek na lidský organismus (30. května, 2017). Zvolská a Králíková shrnuly pět pozitivních faktů jednotného balení cigaret proti argumentům tabákového průmyslu. Fakta, která byla založená na důkazech.

- 1) celkem 75 studií z Irska z r. 2014 sumarizovala profit z jednotného balení, další review doporučení podporují
- 2) australskou zkušenost s jednotným balením otiskl v dubnu 2015 impaktovaný časopis Tobacco Control
- 3) v Austrálii existovala zkušenost jen pozitivní, že jednotná balení významně ovlivnila zdraví veřejnosti
- 4) pozitivní zkušenost z Austrálie byla zveřejněna na webových stránkách neziskové firmy Cancer council Victoria
- 5) sekretář UK Ban Ki-moon podpořil heslem „*Světový den bez tabáku WHO v r. 2016*“ (Zvolská, Králíková, 2019, s. 60-65).

5.3 Výživa

Z hlediska kvantity výživa zajišťuje přijímání energie. Zjednodušeně lze říci, že energetický příjem by se měl rovnat energetickému výdeji. Osoby vykonávající svalově nenáročnou práci mají mít menší energetický požadavek na stravu než osoby těžce pracující. Z hlediska kvality by měla být strava pestrá a vyvážená, zajišťující příjem živin (Machová, Kubátová, 2015, s. 17). Primární živiny známe cukry, tuky a bílkoviny (Machová, Kubátová, 2015, s. 17, Komprda, 2009, s. 7, Piňha, Poledne, 2009, s. 13). Metabolismus se důležitý proces, který představuje zpracování tráveniny, která se dostala do tenkého střeva a přes její membránu se jednodušší látky transportují krevním oběhem k jednotlivým orgánovým systémům, do tkání a do buněk. Centrum pro správu pocitu hladu a nasycení sídlí v mezimozku, oblasti hypotalamu reaguje na upozornění hormonů z tenkého střeva a jater o situaci vyprázdněného žaludku či střeva. Jedním z těchto hormonů je inzulín a leptin, hormon v tukové tkáni, snižující chuť člověka. Paradoxem zůstává, že lidé s obezitou mají leptinu více než lidé s průměrnou hmotností.

Z hlediska vývoje člověka, který probíhal od nepaměti, se přednostně využíval „*spořivý gen*“, který dokázal lépe využít potravu tím, že uložil zásobu energie do tukové tkáně. Tím, že přežilo více nositelů tohoto genu, tak se populačně rozmnožili a přežili do dnešních dnů (Komprda, 2009, s. 7).

Výchozí problém výživy v ČR není primární absence potravin v obchodě, ale naopak nevyváženost a skladba jídelníčku (Kodl, 2014, s. 94). Obezita v našem životě navyšuje riziko vzniku maligních nádorů, obezita typu jablko a kouření je společným znakem pro inzulinorezistenci, která vede k KV nemoci a úmrtnosti (Hlúbik, 2016, s. 70-73). Na druhou stranu „*poruchy příjmu potravy*“ (PPP) především u žen, které dospívají, mladších žen a ojediněle mezi chlapci jdou napříč společností a kulturou. Zkušenosti s PPP jsou získány za posledních 30–50 let (Krch, 2017, s. 10-13). V rámci Slezských dnů medicíny prevence v r. 2019 byl ministrem zdravotnictví navržen záměr o vytvoření NZIP – „*Národního zdravotnického informačního portálu*“, který by významnou měrou přispíval k navyšování gramotnosti v oblasti zdraví našich občanů (Brablecová, 2019, s. 89-91).

5.4 Cukry, tuky, bílkoviny

Cukry

Cukry někdy nevhodně označené pod názvem uhlovodany či uhlohydráty jsou nejvýznamnějším energetickým zdrojem a dělíme je na „*monosacharidy, oligosacharidy (disacharidy), polysacharidy a rozpustnou vlákninu*“ (Piřha, Poledne, 2009, s. 15-16). Cukry tvoří významný zdroj rychlé energie. Pokryje většinovou potřebu organismu a to z 55 % (Komprda, 2009, s. 7, Machová, Kubátová, 2015, s. 14). Nespotřebovaná energie sacharidů se ukládá v podobě tuku (Piřha, Poledne, 2009, s. 15-16). Při porovnání s WHO nutričními cíli je napříč populacemi v ČR zvýšený příjem jednoduchého cukru (Kodl, 2014, s. 94).

V Čile změna potravinářského zákona reklamy v letech 2015-2017 přinesla omezení nákupu slazených potravin a tekutin díky výstražným nálepkám na přední straně obalu. Nálepky varují před vysokým množstvím cukru a tuku. Observační studie potvrdila úspěšnost tohoto striktního kroku i v Izraeli a v Uruguayi (Aillie et al., 2020). Nevyužitelným zdrojem sacharidu je nerozpustná vláknina. Vyvážený poměr rozpustné a nerozpustné vlákniny se doporučuje 1:3. Vláknina má projektivní účinek na střevo, na srdečně-cévní onemocnění, cukrovku, chronickou zácpu, gastrointestinální onemocnění, Crohnovu chorobu,

divertikulární onemocnění (Piťha, Poledne, 2009, s. 15-18). Zdravotní profil ČR z r. 2019 poukazuje na nízký příjem ovoce a zeleniny s tím, že 44% dospělé populace uvedlo, že zkonzumuje necelý kus ovoce za den (OECD, 2019).

WHO doporučuje výživové cíle pro příjem zeleniny a ovoce, sodíku a vlákniny. Polovina dětské populace nekonzumuje ani jeden krát denně zeleninu nebo ovoce (Kodl, 2014, s. 94). Autoři také poukazují na mnohostranný příznivý účinek vlákniny. Příjem tohoto nevyužitého sacharidu by měl být denně alespoň 30 g (Komprda, 2009, s. 22, Machová, Kubátová, 2015, s. 21). Autoři doporučují až 35 g/ na den (Piťha, Poledne, 2009, s. 15-18). Vysoký podíl jednoduchého cukru přispívá velkou měrou ke vzniku zubního kazu (Komprda, 2009, s. 20, Machová, Kubátová, 2015, s. 251, Piťha, Poledne, 2009, s. 16).

Mozek je nejvýznamnější spotřebitel glukózy v těle člověka, spotřebuje denně polovinu a více z jejího celkového příjmu. Z cukrů se do popředí odborné vědecké diskuze dostává rezistentní škrob, nacházející se např. usušeném chlebu, v syrové bramborě nebo v nezralém banánu. V tlustém střevě prochází tento škrob kvašením a mění se na kyselinu máselnou, která brání buňkám zvrhnout se na buňky karcinogenní (Komprda, 2009, s. 20). Laktózová intolerance je závažná z důvodu absence příjmu mléčných výrobků (Machová, Kubátová, 2015, s. 20).

Tuky

Tuky jsou částí buněk, které slouží jako stavební surovina nebo jsou zásobárnou v podobě podkožního tuku, působí termoregulačně. Nepostradatelný tuk potřebuje tělo pro důležité funkce, jako rezervu energie, jako základ tvorby pro pohlavní hormony, možnost uklízet vitamíny (D, E, K, A). Doporučený poměr tuků živočišných a rostlinných je v poměru 1:2. Při absenci cukru se tuk stane zásobárnou energie pro tělo (Machová, Kubátová, 2015, s. 19). Autoři se shodují na denním 30 % příjmu tuku v naší stravě (Machová, Kubátová, 2015, s. 19, Komprda, 2009, s. 19, Piťha, Poledne, 2009, s. 23). Dle výživových cílů WHO se zjistilo, že ani v jedné sledované skupině populace se nedosáhlo výživového cíle. Z celkového příjmu se tuk pohyboval v 36-40 %. V případě cholesterolu byl cíl výživy splněn u žen a dětí, ale u mužů byl příjem 380-500mg/den (Kodl, 2014). Denní příjem cholesterolu se doporučuje mezi 300-400 mg, vyšší predikuje vznik aterosklerózy a KVO kardiovaskulární onemocnění (Machová, Kubátová, 2015, s. 20).

Bílkoviny

Bílkoviny nejsou tak moc důležité, jako další živiny a hradí v organismu cca 10-15% energie, v kritických stavech se přeměňuje bílkovina ze tkáně na cukr díky glukoneogenezi (Machová, Kubátová, 2015, s. 22). Tato živina je podstatná k obnově tkáně organismu, tvoří část hormonů a enzymů, je nosičem různých látek v těle. Skládá se z menších jednotek, které se jmenují aminokyseliny. Proteiny jsou polymery, důležité při stavbě struktury orgánů. Pro optimální pestrout výživu se doporučuje kombinace živočišných a rostlinných bílkovin 1:1 (Komprda, 2009, s. 12-13, Piťha, Poledne, 2009, s. 13-15).

Při spotřebě potravin a komparaci jeho jednotlivých složek pouze bílkovinná složka odpovídala skutečnému příjmu a doporučení (Kodl, 2014, s. 94). Ve všech jídelnách škol se potvrdil vyšší zastoupení bílkovin na úkor železa a vápníku. Projekt „*Zdravá školní jídelna*“ byl prezentován na Slezských dnech medicíny a prevence r. 2019 (Brablecová, 2019, 89-91).

5.5 Alkohol

Podobně jako v ČR tak i v dalších evropských zemích razantně stoupala spotřeba alkoholu od konce druhé světové války až po 80. léta století dvacátého. Podle Evropské komise a WHO spotřebuje dospělá osoba v ČR 16,6 l oproti 12,5 l čirého alkoholu v zemích EU (Kodl, 2014, s. 106-107). Kotulán uvádí spotřebu 10 l čirého alkoholu na osobu za rok (Kotulán, 2015, s. 81-85). Autor pro srovnání v r. 2017 uvedl celkovou spotřebu čirého alkoholu 11,6 l na dospělou osobu, kdy se ztotožňuje také s nejvyšší spotřebou v zemích EU (OECD, 2019, s. 8). Konzumace čirého alkoholu je více riskantní, než konzumace vína a piva pro kardiovaskulární onemocnění, rakovinu a cirhózu jater (Farkašová et al., 2018, s. 39, Machová, Kubátová, 2015, s. 67). Kodl uvádí, že zdravotní riziko pro denní příjem alkoholu je u žen 13 % a u mužů 26 % (2014, s. 108) proti Kotulánovi, který v samé problematice a téměř stejné době uvádí u 11 % žen a 18 % mužů (2015, s. 81-85). Mládež pije především pro pocit, že je přijímána jako dospělá. Jeden z cílů Zdraví 21 požaduje, aby mládež nepila alkohol žádný do 15 let. Existuje znepokojenost s pitím alkoholu českých teenagerů, kdy v r. 2015 třetina dívek a půlka chlapců mezi 15-16 lety sdělily vyšší příjem jednorázového pití, což je více než v EU (Machová, Kubátová, 2015, s. 67, OECD, 2019, s. 8, Kodl, 2014, s. 94). Dle osvětové akce o alkoholu a dalších drogách pod názvem ESPAD (Evropská školní

studie o alkoholu a jiných drogách) ve školách se potvrdil mezi výše uvedenou skupinou teenagerů nadprůměrný příjem alkoholu, vyšší než evropský průměr (Machová, Kubátová, 2015, s. 70). Retrospektivní studie ukazuje statisticky významnou závislost na pohlaví. Zjistilo se, že muži umírají dříve a starší lidé umírají dříve s pozitivní hladinou alkoholu v krvi. MZČR vydalo v r. 2015 akční plán na omezení škod, které byly zapříčiněny alkoholem. Akční plán se zaměřuje na změnu tolerance společnosti k alkoholu, na snížení konzumace jako takové a na redukci škod, které jsou způsobeny jeho užíváním (Juříčková et al., 2017, s. 266-270). Systém AHTO „*alcohol's harm(s) to others*“, která není v české literatuře dostatečně analyzovaná, pomáhá ve zpracování sumarizovat škody okolí, rodině, komunitě a vůbec celé společnosti, způsobené jedincem závislým na alkoholu (Nováková, Mravčík, 2020, s. 10-16). Konzumace alkoholu se nedoporučuje před spaním z důvodu centrálního myorelaxantia, kdy ochabnutí krčních svalů podporuje přímo obstrukční spánkovou apnoe a ohrožuje nemocného z dlouhodobého hlediska vznikem kardiovaskulárních onemocnění (KVO), cukrovkou, arytmiemi, cévní mozkovou příhodou (Hobzová, 2017, s. 180-184).

5.6 Spánek

Životní tempo, které se zrychluje, zkracuje délku spánku. V současnosti se potvrzuje, že nedostatek spánku neovlivňuje kvalitu života, ale intermitentní spánek a následné vyloučení hormonů stresu kumuluje riziko civilizačních nemocí a kvalitu života ve značné míře usměrňuje (Nevšímalová, 2006, s. 342-347). Ke správné životosprávě patří spánek. Nedostatek spánku – insomnie vede k onemocnění a také není možné provést duševní hygienu. K běžnému režimu patří mimo pravidelnou stravu včetně snídaně, pravidelný spánek (Dosedlová, 2018, s. 81, 107). Dlouhodobá redukce spánku vede k vážným tělesným i duševním poruchám. Téměř u všech psychiatrických nemocí se nespavost vyskytuje. Je komplikované rozlišit, jestli nespavost je příčina duševní poruchy nebo její následek. Většinou se však ze vzájemné reakce insomnie a psychické poruchy vyvine chronický bludný kruh podporující psychickou nemoc. Nespavost jako taková brání účinné terapii (Piško, 2012, s. 10-12). Jednou s častých poruch spánku je chrápání. Problematika chrápání je zjednodušována pouhým narušením klidu spolunoclezníka, ale může být i problémem pro samého chrápajícího. Závažné onemocnění spánková apnoe se může projevit právě chrápáním. Spánková apnoe obstrukcemi dýchacích cest snižuje kvalitu života nemocného,

zvyšuje se riziko KVO a metabolických funkcí, přes den pak provází nemocného spavost, únava a mikro spánky predikující možnou dopravní nehodu. Počty spánkových oddělení roste a také se zvětšuje možnost domácího screeningu urychlující průběh diagnostiky (Hobzová, Salzman, 2017, s. 180-184). Nespavost díky únavě snižuje pracovní a společenské uplatnění a umožňuje vznik pocitu bezmoci a osamělých ruminací. Brzké rozpoznání nespavosti je základním úkolem psychiatra (Piško, 2012, s. 10-12).

5.7 Kardiiovaskulární onemocnění

Vzniklá chronická onemocnění a z nich vedoucí komplikace velice těsně ovlivňují subjektivně vnímanou kvalitu života (Mareš, 2010, s. 17). Z epidemiologického hlediska jsou KVO nejčastější příčinou smrti na celém světě i v ČR. Více než polovina všech úmrtí připadá na KVO, to je více než všechny další nemoci dohromady. Za posledních 35 let dochází k příznivému 5% poklesu srdečně cévní úmrtnosti a tím k prodloužení HALE (Talafa, Zapletalová, Pastucha, 2015, s. 194-197). V ČR je „*Národní register kardiiovaskulárních operací a intervencí*“ (NRKOI). Dělí se na dva moduly. Modul pro kardiochirurgické operace (NKR) a modul pro kardiiovaskulární intervence (NRKI). NRKOI registruje celoplošně populaci a kumuluje data o realizovaných kardiochirurgických operacích a o realizovaných kardiiovaskulárních zákrocích u nemocných s ICHS. Oba moduly se sesbíranými daty dávají podrobný přehled a veškeré informace o nemocném pro kardiologa a pro kardiochirurga. Oba moduly dohromady umožňují snazší koordinaci a následnou péči a v urgentních případech lze zjistit rychle informace o předchozí terapii nemocného.

Můžeme říct, že NRKOI je součástí komplexu a efektivity péče o srdce v ČR rozhodně se podílí na **zvyšování kvality** (Národní registr..., 2020). Rizikový faktor pro budování aterosklerózy je kouření. Existuje 43 známých karcinogenů v tabákovém kouři a pasivní kuřáci inhalují přes 400 chemikálií (Farkašová et al., 2018, s. 41). Léčba statiny je důležitá především u KV rizika diabetických pacientů (Karásek, 2018, s. 58-61). Hypertenze je rizikový faktor vzniku KVO (Kodl, 2014, s. 121). Autoři doporučují uvědomit si základní zásady antisklerotické stravy a začleňovat je do života od dětství.

Je to zdravá kombinace čtyř bodů:

- používat nenasycené mastné kyseliny v rostlinných olejích a vynechat nasycené a transmastné kyseliny
- zvýšit příjem PUFA n-3 rybami, mořskými plody, rostlinnými zdroji
- pravidelný příjem mléka a mléčných zakysaných výrobků vede k snížení rizika metabolického syndromu
- zvýšit příjem zeleniny, ovoce, ořechů a produktů z vysoce vymílaných obilovin

Vše se zapíjí lehkým červeným vínem s nižším obsahem alkoholu a ochranným účinkem resveratrolu (Kajaba et al., 2019, s. 10-15). V kontrastu řečeného dle studie z 60. let, která prokázala, díky regionálním způsobům stravování, sníženou úmrtnost na KVO. Další studie prokázaly preventabilní účinky středomořské stravy na KVO, i když klinicky již byly méně prokázány. Přes analýzu velkého množství studií přetrvávají pochybnosti o účincích středomořské diety na nemocné s nebo bez KVO. Při srovnání dat úmrtnosti žen a mužů z r. 2015 z Eurostatu na KVO ve středomoří a jiných evropských státech je jasné, že nejnižší úmrtnost (*do 290/100 tisíc*) měly severské a západoevropské státy jako např. Francie, Spojené království, Holansko, Švýcarsko, Lucembursko, Dánsko, Švédsko, Norsko oproti vyšší mortalitě (*320-390/100 tisíc obyvatel*) středomořských států, jako jsou Itálie, Španělsko, Kypr, Malta, Řecko.

ČR měla nejvyšší úmrtnost *630/100 tisíc* (Kříž, 2019, s. 178). Afshin z r. 2017 zjistil, že strava zabije na světě víc, než kouření a hypertenze. Na zpracování nejkompexnější analýzy zdravotních účinků stravy spolupracovalo 130 vědců ze 40 zemí světa. Špatný výběr stravy v r. 2017 zabila více než 10,9 mil. osob, tj. 22% úmrtí všech dospělých s KVO v čele, dále rakovinou a cukrovkou (New study Finds, 2019). Pro velkou morbiditu a mortalitu díky KVO by měla být úloha státu ve zdravotní politice jasná. V základním principu celoplošná apelace pro zdravý životní styl. Důležitým úkolem je také vzdělávání napříč celou populací v ordinacích, v médiích. Úloha sdělovacích médií je častější a intenzivnější informování laiků o prevenci, příčině a dopadu chorob srdce. Odborné komunity v čele s odborem preventivní hygieny a epidemiologie organizují primární prevenci masově pro obyvatelstvo (Talafa, Zapletalová, Pastucha, 2015, s. 194-197).

5.8 Obezita

Obezita je nemoc, vznikající porušením rovnováhy energie v lidském těle (Komprda, 2009, s. 48-50, Machová, Kubátová, 2015, s. 235-236). Obezita patří v současnosti mezi nejvíce závažná zdravotní rizika. Obezitu v zásadě může ovlivňovat každý (Hlúbik, Hlúbik, 2016, s. 70-73). Vizuálně rozlišujeme především nebezpečnější rizikovější mužský typ centrální obezity takzvané jablko a více ženský typ obezity takzvaná hruška. Prakticky můžeme obezitu vypočítat podle antropometrického již 200 let starého vzorce BMI vypracovaného Queteletem, zohledňující poměr výšky člověka a jeho hmotnost (Komprda, 2009, s. 48-50, Machová, Kubátová, 2015, s. 235-236). U preventivní kontroly u 610 jedinců zdravé populace byla pozorována hmotnost, obvod pasu. Způsobem bioimpedance se stanovilo množství tuku v těle. U některých jedinců s BMI v zóně nadváhy či 1. stupně tloušťky se interpretace a nesprávné hodnocení díky adjustaci bioimpedance a změřením obvodu pasu zcela změnila, neboť navýšené množství svalové tkáně je žádoucí a není rizikové pro vznik metabolických nemocí (Hlúbik, Hlúbik, 2016, s. 70-73).

Metabolickým syndrom zvyšující vznik KVO postihuje až 20-30 % dospělých v Evropě. Tloušťka se vyvíjí díky následkem neoptimálního příjmu potravy současně s malou pohybovou aktivitou. Obezita podporuje významně rozvoj chronických onemocnění. Nadváhu nebo obezitu má 57 % a víc populace dospělých v ČR a tento poměr není možné snížit (Kodl, 2014). Zvyšuje se úroveň dětské obezity a nadváhy. V r. 2013–2014 měli patnáctiletí obezitu nebo nadváhu okolo 17,5 %. Obezita se vyskytuje u děvčat ve 12 % a u chlapců ve 23 % (OECD, 2019). ČR se v obezitě umístila na předních místech Evropy. U obézních nemocných se zvyšuje 7x riziko vzniku cukrovky a 6x riziko vzniku hypertenze (Kodl, 2014, s. 101). Autoři – zpřehlednili aktuálně tři propracované plány proti obezitě jak v kontextu s ČR, tak i s Evropou.

- 1) „Evropský akční plán proti dětské obezitě 2014-2020“ Cílem tohoto plánu je tlumit růst dětí a mládeže do 18 let v obezitě do r. 2020. Hodnotící údaj z r. 2017 a zároveň největší nedostatky ve 3. Oblasti „Zdravá volba snadná volba“, ve 4. oblasti Kritéria nutrice pro snížení reklamy, v 5. oblasti Výživa a aktivní pohyb, v 6. oblasti Národní návrh pohybu.

- 2) „*Zdraví 2020 – Akční plán AP2b – prevence obezity (APPO)*“ Cílem tohoto plánu v rámci národního cíle chránění a pomoc v prevenci onemocnění a zdraví. Byly realizovány projekty edukace a intervence. Zdravotní ústav a SZÚ monitorovaly obezitu a vzájemný vztah s komorbiditou, je nachystána 3. vlna zkoumání EHIS.
- 3) „*WHO – Skoncování s dětskou obezitou*“. Cílem tohoto plánu je snižování rizika úmrtnosti u neinfekčních onemocnění, snižování psychosociálních traumat z obezity po celý život a snižovat rozvíjení obezity pro všechny do budoucna. Vytvořit zdravé prostředí celé společnosti jako komplex, který bude podporovat zdravou volbu jednotlivce ve zdraví a ve výživě (Fiala, Kaňová, Kotalová, 2019, s. 117-127). Na závěr kapitoly Obezita autoři zmiňují, že zhodnotit obezitu v ordinaci díky změření obvodu v pase vypočtení BMI dokáže každý (Hlúbik, Hlúbik, 2016, s. 70-73).

Hypertenze

Hypertenze se považuje za nejdůležitější celkové riziko vzniku chronických nemocí a je významným činitelem vzniku rizika kardiovaskulárních onemocnění (KVO). V ČR se vyskytuje hypertenze, která postihuje třetinu žen a polovinu mužů (Kodl, 2014, s. 121-123). Ve zhodnocení 10 hlavních rizik přispívající k DALY (Disability Adjusted Life Year) v letech 2007-2017 ve všech věkových kategoriích studie IHME z univerzity ve Washingtonu (Institute for Health Metrics and Assessment) uvedla na třetím místě největší riziko vysoký krevní tlak. Nejvíce pak úmrtí a zdravotního postižení ve stejné době způsobila ischemická choroba srdce, která je také na prvním místě v příčinách smrti (New study finds, 2019). Studie HELEN v ČR (2010) potvrdila významný nárůst výskytu hypertenze nemocných ve středním věku jak u mužů, tak i u žen (Kodl, 2014, s. 121-123).

Důležitost zdravotní gramotnosti zkoumala dva roky trvající kohortová studie v USA, kdy se tlak měřil v určitých časových intervalech u diagnostikovaných hospitalizovaných nemocných s hypertenzí. Hospitalizovaní nemocní s hypertenzí, kteří mají menší zdravotní gramotnost a dobrý přístup k péči není rozdíl v regulování hypertenze, ale u jiné skupiny nemocných s menší zdravotní gramotností, je méně pravděpodobné, že budou mít dobrý přístup k léčbě, nebo se jim naměří riziková hodnota jednou (McNaughton et al., 2014). Mimo zdravotní gramotnost je nutné dodržet správné měření krevního tlaku jak v ordinaci, tak i v domácím prostředí. Pro měření krevního tlaku ambulantně se používají validizované přístroje k 24 hod měření, kdy nejdůležitější hodnotou je průměr za 24 hod, průměr za den a za noc.

Dále je nutné myslet na Syndrom bílého pláště – „*white coat hypertension*“ (WCH) a jeho opačnou problematiku, a to maskovanou hypertenzi (Souček, 2019, s. 14-19). Třetina nemocných s hypertenzí neví o své nemoci, pouze čtvrtina hypertoniků je zdárně léčena (Kodl, 2014, s. 121-123).

Cukrovka

Diabetes mellitus je chronické porušení látkové přeměny cukrů, způsobená nedostatečným množstvím inzulínu nebo nedokonalou účinností (Machová, Kubátová, 2015, s. 228). U cukrovky 2. typu je množství inzulínu v organismu dostatečné a někdy až nadbytečné (Komprda, 2009, 54-55). Ročenka ČR z r. 2018 zaznamenala více, jak jeden milion jedinců s cukrovkou (Zdravotnická ročenka, 2019).

Jedinci nad 45 let s cukrovkou 2. typu tvoří z tohoto počtu naprostou většinu a to 90-95 %. Každým rokem přibude až 20 000 diabetiků. Celosvětově počty diabetiků stoupají a v r. 2025 jich může být v ČR až 1 000 000. Včasná intenzivní komplexní léčba diabetu výrazně limituje vznik ohrožujících komplikací (Kodl, 2014, s. 56). Protikladem současnosti a není možné zcela vyloučit, že v blízké době se náklady na terapii cukrovky stanou neúnosnou zátěží pro společnost a politická obec konečně porozumí, že investice do primární prevence ve veřejném zdravotnictví má smysl (Bencko, 2011, s. 104-106). Hlavní zdroj sacharidů ve výživě jsou celozrnné potraviny, nebo ty obilniny s nízkým GI, které byly pomlety se slupkou. Cenný obsah vlákniny působí preventivně při zvýšené hladině tuku, obezitě a cukrovce 2. typu (Kajaba et al., 2019, s. 10–15).

Problematika příjmu pokrmů z fast foodů a jejich výstupy ukazují, že významnou měrou navyšují riziko vzniku mj. diabetes mellitus II. typu. Je nutná potřeba změnit nynější pokrmy z fast foodů nebo zavést nové a jiné s redukováným množstvím tuku a soli (Brabcová, 2019, 89-91).

V současnosti by měli rodiče svoje děti vést ke zdravému výběru potravin, aby v budoucnosti měly děti vyřešen problém a vybraly pouze ty zdravé (Štechová, 2018, s. 138-188). Bylo by žádoucí snížit výskyt rizikových faktorů cíleně veřejnými programy v regionu ochrany zdraví (OECD, 2019, s. 22). Výběr potravin se změnil v Latinské Americe se změnou potravinového zákona v Chile v r. 2016. **„Nálepkování“ potravin varovnými štítky o nebezpečně vysokém obsahu cukru, tuku a kalorií mělo úspěch již za 18 měsíců poté, kdy klesla jejich spotřeba.**

Omezení bylo zavedeno i v oblasti reklamy, kde děti byly vystaveny o půlku méně reklamním spotům na nezdravé jídlo. Čtyři roky po tomto nejobsáhlejší opatření studie uvedla, že díky tomuto opatření Chilané pijí mnohem méně nápojů s obsahem cukru, ve školách zakázali prodej nezdravých potravin a zvýšila se pět procenty spotřeba balené vody, nealkoholických nápojů a ovocné šťávy bez přidaného cukru (Aillie et al., 2020).

Pohyb

Článek autorů Hsu, Lu vychází z předchozích a současných fyzických sebepojetí (PSC) a empirických výsledků vztahu tělesného cvičení a kvality života QoL. Ve studii 152 straších dospělých a 12 bodového průzkumu regresní analýzou se potvrdil vzájemný vztah mezi tělesným cvičením, současným fyzickým sebepojetím (PSC) a kvalitou života (QoL) (Hsu, Lu, 2018, s. 247-254). Autor o zdraví obyvatel ČR uvádí kontrast nepravidelného stravování vůči nedostatečným pohybovým aktivitám (Kodl, 2014, s. 94). Rodiče by měly děti přivést ke sportu. Děti dnes sportují intenzivně nebo nesportují vůbec (Štechová, 2018, s. 138-188).

Generace lidí narozených před r. 1939 se pohybovaly často a vyvíjely poměrně značnou fyzickou aktivitu. Tělesná aktivita a pohyb jako takový se postupně ztrácí z naší existence. Hypokineze chybí napříč populací. U studentů ZŠ a SŠ byla potvrzena v řadě studií nelibost k pohybu a také zhoršená fyzická výkonnost. Ke snížení pohybu přispívá pravidelné sledování TV, PC a jiné další vymoženosti techniky včetně prostředků dopravy, eskalátorů, elevátorů a dalších (Machová, Kubátová, 2015, s. 54-55). Pohybová aktivita (PA) v ČR je nedostatečná (Talafa, Zapletalová, Pastucha, 2015, s. 194-197).

Zdravé stárnutí jedinců středního věku potřebuje udržet dostatek pohybu a aktivity. Pravidelnou tělesnou adekvátní fyzickou zátěž s preventivním účinkem na KVO má 10-15 % osob v populaci (Kotulán, 2015, s. 81-85, Talafa, Zapletalová, Pastucha, 2015, s. 194-197). Nedostatek fyzické aktivity, v zemích s vyspělou ekonomikou, dle WHO zapříčiňuje vznik ICHS v 21%, rakoviny tlustého střeva 16%, rakovinu prsu 10%, cukrovky typu II v 15% (Kotulán, 2015, s. 81-85). U většiny osob významně poklesla aktivita, i přes to, že geneticky jsou stejní. Dlouhodobý nedostatek aktivního pohybu v životě se odrazí na počtu různých komplikací předčasně pak kardiovaskulárních onemocnění (Talafa, Zapletalová, Pastucha, 2015, s. 194-197).

Ve studii DPP Diabetes Prevention Program se doporučovalo 150 minut rychlé chůze týdně. V rámci diety neměli účastníci enormně snížit celkový příjem energie, ale snížit pouze

tuk v potravinách. Studie DPP měla propracovanou strategii adherence účastníků k jejich měnícímu se stylu života. V šestnácti edukačních lekcích se probíraly hlediska zdravého stylu života včetně překonávání stresu v rámci jak skupinové, tak i individuální podpory se studijními členy týmu (Štechová, 2018, s. 138-188). Konečný soubor pětiletého výzkumu měl 90 osob, 50 mužů, 40 žen, ve věku mezi 20-43 lety. Obě skupiny se zúčastnily vstupního motivačního pozitivního pohovoru o pravidelném pohybu, pak byly randomizovány na dvě kohorty – kontrolní a intervenční. Skupina kontrolních jedinců nechtěla měnit zásadně svůj životní styl a skupina intervenčních jedinců souhlasila s pravidelnou fyzickou aktivitou s tím, že si sportovní aktivitu může vybrat sama. Poté všichni jedinci z obou skupin byli vyšetřeni na první vyšetření na BMI, hmotnost, celkovou hladinu cholesterolu, HDL, LDL, triglyceridy. Druhé vyšetření proběhlo s odstupem 2,5 roku. Třetí vyšetření proběhlo s odstupem 2-3 let. Potvrdila se hypotéza v obou měřeních u intervenční skupiny v pozitivním vlivu na zdraví v rámci primární prevence a prevence vzniku metabolického syndromu a prevence manifestace KVO. Nejdůležitější bylo dodržet stanovenou intenzitu, frekvenci a délku aerobního cvičení (Talafa, Zapletalová, Pastucha, 2015, s. 194-197). Vládní subjekty politiky by měly za pomoci legislativních i jiných nástrojů a rezortů podpořit pohyb v práci, rozvíjet cykloturistiku (Kodl, 2014, s. 104).

5.9 Současný pohled na optimismus ovlivňující kvalitu života

Optimismus se řadí do lidských předností, které přispívají k lepšímu „well-beingu“. Optimismus má schopnost dodat člověku velké množství energie, je to jeho silná stránka jako další přednosti odvaha, moudrost, poznání a další (Seligman, 2003, s. 21–37). Člověk smýšlející optimisticky vede správně svůj život a redukuje potencionální ohrožení svého zdraví, ale i zdraví jemu blízkých osob (Křivohlavý, 2012, s. 68, Slezáčková, 2012, s. 74). Při nebezpečí vzniku depresivních či beznadějných chvílí v životě je dobré využít optimistický postoj, ve spíše vážných chvílích je strategické využít pesimistický postoj (Křivohlavý, 2012, s. 61). Existují v životě chvíle, kdy optimistický postoj může být rizikovým díky přehlížení nebezpečí (Křivohlavý, 2012, s. 78-79). Díky optimistickému postoji se taktéž redukuje riziko vzniku deprese, respektive vzniku nemoci a možné předčasné smrti (Dosedlová, 2018, s. 138). Znamená to, že optimistický postoj predikuje lepší zdraví? (Dosedlová, 2018, s. 95). Čím méně zkušeností s bezmocností jedinec zažije, tím bude jeho imunita lepší (Křivohlavý, 2012, s. 69-71, Seligman, 2013, s. 281-282).

Rozměr subjektivity a objektivita v kvalitě života se různě uchopuje. Přes explorativní množství literatury o kvalitě života neexistuje konsenzus, co vlastně kvalita života znamená (Gillnerová, Kebza, Rymeš, 2012, s. 24). Není důvod pochybovat, že životní prostředí, zdraví a kvalita života jsou naprosto spojené a neoddělitelné dimenze (Payne, 2005, s. 234). Úkolem diplomové práce je zjistit vliv optimismu na kvalitu života jedince, a to je úkolem následující průzkumné části.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumná část je koncipována do kapitol, které plyně navazují na základní fakta předcházející teoretické části. V úvodu průzkumné části jsou definovány hlavní a dílčí průzkumné cíle. U každého cíle jsou stanoveny nulové a alternativní hypotézy. Další podkapitola seznamuje s metodikou průzkumu a charakterizuje prostředí průzkumného vzorku respondentů, podmínky průzkumného šetření a podmínky sběru dat. V závěrečné části kapitoly je popsán etický aspekt a rešeršní šetření.

Následující kapitola seznamuje s nástroji použitými při průzkumném šetření a také skórování dotazníků.

Sedmá kapitola prezentuje zpracování a analýzu dat a jejich interpretaci. Samostatná kapitola se věnuje diskuzi a limitacím průzkumu. V poslední kapitole je závěr a shrnutí průzkumu.

6 HLAVNÍ CÍL PRŮZKUMNÉ PRÁCE

Hlavním cílem práce je zjistit vliv optimismu na kvalitu života jedince.

Hlavní cíl:

Zjistit vliv životního optimismu na kvalitu života u pacientů s plicním onemocněním.

Hypotézy k hlavnímu cíli:

H01: Neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí dotazníku DPQ a kvalitou života pacientů s plicním onemocněním.

HA1: Existuje závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí dotazníku DPQ a kvalitou života pacientů s plicním onemocněním.

H02: Neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí skóre dotazníku LOT-R a kvalitou života pacientů s plicním onemocněním.

HA2: Existuje závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí skóre dotazníku LOT-R a kvalitou života pacientů s plicním onemocněním.

6.1 Dílčí cíle průzkumné práce

1) Zjistit vliv životního optimismu na kvalitu života u kontrolní skupiny zdravých osob.

Hypotézy k dílčímu cíli 1)

H03: Neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života u osob kontrolní skupiny.

HA3: Existuje závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života u osob kontrolní skupiny.

H04: Neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života u osob kontrolní skupiny.

HA4: Existuje závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života u osob kontrolní skupiny.

2) Zjistit, zda se liší životní optimismus pacientů s plicním onemocněním a kontrolní skupiny zdravých osob.

Hypotézy k dílčímu cíli 2)

H05: Neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem DPQ mezi pacienty s plicním onemocněním a kontrolní skupinou zdravých osob.

HA5: Existuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem DPQ mezi pacienty s plicním onemocněním a kontrolní skupinou zdravých osob.

H06: Neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem LOT-R mezi pacienty s plicním onemocněním a kontrolní skupinou zdravých osob.

HA6: Existuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem LOT-R mezi pacienty s plicním onemocněním a kontrolní skupinou zdravých osob.

3) Zjistit vliv pohlaví na životní optimismus pacientů s plicním onemocněním.

Hypotézy k dílčímu cíli 3)

H07: Neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeném pomocí dotazníku DPQ mezi muži a ženami s plicním onemocněním.

HA7: Existuje rozdíl v životním optimismu měřeném pomocí dotazníku DPQ mezi muži a ženami s plicním onemocněním.

H08: Neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeném pomocí dotazníku LOT-R mezi muži a ženami s plicním onemocněním.

HA8: Existuje rozdíl v životním optimismu měřeném pomocí dotazníku LOT-R mezi muži a ženami s plicním onemocněním.

6.2 Metodika průzkumu

V **teoretické části** diplomové práce je zpracované téma optimismu, kvalita života a determinanty zdraví, které kvalitu života jednoznačně ovlivňují. Hlavní cíl práce je zjištění vlivu optimismu na kvalitu života jedince.

V **průzkumné části** budou použity celkem tři dotazníky. V ČR není žádný standardizovaný dotazník měřící současně vliv optimismu a kvalitu života, použijeme celkem tři dotazníky. Budeme počítat skóre životního optimismu metodou dotazníku LOT-R (Křivohlavý, 2012, s. 56–68, Dosedlová, 2018, s. 117) a metodou dotazníku DPQ (Dosedlová, 2018, s. 45) dále budeme počítat skóre jednotlivých domén kvality života dotazníku WHOQOL – BREF (Gurková, 2011, s. 146-148).

6.3 Prostředí průzkumného vzorku respondentů

Na klinice plicních nemocí a TBC se léčí nemocní jak ambulantní, tak i v lůžkové části na odděleních, nebo i na jednotce intenzivní péče. Jsou tři oddělení, která se liší specifikou pacientů. Na jednom z oddělení se léčí nemocní s problematikou spánkové apnoe. V rámci zhoršeného životního stylu pacientů přibývá každým rokem více. S problematikou spánkové apnoe jsou úzce spojena civilizační onemocnění jako vysoký krevní tlak, cukrovka, arytmie, infarkty, mrtvice, deprese. Na druhém oddělení se léčí nemocní s problematikou nádorových onemocnění a CHOPN, kterých v rámci čtvrtinového výskytu kuřáků v naší populaci, zhoršující se prašnosti a životního prostředí stále neubývá a u diagnózy rakoviny plic naopak přibývá. Na posledním oddělení se léčí a vyšetřují nemocní s intersticiálními onemocněními – například sarkoidózou, dále nemocní s astma bronchiale, cystickou fibrózou, plicní fibrózou, pleurálním výpotkem, pneumotorax, fludiothorax a v neposlední řadě nemocní s tuberkulózou a dalšími vzácnými nemocemi plic.

U nemocných se sarkoidózou probíhá na klinice plicních nemocí a TBC skupinová psychoterapie, která je ojedinělá v ČR. Nejvíce dotazníků bylo vyplněno na oddělení spánkové laboratoře.

6.4 Průzkumné šetření

Sběr dat k mojí diplomové práci se konal na klinice plicních nemocí a ve Fakultní nemocnici Olomouc. Průzkumné šetření probíhalo od 23. 10. 2019 – 31. 12. 2019 po obdržení povolení vyjádřeného od hlavní sestry FN Olomouc. Dotazníky byly rozdány 136 náhodným nemocným respondentům pacientům na plicní klinice FN Olomouc ve věkovém rozmezí 30-60 let a dále 80 respondentům z kontrolní skupiny mimo zdravotnické pracovníky. Dotazníky respondenti vyplnili formou papír – tužka.

6.5 Sběr dat a jeho podmínky

Z posbíraných 136 dotazníků bylo vyřazovacím kritériem vyloučeno 16 dotazníků. Z vyřazených dotazníků 5 respondentů nesplnili věkovou hranici, 3 respondenti nepodepsali souhlas s dotazníkem a 8 dotazníků nebylo kompletně vyplněných. Do našeho průzkumu po vyřazení jsme zařadili celkem 120 dotazníků. Úvod stránky dotazníku, který jsem si sama vytvořila, jsem představila sebe, fakultu i záměr průzkumu. K legálnímu použití elektronické verze dotazníku WHOQOL–BREF bylo nutné, abych vyplnila registrační formulář, po jeho schválení mi na jeho základě byla poslána elektronická verze dotazníku, od jedné ze spoluautorek dotazníku elektronicky. Specifikovala jsem výběr respondentů a také důležité informace k úspěšnému vyplnění.

6.6 Etický aspekt dotazníku

Informovala jsem o dobrovolnosti vyplnění dotazníku, anonymitě a důvěrnosti sesbíraných dat, bezplatnosti dotazníku a poděkovala jsem respondentům za účast na průzkumu a podepsala jsem se. Respondenti, kteří souhlasili s podmínkami průzkumného šetření, podepsali souhlas s vyplněním dotazníku a tím splnili náležitosti ke spolupráci. V celé práci nefigurují nikde žádná osobní data o respondentech, tím je splněna anonymita. V demografických údajích bylo zjišťováno od respondentů pohlaví, věk, vzdělání, abúzus nikotinu a časový údaj o zapálení první cigarety dne.

6.7 Rešeršní šetření

Byl zaznamenán vzrůstající zájem, v posledních třech dekáдах, na téma kvalita života v oblasti ošetrovatelství. V systému CINAHL se zpracovaná kvalita života objevila v r. 1983. V tomto období se obsahová stránka a také rozsah postupně rozvíjí, utváří a toto téma bývá zpracováno často ve výzkumech, ale také v teoriích. V oborech jako je ošetrovatelství a medicína je se začaly užívat pestré přístupy a definice, snažící se obsáhnout empirii s nástinem kvality života, který je sám o sobě těžko uchopitelný pro jeho specifitu a komplexnost pojetí. Na počátku se zdálo téma kvality života jednoduše uchopitelné, ale ve skutečnosti je to skrytá proměnná, kterou je možno měřit jen nepřímou (Gurková, 2011, s. 15).

Na začátku rešeršní strategie jsem si zadala rešerši ve vědecké knihovně Olomouc. Zadala jsem klíčová slova do rešerše: optimismus, kvalita života, zdravý životní styl, zdraví, nemoc. Byly použity zdroje: katalogy VKOL (<https://aleph.vkol.cz/F/>) · databáze Národní knihovny ČR (<http://aleph.nkp.cz/>) · katalog Národní lékařská knihovna (<https://www.medvik.cz/bmc/>). Z rešerše bylo získáno 28 monografií a 75 článků v jazycích čeština, slovenština, angličtina. Pro vyhledávání na světových elektronických zdrojích EBSCO, PUBMED, SCIENCE DIRECT v rámci vědecké knihovny jsem zvolila klíčová slova: optimismus (P), kvalita života (I), zdravý životní styl (C), zdraví (O). Dále jsem je v rámci pokročilé vyhledávací strategie rozšířila o jednotlivé klíčové výrazy a následným propojením Booleánskými operátory. Podle potřeby podobných nebo různých významových obsahů jsem použila operátory OR nebo AND. Další články jsem dohledala na odborných společnostech jako SOLEN, HYGIENA.

7 NÁSTROJE POUŽÍVANÉ V PRŮZKUMNÉM ŠETŘENÍ

V rámci průzkumného šetření dotazníkovou metodou vyplnili respondenti - pacienti z plicní kliniky – pacientky ženy a pacienti muži postupně tři dotazníky. V prvním pořadí dotazník *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL-BREF) Evy Dragomirecké a Jitky Bartoňové (2006), v druhém pořadí revidovaný dotazník *Defensive Pessimism Questionnaire* (DPQ) od J. Noremové (2002) a v poslední řadě revidovaný dotazník *Life Orientation Test - Revised a Measure of Optimism versus Pessimism* (LOT-R) od Scheier, Carver, Bridges (1994), (Křivohlavý, 2012, s. 56).

7.1 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF) dotazník, který měl své předchůdce. Původně dal pokyn k vytvoření dotazníku mezinárodní úrovně pod názvem WHOQOL Odbor duševního zdraví světové organizace WHO v r. 1991 (Skevington, 2004). Česká verze dotazníku WHOQOL – BREF vznikla v roce 2006 ve středočeském kraji v Laboratořích Psychiatrického centra v Praze pod vedením PhDr. Dragomirecké, Bc. Bartoňkové a jejich kolektivu. Překlad dotazníků a jejich validizace proběhla díky spolupráci Univerzity v Edinburghu a kolektivu Dragomirecké, Bartoňkové. Společně sestavily manuál instrumentu, který je běžně používán pro české prostředí k nekomerčnímu výzkumu. Uživatel WHOQOL může publikovat informace o validitě a reliabilitě, ale nesmí provést jakoukoliv modifikaci tohoto instrumentu. Tento plánovaný instrument měl překlenout existující koncepci kvality života, kterou uvádí instrument SF-36. Definicí kvality života prostřednictvím WHO se rozumí, jak člověk dokáže vnímat svůj životní postoj v kontextu své kultury, a v poměru ke svému cíli, očekávání, způsobu života a zájmu. Dotazník WHOQOL – BREF je instrument zaměřený všeobecně pro skupinu či populaci. Verze dotazníku WHOQOL-BREF použitá v méj diplomové práci je zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100, jehož položky i škály byly převzaty bez úprav a používání je možné u zdravé populace tak i populace se zdravotními obtížemi. Pro širší spektrum znaků kvality života se zachovaly všechny facety. Takže WHOQOL – BREF obsahuje 26 položek – otázek (z toho 24 facet) a dále dvě samostatné položky hodnotící celkově kvalitu života a zdravotní stav. Byla verifikovaná velmi dobrá vnitřní konzistence WHOQOL-BREF a spolu

s WHOQOL-100 se potvrdila analýza v podobnosti výsledků ve faktorové struktuře. Je dána struktura 4 domén – fyzické zdraví, prožívání, prostředí a sociální vztahy. Dotazník se testoval ve 23 zemích a je přeložen do 50 jazyků. Postoj domén v dotazníku k sociodemografickým ukazatelům se ověřoval na souboru pražských respondentů.

Reliabilita dotazníku – Cronbachova α u souboru běžné populace je 0,6-0,9. Retestovaná reliabilita, která je vyjádřena Cohenovou Kappa potvrdila, že dotazník WHOQOL – BREF se neúčinně pro hodnocení jednotlivce. Potvrdila se vhodnost dotazníku jak pro soubory nemocných i u běžné populace.

Validita obsahu dotazníku se ověřovala pomocí rozhovorů jak individuálně tak skupinově s jednotlivci i s odborníky zatíženými různými chorobami. Nebyla zjištěna absence důležité oblasti v dotazníku. Validita konstrukce dotazníku se srovnává s hodnocením spokojenosti v důležitých sférách kvality života (Dragomirecká, Bartoňková, 2006, s. 12-21).

7.2 Dotazník optimismu LOT – R

Life Orientation Test – Revised – a Measure of Optimism versus Pessimism-test životní orientace – poslední písmeno v názvu značí jeho revidovanou formu z roku 1994. LOT-R je dotazník, za pomoci kterého zjišťujeme rozdíl mezi dispozičním optimismem a pesimismem u našich respondentů jak kontrolní tak i v definované skupině nemocných (Scheier, Carver, Bridges, 1994). Původní verze testu byla vícesložková (rok 1985), po následné revizi test LOT – R obsahuje aktuálně celkem deset otázek. Rozpětí Cronbachovy alfy se udává mezi 0,70-0,80 a také stabilní relativnost v čase. Autoři uvádějí, že test má dobrou vnitřní konzistenci.

7.3 Dotazník defenzivního pesimismu DPQ

Defensive Pessimism Questionnaire (DPQ) je od J. Noremové (2002) jsem použila z důvodu absence standardizovaného dotazníku v českém prostředí. Tento dotazník použila Maxová na české prostředí v diplomové práci. Dotazník přeložili tři nezávislí překladatelé jednotlivě. Vytvořili pak sedmnáct otázek podle zásadních stejných znaků. Tyto otázky se znovu přeložily do původního jazyka. Původní text a anglický zpětný překlad textu se velmi podobaly. Dotazník měří strategický optimismus a defenzivní pesimismus.

7.4 Skórování dotazníku WHOQOL-BREF

Výsledky zkoumání dotazníku WHOQOL se zapisují do skóre čtyř domén a dvou skóre zprůměrovaných samostatných údajů o stavu zdraví a kvalitě života (Dragomirecká, Bartoňková, 2006, s. 23). Nejprve se data všech dotazníků zadala do excelových tabulek. Data dotazníku se dělila na kontrolní skupinu respondentů a skupinu nemocných respondentů a podle genderového rozlišení.

7.5 Skórování dotazníku LOT-R

Některé otázky se při zpracovávání testu zcela vypouštějí, jsou tzv. výplňové. Jsou to konkrétně otázky č. 2 a 5, 6 a 8 značí se písmenem F. Z deseti otázek se tedy skóruje pouhých šest. Nicméně respondenti z obou skupin hodnotili všech deset otázek za pomoci Likertovy škály v rozmezí od minima jednoho do maxima pěti bodů. Minimum jednoho bodu se rovnalo označení „*vůbec nesouhlasím*“ a maximum pěti bodů se rovnalo označení „*plně souhlasím*“. Z šesti výše skórovaných otázek č. 1, 3, 7, 9, 10 polovina testuje optimismus a polovina testuje pesimismus. U lichých otázek skórujících pesimismus, mimo otázku č. 1, se skóruje hodnota převrácená neboli reverzní. Rozptyl celkového skóre po sečtení je 6-30 bodů. Optimismus z dotazníku vychází, je-li celkové skóre vyšší a proti tomu pesimismus z dotazníku vychází, je-li celkové skóre nižší (Křivohlavý, 2012, s. 56-57). Většinou jsou respondenti rozptýleni, podle autorů, v celé šíři záběru od pesimistů po optimisty s tím, že většina se pohybuje v průměrném středu (Scheier, Carver, Bridges, 1994).

7.6 Skórování dotazníku DPQ

Tento dotazník má 17 výroků, které se hodnotí na Likertově sedmi bodové škále. Před testovací větou se zaznamená výrok – *vůbec mě nevystihuje*, hodnocený bodem 1 a za testovací větou se zaznamená výrok – *úplně mě vystihuje*, hodnocený 7 body. Dotazník nám pomáhá zjistit, jak respondent reaguje ve stresujících situacích a jakým způsobem se na ně připravuje. Z celkového počtu 17 skórujeme pouze 12 výroků. Výroky č. 12 a 16 jsou reverzní, před výpočtem obracíme jejich hodnotu. Rozptyl celkového skóre po sečtení je 12-84.

8 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

Ke zpracování dat, získaných z dotazníků PDQ, LOT-R a WHOQOL-BREF, byl použit program MS Excel. V programu MS Excel byly vypočítány dle příslušných metodik skóry životního optimismu DPQ a LOT-R a také skóry jednotlivých domén kvality života WHOQOL-BREF.

K analýze dat byl použit statistický program **STATISTIKA 12**. Kvalitativní měřené znaky byly popsány pomocí absolutních a relativních četností vyjádřených v procentech. Pro popis kvantitativních znaků byl použit průměr, směrodatná odchylka (SD), medián, minimální a maximální hodnota. Ke grafické prezentaci distribuce v definovaných kategoriích kvalitativních znaků byly použity sloupcové nebo koláčové grafy. Distribuce podle věku byla graficky zobrazena pomocí histogramu četností. K vytvoření grafů byl použit program MS Excel.

Závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí dotazníku DPQ, resp. pomocí dotazníku LOT-R a kvalitou života měřenou pomocí skóre domén kvality života dotazníku WHOQOL-BREF byla posuzována pomocí **Spearmanovy korelační analýzy**. Byly počítány hodnoty korelačních koeficientů a hodnoty signifikance testu významnosti (nenulovosti) korelačních koeficientů. Spearmanova korelační analýza byla použita také pro hodnocení závislosti mezi životním optimismem a věkem pacientů s plicním onemocněním. Neparametrická korelační analýza byla použita vzhledem k nenormální distribuci skóre domén kvality života a vzhledem k nenormální distribuci věku pacientů. Graficky byla závislost mezi posuzovanými znaky zobrazena pomocí bodových korelačních grafů, které byly vytvořeny v programu MS Excel.

K porovnání pacientů s plicním onemocněním a kontrolního souboru zdravých osob v životním optimismu měřeném pomocí skóre dotazníku DPQ byl použit **Studentův t-test pro dva výběry**. Studentův t-test byl použit vzhledem k normální distribuci skóre DPQ v obou porovnávaných souborech. Pro porovnání souboru pacientů s plicním onemocněním s kontrolním souborem zdravých osob v životním optimismu měřeném pomocí skóre dotazníku LOT-R byl použit neparametrický Mann-Whitney U test. Neparametrický test byl použit vzhledem k nenormální distribuci skóre LOT-R v porovnávaných souborech.

Studentův t-test pro dva výběry byl dále použito porovnání mužů a žen s plicním onemocněním v životním optimismu měřeném dotazníkem DPQ, resp. dotazníkem LOT-R a k porovnání kuřáků a nekuřáků s plicním onemocněním v životním optimismu měřeném dotazníkem DPQ, resp. dotazníkem LOT-R.

Kruskal-Wallisův test byl použit pro ověření hypotézy o nezávislosti mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ nebo dotazníkem LOT-R a vzděláním pacientů s plicním onemocněním. Neparametrický Kruskal-Wallisův test byl použit vzhledem k malým počtům pacientů v jednotlivých skupinách podle vzdělání.

Ke grafické prezentaci výsledků byly použity kvartilové krabicové grafy. V krabicovém grafu je silnější čarou uvnitř krabice znázorněn medián hodnot skóre DPQ nebo skóre LOT-R. Dno krabice odpovídá 1. kvartilu, horní část krabice odpovídá 3. kvartilu, svorka dole a nahoře odpovídají neodlehle minimální a maximální hodnotě celkového skóre. Symbol kroužek prezentuje odlehle hodnoty skóre a symbol hvězdička prezentuje extrémní hodnoty. Kvartilové krabicové grafy byly vytvořeny v programu Statistica 12.

Normalita dat byla testována pomocí **Shapiro-Wilkova testu**. Všechny testy byly provedeny na hladině signifikance 0,05.

9 INTERPRETACE DAT

Základní popisné charakteristiky souboru pacientů s plicním onemocněním

Distribuce pacientů podle pohlaví

Z celkového počtu 120 pacientů s plicním onemocněním bylo 60 mužů (50%) a 60 žen (50%).

Tabulka 1 - Distribuce pacientů podle pohlaví

	počet	procento
Muži	60	50%
Ženy	60	50%
Celkem	120	100%

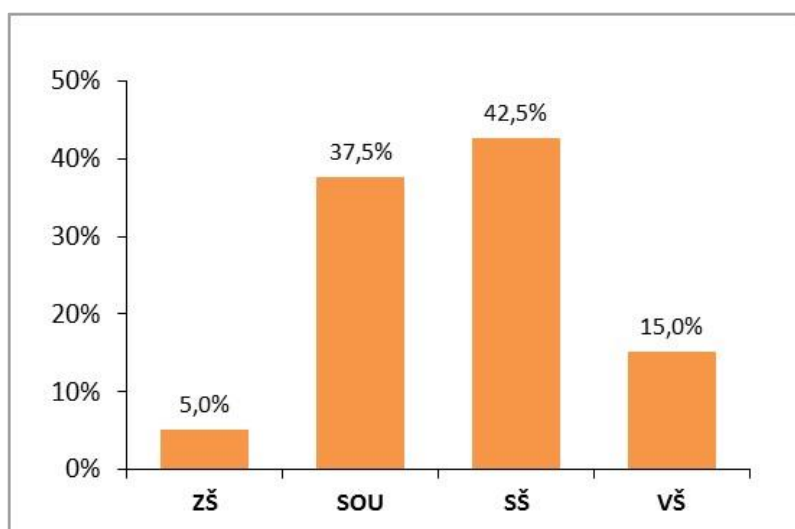
Distribuce pacientů podle vzdělání

Vzdělání bylo zaznamenáváno ve čtyřech kategoriích: základní, vyučen/a (SOU), středoškolské a vysokoškolské. V souboru pacientů bylo nejmenší zastoupení osob se základním vzděláním, celkem 6 pacientů (5,0%). Vyučených bylo 45 pacientů (37,5%), se středoškolským vzděláním bylo celkem 51 pacientů (42,5%) a s vysokoškolským vzděláním bylo 18 pacientů (15,0%).

Tabulka 2 - Distribuce pacientů podle vzdělání

	počet	procento
Základní	6	5,0%
SOU	45	37,5%
Středoškolské	51	42,5%
Vysokoškolské	18	15,0%
Celkem	120	100,0%

Obrázek 1 - Graf Distribuce pacientů s plicním onemocněním podle vzdělání



Věk pacientů

Průměrný věk pacientů byl 50,4 let, směrodatná odchylka věku 8,4 let. Nejmladší pacient byl ve věku 30 let a nejstarší pacient ve věku 60 let. Medián věku pacientů byl 52 let.

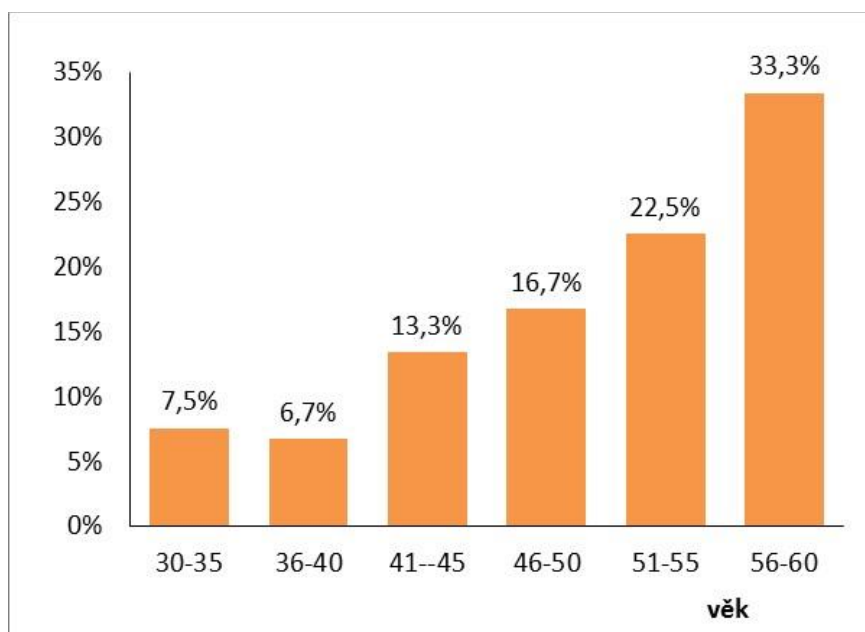
Tabulka 3 - Popis proměnné pacientů s plicním onemocněním podle věku

Věk (roky)	
Průměr	50,4
směrodatná odchylka	8,4
Medián	52,0
minimum	30
maximum	60

Tabulka 4 - Distribuce pacientů s plicním onemocněním podle věku

Věk	počet	procento
30-35 let	9	7,5%
36-40 let	8	6,7%
41-45 let	16	13,3%
46-50 let	20	16,7%
51-55 let	27	22,5%
56-60 let	40	33,3%

Obrázek 2 - Graf Distribuce věku pacientů s plicním onemocněním



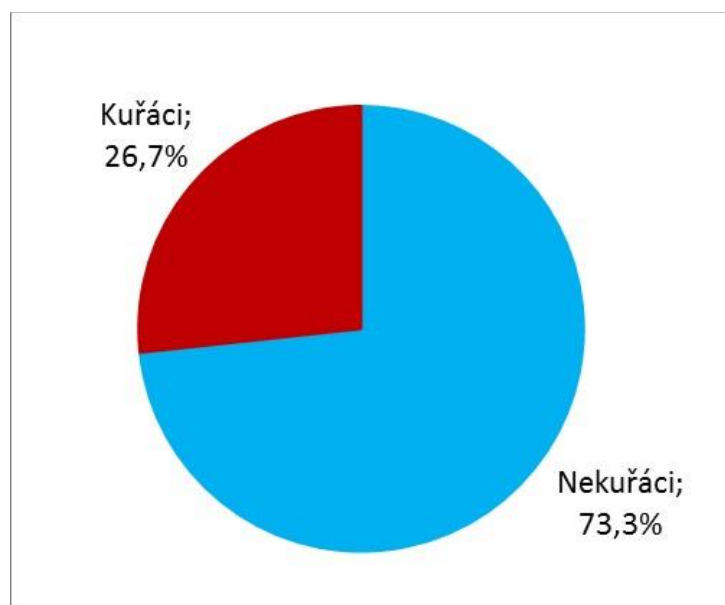
Abúzus nikotinu

V souboru pacientů s plicním onemocněním bylo 32 kuřáků (26,7%) a 88 nekuřáků (73,3%). Cigaretu si po probuzení zapaluje do 1 hodiny 50% pacientů. Všichni pacienti uvedli, že kouří více než 5 let.

Tabulka 5 - Distribuce pacientů s plicním onemocněním podle abúzu nikotinu

	počet	procento
Nekuřáci	88	73,3%
Kuřáci	32	26,7%
Celkem	120	100,0%

Obrázek 3 - Graf Abúzus nikotinu ve skupině pacientů s plicním onemocněním



Tabulka 6 - Distribuce kouření do hodiny a po hodině u pacientů s plicním onemocněním

	počet	procento
Cigaretu si zapalují po probuzení – do hodiny	16	50,0%
Cigaretu si zapalují po probuzení po hodině	16	50,0%
Celkem	32	100,0%

Tabulka 7 - Distribuce abúzu nikotinu u pacientů s plicním onemocněním

	počet	procento
Více než 5 let	32	100%
Celkem	32	100%

Kvalita života – pacienti s plicním onemocněním

Základní charakteristiky položek a domén dotazníku WHOQOL-BREF

Následující tabulky uvádí základní popisné charakteristiky skóre domén a jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF. **Vyšší skóre položek i domén znamená vyšší kvalitu života.** Rozpětí u jednotlivých položek je od 1 do 5.

V souboru pacientů s plicním onemocněním byla nejnižší hodnota skóre zjištěna u položky Q4 – závislost na lékařské péči, průměrná hodnota škály odpovědí byla 2,19. Nejvyšší hodnota skóre byla zjištěna u položky Q13 – přístup k informacím, průměrná hodnota škály odpovědí byla 4,17.

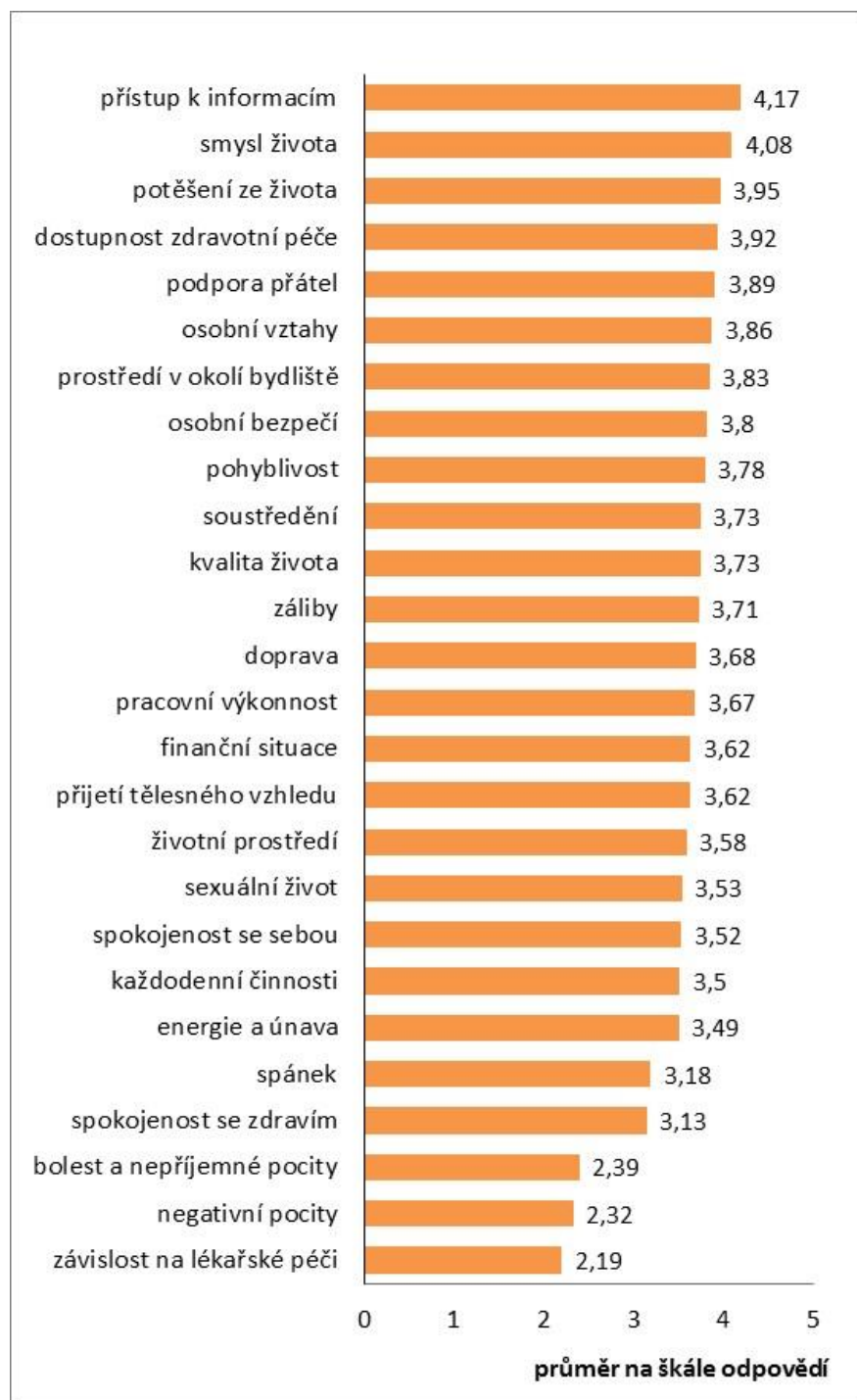
Tabulka 8 - Základní popisná charakteristika skóre domén a položek dotazníku WHOQOL – BREF ve skupině pacientů s plicním onemocněním

položka	popis položky	průměr	SD	medián	min	max
Q1	kvalita života	3,73	0,89	4	1	5
Q2	spokojenost se zdravím	3,13	0,98	3	1	5
Q3	bolest a nepříjemné pocity	2,39	1,00	2	1	5
Q4	závislost na lékařské péči	2,19	0,89	2	1	4
Q5	potěšení ze života	3,95	0,93	4	1	5
Q6	smysl života	4,08	0,87	4	2	5
Q7	soustředění	3,73	0,85	4	1	5
Q8	osobní bezpečí	3,80	0,81	4	1	5
Q9	životní prostředí	3,58	0,88	4	1	5

Q10	energie a únava	3,49	0,93	4	1	5
Q11	přijetí tělesného vzhledu	3,62	1,03	4	1	5
Q12	finanční situace	3,62	1,01	4	1	5
Q13	přístup k informacím	4,17	0,81	4	1	5
Q14	záliby	3,71	0,93	4	1	5
Q15	pohyblivost	3,78	1,01	4	1	5
Q16	spánek	3,18	1,04	3	1	5
Q17	každodenní činnosti	3,50	0,85	4	1	5
Q18	pracovní výkonnost	3,67	0,89	4	1	5
Q19	spokojenost se sebou	3,52	0,82	4	1	5
Q20	osobní vztahy	3,86	1,01	4	1	5
Q21	sexuální život	3,53	1,08	4	1	5
Q22	podpora přátel	3,89	0,91	4	1	5
Q23	prostředí v okolí bydliště	3,83	0,90	4	1	5
Q24	dostupnost zdravotní péče	3,92	0,88	4	1	5
Q25	doprava	3,68	1,02	4	1	5
Q26	negativní pocity	2,32	0,93	2	1	5

SD ... směrodatná odchylka

Obrázek 4 - Graf Průměrná hodnota na škále odpovědí pro jednotlivé položky dotazníku WHOQOL-BREF ve skupině pacientů s plicním onemocněním



Tabulka 9 - Základní popisné charakteristiky domén kvality života

SD ... směrodatná odchylka

Dotazník defenzivního pesimismu (DPQ)

Dotazník defenzivního pesimismu (DPQ) slouží k rozlišování strategických optimistů a strategických pesimistů.

WHOQOL – BREF	průměr	SD	medián	minimum	maximum
doména Fyzické zdraví	25,0	4,64	26,0	14	35
doména Prožívání	22,6	4,17	23,0	10	30
doména Sociální vztahy	11,3	2,35	12,0	4	15
doména Prostředí	30,3	4,38	30,0	15	40

Tabulka 10 - Základní popisné charakteristiky skóre DPQ pro skupinu pacientů s plicním onemocněním

Skóre	průměr	SD	medián	minimum	maximum
DPQ	44,2	12,2	43,0	20,0	72,0

Dotazník Life Orientation Test – Revised (LOT-R)

Dotazník LOT-R se používá ke zjišťování rozdílů mezi lidmi v dispozičním pesimismu a optimismu.

Tabulka 11 - Základní popisné charakteristiky skóre LOT-R pro skupinu pacientů s plicním onemocněním

Skóre	průměr	SD	Medián	minimum	maximum
LOT-R	20,2	5,0	20,0	8,0	30,0

Základní popisné charakteristiky kontrolního skupiny

Distribuce kontrolního skupiny zdravých osob podle pohlaví

V kontrolním souboru bylo celkem 80 zdravých osob, z toho 40 mužů (50%) a 40 žen (50%).

Tabulka 12 - Základní popisné charakteristiky kontrolního skupiny zdravých osob

	počet	procento
Muži	40	50,0%
Ženy	40	50,0%
Celkem	80	100,0%

Vzdělání osob kontrolní skupiny zdravých osob

V kontrolním souboru bylo, stejně jako v souboru pacientů, nejmenší zastoupení osob se základním vzděláním, celkem 1 osoba (1,3%). Vyučených osob bylo 16 (20,0%), středoškoláků bylo celkem 37 (46,3%) a s vysokoškolským vzděláním bylo 26 osob (32,5%).

Tabulka 13 - Vzdělání osob kontrolní skupiny zdravých osob

	počet	Procento
Základní	1	1,3%
SOU	16	20,0%
Středoškolské	37	46,3%
Vysokoškolské	26	32,5%
Celkem	80	100,0%

Obrázek 5 - Graf Distribuce osob kontrolního skupiny zdravých osob podle vzdělání



Věk kontrolní skupiny

Průměrný věk osob v kontrolní skupině byl 43,2 let, směrodatná odchylka věku 8,2 let. Nejmladší osoba byla ve věku 30 let a nejstarší ve věku 60 let. Medián věku osob v kontrolním souboru byl 44 let.

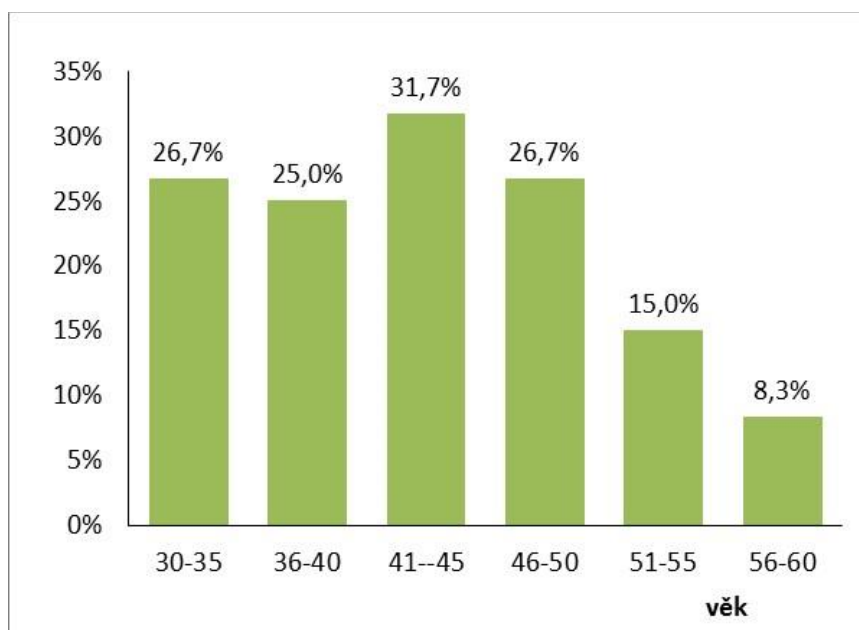
Tabulka 14 - Popis proměnné kontrolní skupiny zdravých osob podle věku

Věk (roky)	
průměr	43,2
směrodatná odchylka	8,15
medián	44
minimum	30
maximum	60

Tabulka 15 - Distribuce kontrolní skupiny zdravých osob podle věku

Věk	počet	Procento
30-35 let	16	26,7%
36-40 let	15	25,0%
41-45 let	19	31,7%
46-50 let	16	26,7%
51-55 let	9	15,0%
56-60 let	5	8,3%

Obrázek 6 - Graf Distribuce kontrolní skupiny zdravých osob podle věku



Abúzus nikotinu

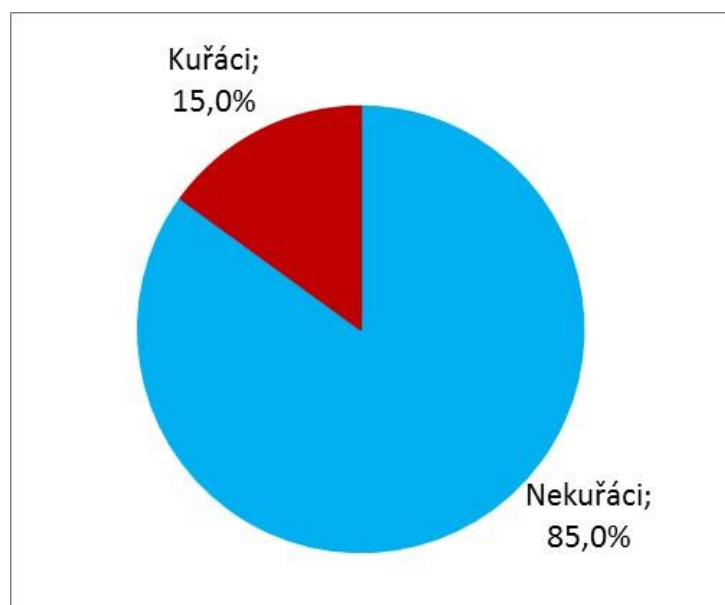
V kontrolním souboru bylo 12 kuřáků (15,0%) a 68 nekuřáků (85,0%).

Cigaretu si po probuzení zapaluje do 1 hodiny 42% osob, 58% osob si cigaretu zapaluje po 1 hodině po probuzení. Většina osob kontrolního souboru (92%) uvedla, že kouří déle než 5 let.

Tabulka 16 - Distribuce abúzu nikotinu v kontrolní skupině zdravých osob

	počet	procento
Nekuřáci	68	85,0%
Kuřáci	12	15,0%
Celkem	80	100,0%

Obrázek 7 - Graf Abúzus nikotinu v kontrolní skupině zdravých osob



Tabulka 17 - Distribuce kouření do hodiny a po hodině u kontrolní skupiny zdravých osob

	počet	procento
Cigaretu si zapalují po probuzení – do hodiny	5	41,7%
Cigaretu si zapalují po probuzení po hodině	7	58,3%
Celkem	12	100,0%

Tabulka 18 - Trvání abúzu nikotinu u kontrolní skupiny zdravých osob

	počet	procento
Méně než 5 let	1	8,3%
Více než 5 let	11	91,7%
Celkem	12	100,0%

Kvalita života – kontrolní soubor zdravých osob

Základní charakteristiky položek a domén dotazníku WHOQOL-BREF

Následující tabulky uvádí základní popisné charakteristiky skóre domén a jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF pro kontrolní soubor zdravých osob. Vyšší skóre položek i domén znamená vyšší kvalitu života. Rozpětí u jednotlivých položek je od 1 do 5.

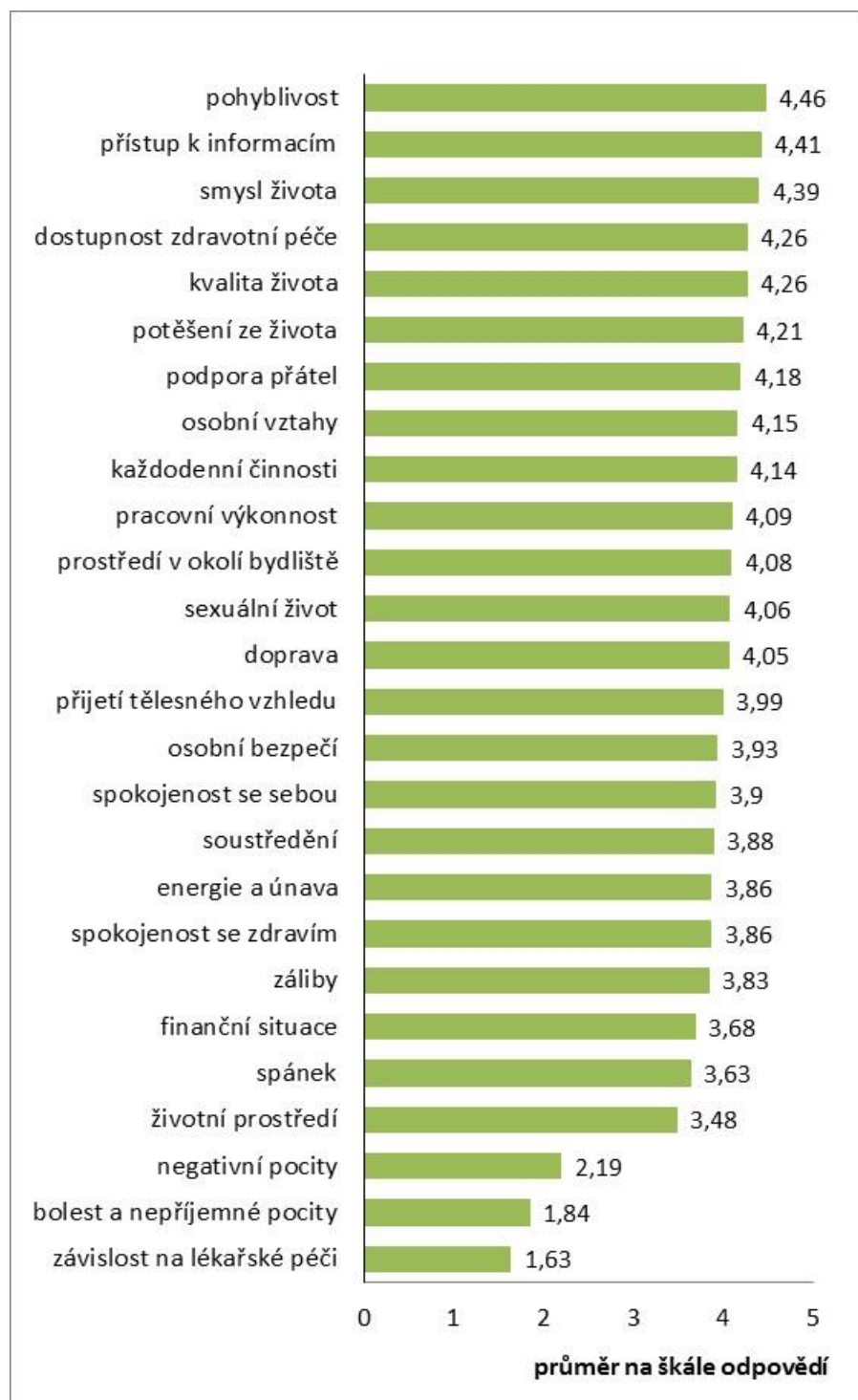
V souboru osob kontrolního souboru byla nejnižší hodnota skóre zjištěna, stejně jako v souboru pacientů s plicním onemocněním, u položky Q4 – závislost na lékařské péči, průměrná hodnota škály odpovědí byla 1,63. Nejvyšší hodnota skóre byla zjištěna u položky Q15 – pohyblivost, průměrná hodnota škály odpovědí pro tuto položku byla 4,46.

Tabulka 19 - Základní popisná charakteristika skóre domén dotazníku WHOQOL-BREF

položka	popis položky	průměr	SD	medián	min	max
Q1	kvalita života	4,26	0,69	4	2	5
Q2	spokojenost se zdravím	3,86	0,87	4	1	5
Q3	bolest a nepříjemné pocity	1,84	0,93	2	1	4
Q4	závislost na lékařské péči	1,63	0,80	1	1	4
Q5	potěšení ze života	4,21	0,98	4	1	5
Q6	smysl života	4,39	0,75	5	1	5
Q7	Soustředění	3,88	0,83	4	1	5
Q8	osobní bezpečí	3,93	0,82	4	1	5
Q9	životní prostředí	3,48	0,93	3	1	5
Q10	energie a únava	3,86	0,85	4	1	5
Q11	přijetí tělesného vzhledu	3,99	0,89	4	1	5
Q12	finanční situace	3,68	0,92	4	1	5
Q13	přístup k informacím	4,41	0,65	4	2	5
Q14	Záliby	3,83	0,99	4	1	5
Q15	Pohyblivost	4,46	0,62	5	3	5
Q16	Spánek	3,63	0,97	4	1	5
Q17	každodenní činnosti	4,14	0,67	4	2	5
Q18	pracovní výkonnost	4,09	0,68	4	2	5
Q19	spokojenost se sebou	3,90	0,87	4	1	5
Q20	osobní vztahy	4,15	0,78	4	2	5
Q21	sexuální život	4,06	0,93	4	1	5
Q22	podpora přátel	4,18	0,81	4	1	5
Q23	prostředí v okolí bydliště	4,08	0,82	4	1	5
Q24	dostupnost zdravotní péče	4,26	0,79	4	1	5
Q25	Doprava	4,05	0,95	4	2	5
Q26	negativní pocity	2,19	0,73	2	1	4

SD ... směrodatná odchylka

Obrázek 8 - Graf Průměrná hodnota na škále odpovědí pro jednotlivé položky dotazníku WHOQOL-BREF v kontrolní skupině zdravých osob



Tabulka 20 - Základní popisné charakteristiky domén kvality života

WHOQOL – BREF	průměr	SD	medián	minimum	maximum
doména Fyzické zdraví	28,7	3,8	29,0	18	35
doména Prožívání	24,2	3,5	24,0	10	30
doména Sociální vztahy	12,4	2,0	12,5	5	15
doména Prostředí	31,7	4,2	32,0	19	39

SD ... směrodatná odchylka

Dotazník defenzivního pesimismu (DPQ)

Dotazník defenzivního pesimismu (DPQ) slouží k rozlišování strategických optimistů a strategických pesimistů. Nízké hodnoty celkové skóre charakterizuje strategické optimisty a vysoké hodnoty skóre defenzivní pesimisty.

Tabulka 21 - Základní popisné charakteristiky skóre DPQ pro kontrolní skupinu zdravých osob

Skóre	průměr	SD	medián	minimum	maximum
DPQ	43,9	12,0	45,5	13,0	72,0

Dotazník Life Orientation Test – Revised (LOT-R)

Dotazníková metoda LOT-R zjišťuje rozdíly mezi lidmi v dispozičním pesimismu a optimismu. Vyšší celkové skóre LOT-R značí optimismus, nízké skóre značí pesimismus.

Tabulka 22 - Základní popisné charakteristiky skóre LOT-R pro kontrolní skupinu zdravých osob

Skóre	průměr	SD	medián	minimum	maximum
LOT-R	21,4	4,5	22,0	11,0	30,0

Ověření platnosti hypotéz k hlavním cílům

Hlavní cíl: Zjistit vliv životního optimismu na kvalitu života u pacientů s plicním onemocněním.

Nulová statistická hypotéza:

H01: Neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí dotazníku DPQ a kvalitou života pacientů s plicním onemocněním.

Alternativní hypotéza

HA1: Existuje závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí dotazníku DPQ a kvalitou života pacientů s plicním onemocněním.

Platnost hypotézy H01 byla ověřena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Byly vypočítány hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a byl proveden test významnosti (nenulovosti) korelačního koeficientu. Hodnoty korelačních koeficientů byly počítány pro korelaci mezi celkovým skóre životního optimismu měřeného pomocí dotazníku DPQ a skóre jednotlivých domén kvality života měřené pomocí dotazníku WHOQOL-BREF, tj. doménu Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy a doménu Prostředí. Neparametrická Spearmanova korelační analýza byla použita vzhledem k nenormální distribuci skóre domén kvality života. Normalita dat byla ověřena pomocí Shapiro-Wilkova testu.

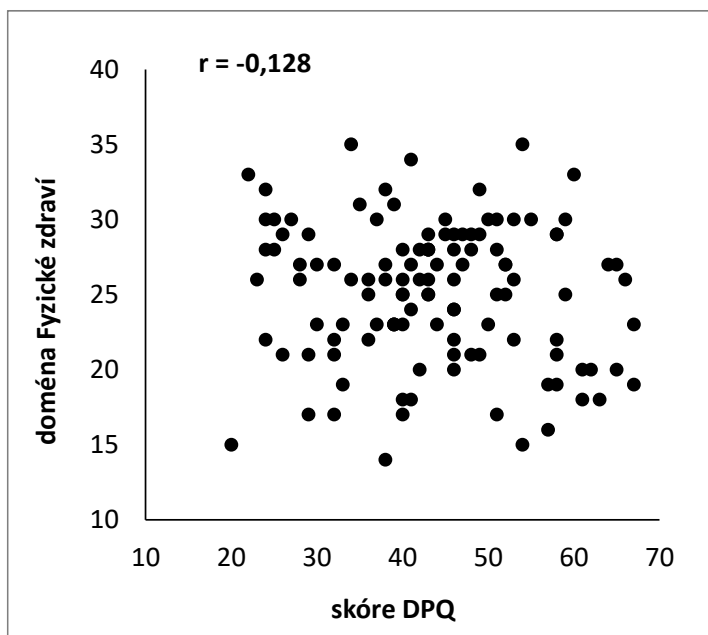
Závěr

Hypotézu H01 zamítáme. Spearmanova korelační analýza prokázala v souboru pacientů s plicním onemocněním statisticky významnou závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí dotazníku DPQ a kvalitou života pacientů. Signifikantní velmi slabá negativní závislost byla zjištěna mezi životním optimismem a kvalitou života v doméně Prožívání ($r = -0,202$), Sociální vztahy ($r = -0,252$) a doméně Prostředí ($r = -0,203$). Negativní hodnoty korelačních koeficientů znamenají, že nižší hodnoty skóre DPQ, které znamená strategický optimismus, koreluje s vyššími hodnotami skóre domén kvality života, kde vyšší skóre znamená vyšší kvalitu života.

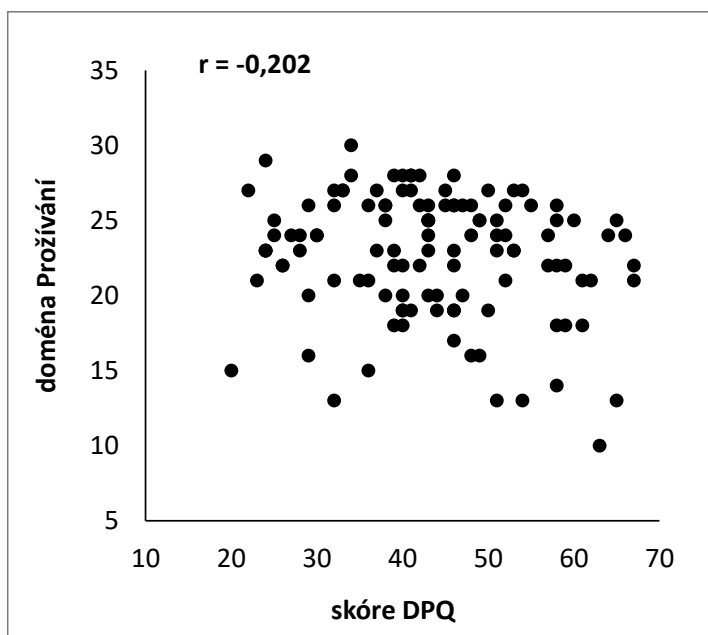
Následující tabulka uvádí hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu r a odpovídající p -hodnoty, tj. hodnoty signifikance testu významnosti korelačního koeficientu pro korelaci celkového skóre dotazníku DPQ a skóre jednotlivých domén kvality života. U statisticky významných korelací je hodnota signifikance testu $p < 0,05$.

		<i>doména</i>		<i>doména</i>	
		<i>Fyzické</i>	<i>doména</i>	<i>Sociální</i>	<i>doména</i>
<i>pacienti</i>		<i>zdraví</i>	<i>Prožívání</i>	<i>vztahy</i>	<i>Prostředí</i>
skóre DPQ	korelační koeficient	-0,128	-0,202	-0,252	-0,203
	p	0,164	0,027	0,005	0,026

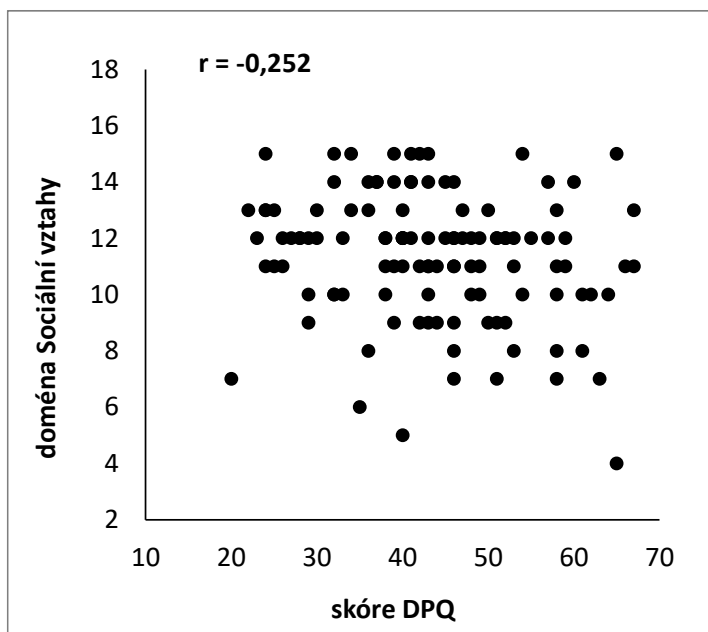
Obrázek 9 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Fyzické zdraví



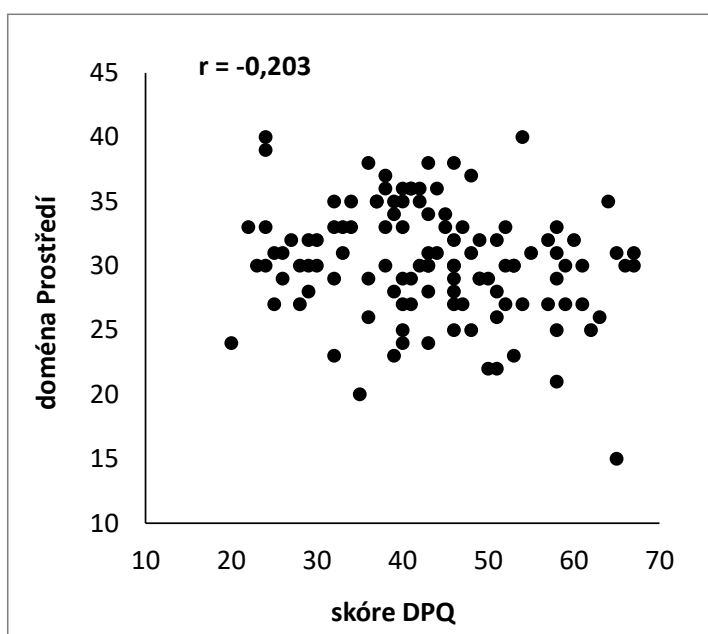
Obrázek 10 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Prožívání



Obrázek 11 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Sociální vztahy



Obrázek 12 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Prostředí



Nulová statistická hypotéza:

H02: Neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí skóre dotazníku LOT-R a kvalitou života pacientů s plicním onemocněním.

Alternativní hypotéza

HA2: Existuje závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí skóre dotazníku LOT-R a kvalitou života pacientů s plicním onemocněním.

Platnost hypotézy H02 byla ověřena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Byly vypočítány hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a byl proveden test významnosti korelačního koeficientu. Hodnoty korelačních koeficientů byly počítány pro korelaci mezi celkovým skóre životního optimismu měřeného pomocí dotazníku LOT-R a skóre jednotlivých domén kvality života měřené pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Neparametrická Spearmanova korelační analýza byla použita vzhledem k nenormální distribuci skóre domén kvality života. Normalita dat byla ověřena pomocí Shapiro-Wilkova testu.

Závěr

Hypotézu H02 zamítáme. Spearmanova korelační analýza prokázala u pacientů s plicním onemocněním statisticky významnou slabou až středně silnou pozitivní korelaci mezi kvalitou života a životním optimismem měřeným pomocí dotazníku LOT-R.

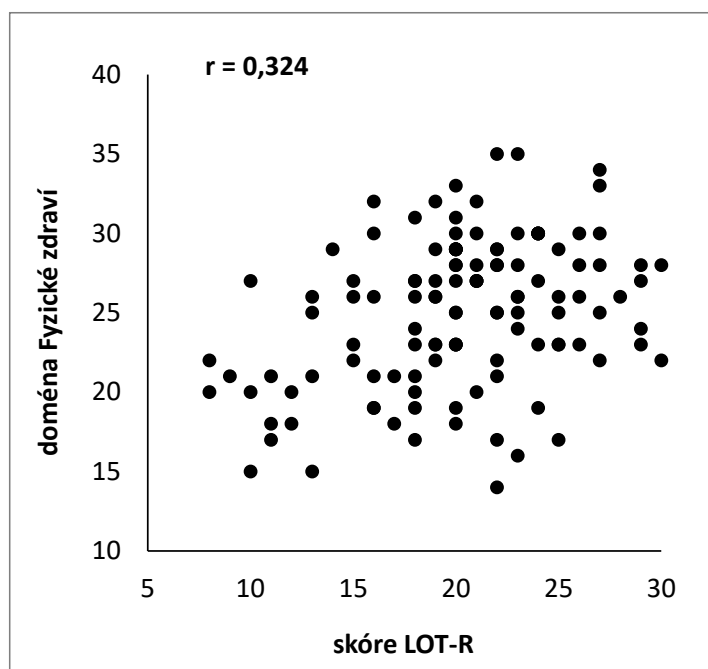
Nejsilnější korelace byla prokázána mezi životním optimismem a kvalitou života v doméně Prožívání (hodnota korelačního koeficientu $r = 0,504$; tj. středně silná pozitivní korelace).

Středně silná pozitivní korelace byla dále zjištěna mezi životním optimismem a kvalitou života v doméně Sociální vztahy ($r = 0,447$). Slabá pozitivní korelace byla prokázána mezi životním optimismem a kvalitou života v doméně Prostředí ($r = 0,388$) a v doméně Fyzické zdraví ($r = 0,324$).

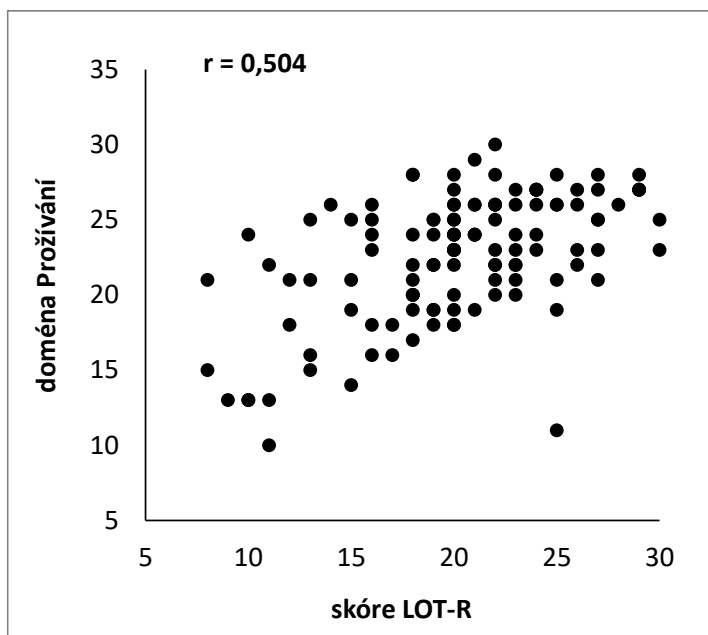
Následující tabulka uvádí hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a odpovídající hodnoty signifikance testu významnosti korelačního koeficientu pro korelaci celkového skóre dotazníku LOT-R a skóre jednotlivých domén kvality života. Hodnoty korelačních koeficientů jsou kladné, to znamená, že vyšší hodnoty skóre dotazníku LOT-R, které znamenají optimismus, korelují s vyššími hodnotami skóre domén kvality života, kde vyšší hodnoty znamenají vyšší kvalitu života.

		<i>doména</i> <i>Fyzické</i>		<i>doména</i> <i>Sociální</i>	
<i>pacienti</i>		<i>zdraví</i>	<i>Prožívání</i>	<i>vztahy</i>	<i>doména</i> <i>Prostředí</i>
skóre LOT-R	korelační koeficient	0,324	0,504	0,448	0,388
	p	0,0003	<0,0001	<0,0001	<0,0001

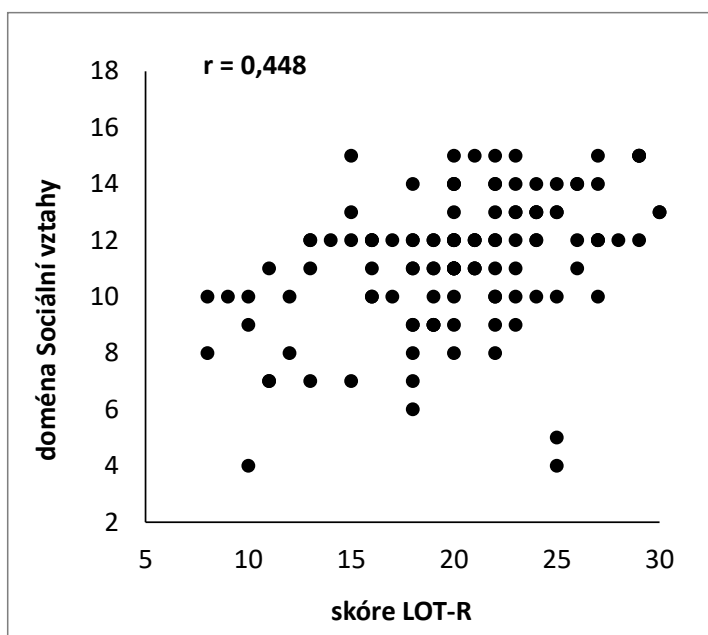
Obrázek 13 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Fyzické zdraví



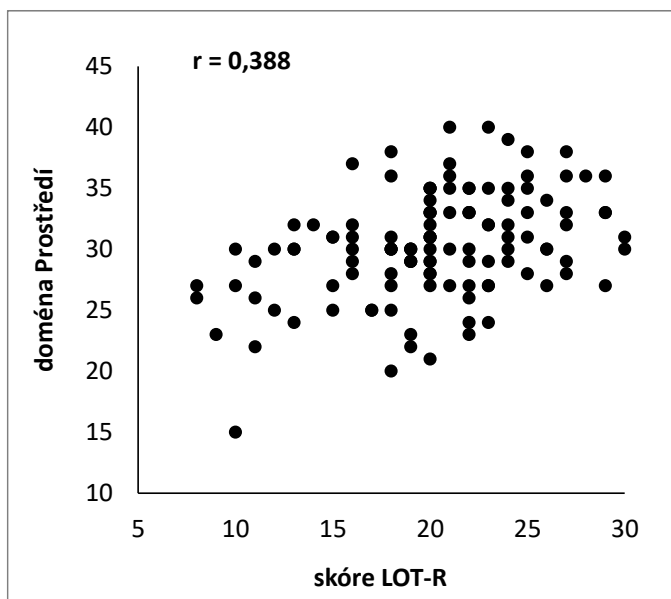
Obrázek 14 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Prožívání



Obrázek 15 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Sociální vztahy



Obrázek 16 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Prostředí



Ověření platnosti hypotéz k dílčím cílům

Dílčí cíl 1) Zjistit vliv životního optimismu na kvalitu života u kontrolní skupiny zdravých osob.

Nulová statistická hypotéza:

H03: Neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života u kontrolní skupiny zdravých osob.

Alternativní hypotéza

HA3: Existuje závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života u kontrolní skupiny zdravých osob.

Platnost hypotézy H03 byla ověřena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Byly vypočítány hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a byl proveden test významnosti korelačního koeficientu. Hodnoty korelačních koeficientů byly počítány pro korelaci mezi celkovým skóre životního optimismu měřeného pomocí dotazníku DPQ a skóre jednotlivých domén kvality života měřené pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Neparametrická Spearmanova korelační analýza byla použita vzhledem k nenormální

distribuci skóre domén kvality života. Normalita dat byla ověřena pomocí Shapiro-Wilkova testu.

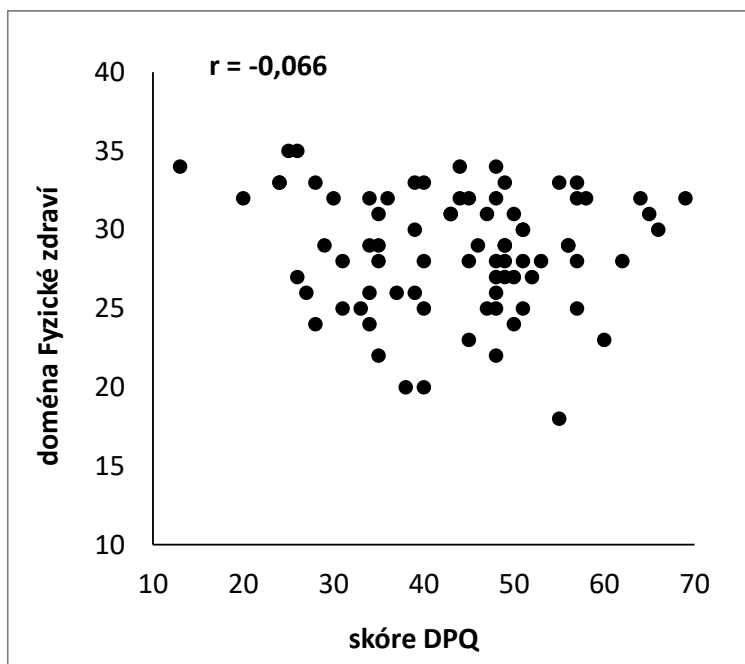
Závěr

Hypotézu H03 nelze zamítnout. Spearmanova korelační analýza neprokázala u kontrolní skupiny zdravých osob statisticky významnou závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí dotazníku DPQ a kvalitou života.

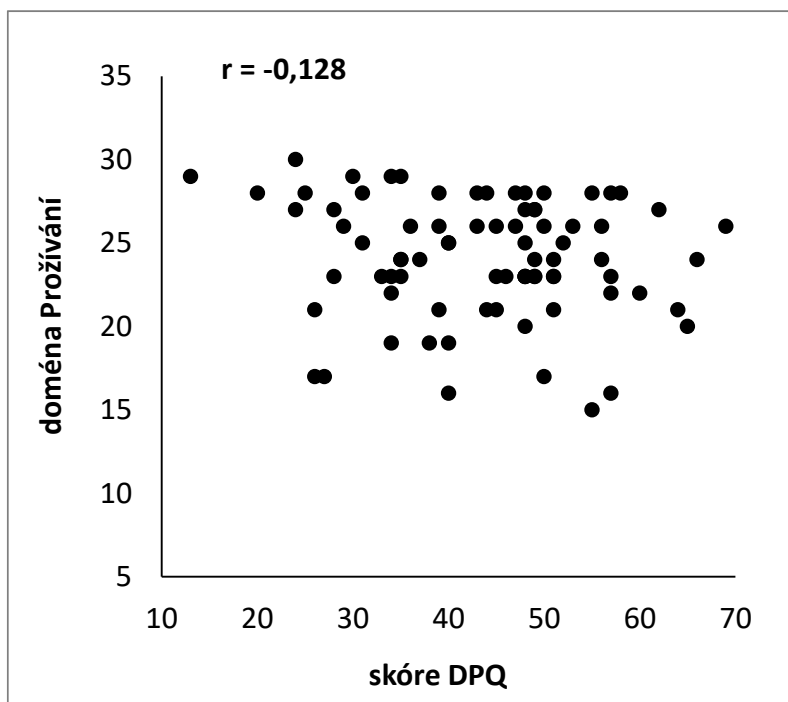
Následující tabulka uvádí hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a odpovídající hodnoty signifikance testu významnosti korelačního koeficientu pro korelaci celkového skóre dotazníku PDQ a skóre jednotlivých domén kvality života. Všechny hodnoty korelačního koeficientu jsou nízké, blízké nule a odpovídající hodnoty signifikance testu významnosti korelačních koeficientů jsou vyšší než hladina signifikance 0,05.

		<i>doména</i>		<i>doména</i>	
		<i>Fyzické</i>	<i>doména</i>	<i>Sociální</i>	<i>doména</i>
<i>kontrola</i>		<i>zdraví</i>	<i>Prožívání</i>	<i>vztahy</i>	<i>Prostředí</i>
skóre DPQ	korelační koeficient	-0,066	-0,128	0,032	-0,004
	p	0,562	0,258	0,780	0,973

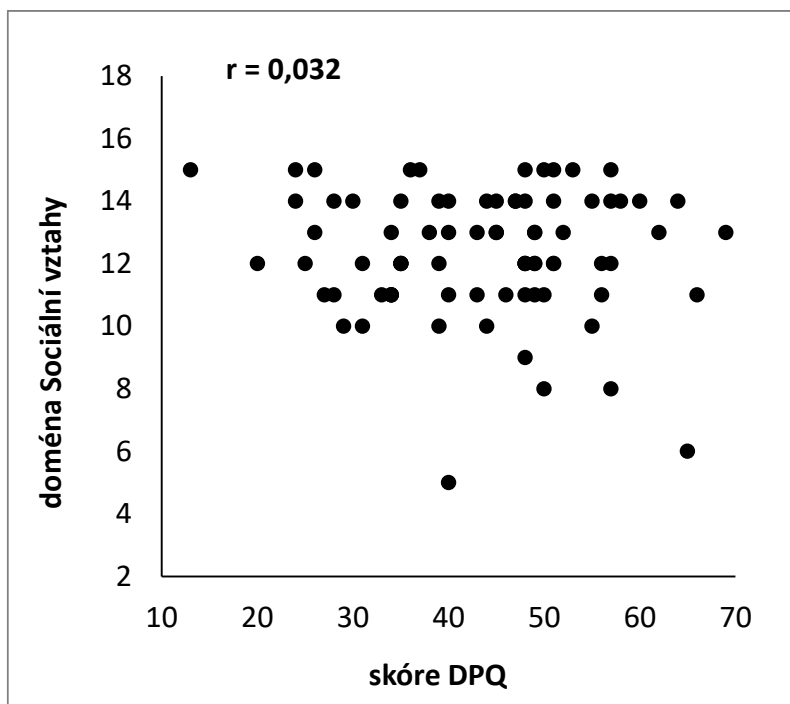
Obrázek 17 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Fyzické zdraví



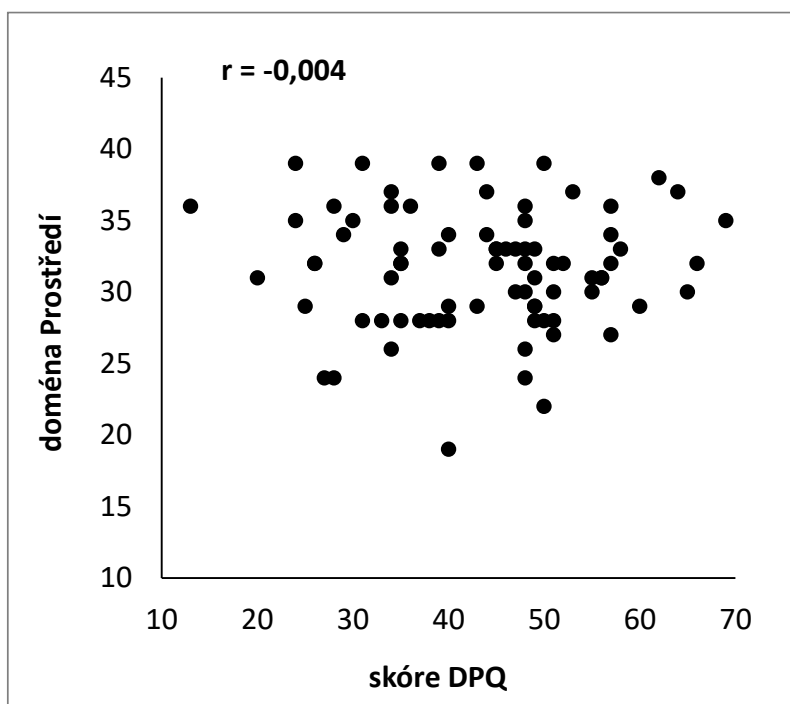
Obrázek 18 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Prožívání



Obrázek 19 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Sociální vztahy



Obrázek 20 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života v doméně Prostředí



Nulová statistická hypotéza:

H04: Neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života u kontrolní skupiny zdravých osob.

Alternativní hypotéza

HA4: Existuje závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života u kontrolní skupiny zdravých osob.

Platnost hypotézy H04 byla ověřena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Byly vypočítány hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a byl proveden test významnosti (nenulovosti) korelačního koeficientu. Hodnoty korelačních koeficientů byly počítány pro korelaci mezi celkovým skóre životního optimismu měřeného pomocí dotazníku LOT-R a skóre jednotlivých domén kvality života měřené pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Neparametrická Spearmanova korelační analýza byla použita vzhledem k nenormální distribuci skóre domén kvality života. Normalita dat byla ověřena pomocí Shapiro-Wilkova testu.

Závěr

Hypotézu H04 zamítáme. Spearmanova korelační analýza prokázala v kontrolní skupině zdravých osob statisticky významnou závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Fyzické zdraví, Prožívání a v doméně Prostředí.

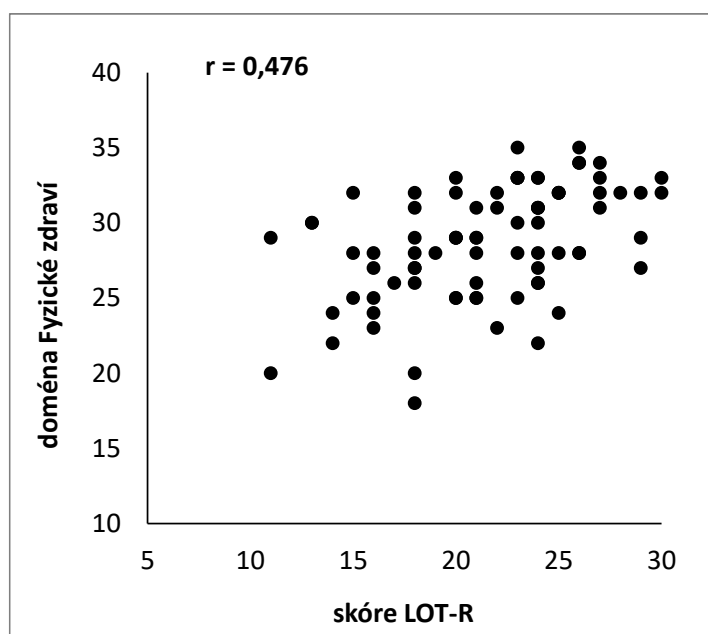
Nejsilnější korelace byla prokázána mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Prožívání (hodnota korelačního koeficientu $r = 0,581$; tj. středně silná pozitivní korelace).

Středně silná pozitivní korelace byla dále zjištěna mezi životním optimismem a kvalitou života v doméně Fyzické zdraví ($r = 0,476$). Slabá pozitivní korelace byla prokázána mezi životním optimismem a kvalitou života v doméně Prostředí ($r = 0,373$). Nebyla prokázána signifikantní korelace mezi životním optimismem a kvalitou života v doméně Sociální vztahy ($r = 0,207$).

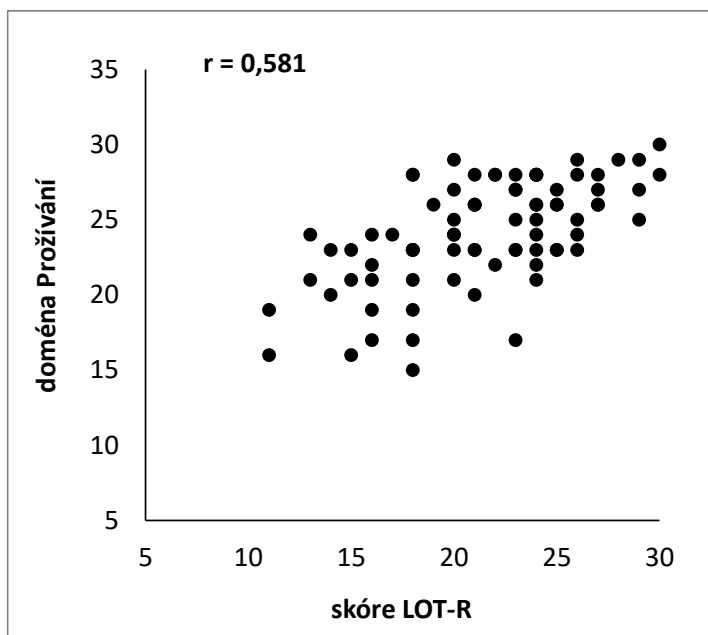
Následující tabulka uvádí hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a odpovídající hodnoty signifikance testu významnosti korelačního koeficientu pro korelaci celkového skóre dotazníku LOT-R a skóre jednotlivých domén kvality života. Hodnoty korelačních koeficientů jsou kladné, to znamená, že vyšší hodnoty skóre dotazníku LOT-R, které znamenají optimismus, korelují s vyššími hodnotami skóre domén kvality života, kde vyšší hodnoty znamenají vyšší kvalitu života.

		<i>doména</i> <i>Fyzické zdraví</i>		<i>doména</i> <i>Sociální vztahy</i>	<i>doména</i> <i>Prostředí</i>
<i>kontrola</i>					
skóre LOT-R	korelační koeficient	0,476	0,581	0,207	0,373
	p	<0,0001	<0,0001	0,066	0,001

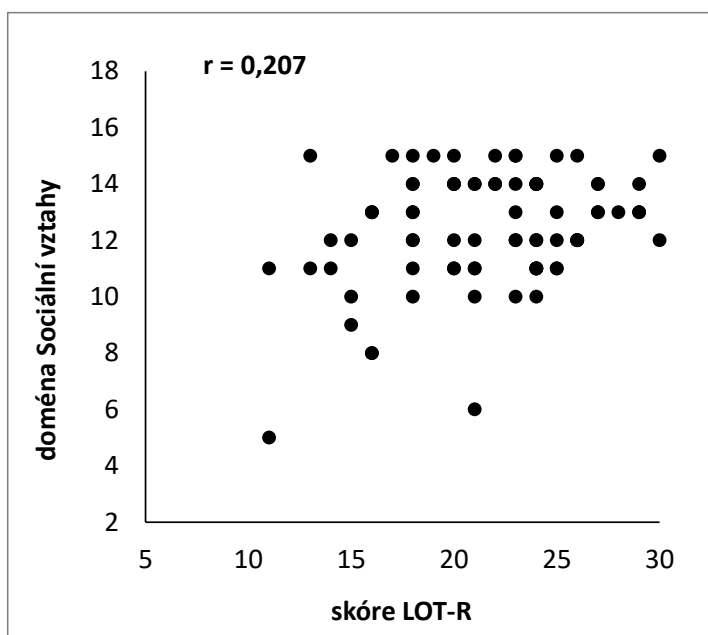
Obrázek 21 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Fyzické zdraví



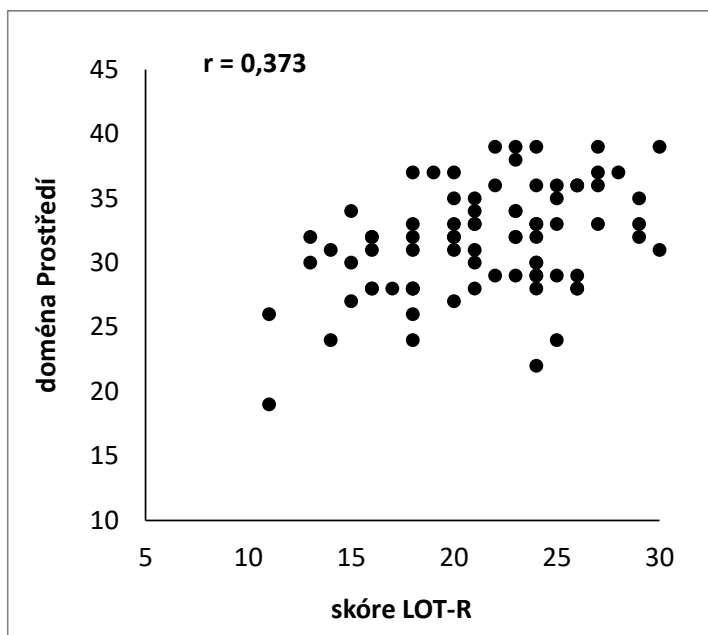
Obrázek 22 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Prožívání



Obrázek 23 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Sociální vztahy



Obrázek 24 - Graf Závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života v doméně Prostředí



Dílčí cíl 2) Zjistit, zda se liší životní optimismus pacientů s plicním onemocněním a kontrolní skupiny zdravých osob.

Nulová statistická hypotéza:

H05: Neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem DPQ mezi pacienty s plicním onemocněním a kontrolní skupinou zdravých osob.

Alternativní hypotéza

HA5: Existuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem DPQ mezi pacienty s plicním onemocněním a kontrolní skupinou zdravých osob.

Platnost hypotézy H05 byla ověřována pomocí Studentova t-testu pro dva výběry. Testem byly porovnány průměrné hodnoty skóre životního optimismu měřené dotazníkem DPQ v souboru pacientů s plicním onemocněním a v kontrolním souboru zdravých osob. Studentův t-test dvou výběrový byl použit vzhledem k normální distribuci hodnot skóre v porovnávaných souborech. K ověření normálního rozdělení hodnot skóre byl použit test Shapiro-Wilk.

Závěr

Hypotézu H05 nelze zamítnout. Studentův t-test neprokázal signifikantní rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem PDQ mezi souborem pacientů s plicním onemocněním a kontrolním souborem zdravých osob. Hodnota signifikance pro porovnání skóre DPQ u obou skupin byla $p = 0,887 (> 0,05)$.

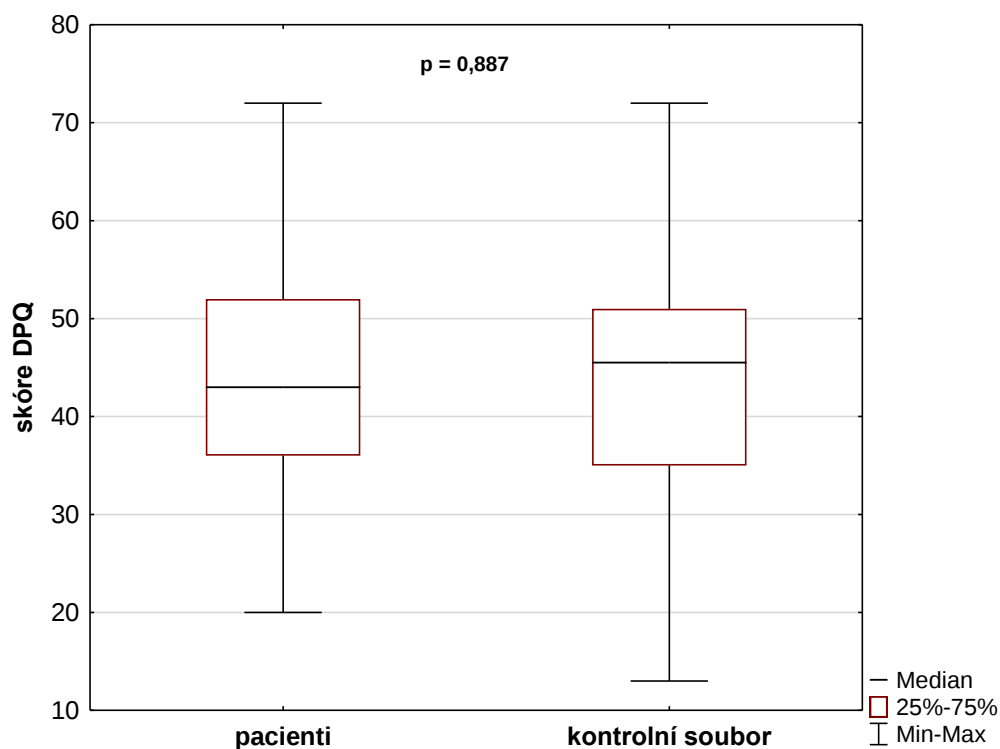
Následující tabulka uvádí základní popisné statistiky skóre DPQ ve skupině pacientů s plicním onemocněním a v kontrolní skupině zdravých osob. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Studentova t-testu pro dva výběry. Výsledná p-hodnota je $>0,05$.

Tabulka 23 - Základní popisné statistiky skóre DPQ ve skupině pacientů s plicním onemocněním a v kontrolní skupině zdravých osob

SKÓRE DPQ	průměr	SD	medián	minimum	maximum
Pacienti s plicním onemocněním	44,2	12,2	43,0	20	72
Kontrolní soubor	43,9	12,0	45,5	13	72
p	0,887				

SD ... směrodatná odchylka

Obrázek 25 - Kvartilový box Graf – distribuce skóre životního optimismu měřeného pomocí dotazníku DPQ v souboru pacientů s plicním onemocněním a v kontrolním souboru zdravých osob



Nulová statistická hypotéza:

H06: Neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem LOT-R mezi pacienty s plicním onemocněním a kontrolní skupinou zdravých osob.

Alternativní hypotéza

HA6: Existuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem LOT-R mezi pacienty s plicním onemocněním a kontrolní skupinou zdravých osob.

Platnost hypotézy H06 byla ověřena pomocí Mann-Whitney U testu. Neparametrický Mann-Whitney U test byl použit vzhledem k nenormální distribuci hodnot skóre LOT-R v porovnávaných souborech. K ověření normálního rozdělení hodnot skóre byl použit Shapiro-Wilkův test.

Závěr

Hypotézu H06 nelze zamítnout. Mann-Whitney U test neprokázal signifikantní rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem LOT-R mezi souborem pacientů s plicním onemocněním a kontrolním souborem zdravých osob. Hodnota signifikance pro porovnání skóre LOT-R byla $p = 0,085$ ($> 0,05$).

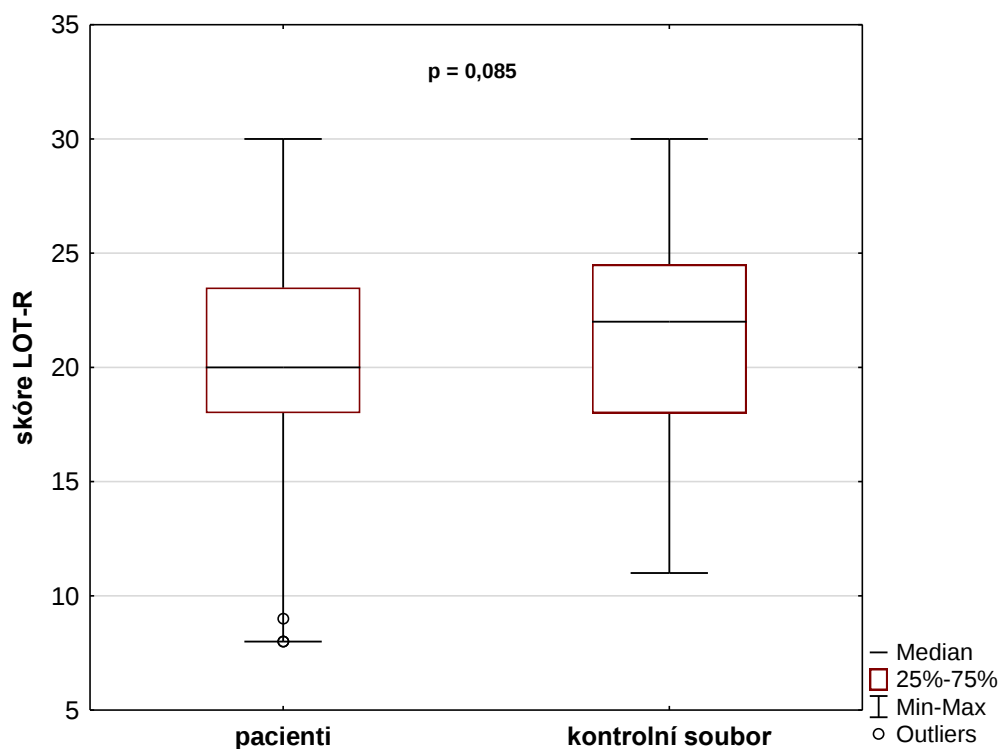
Následující tabulka uvádí základní popisné statistiky skóre LOT-R ve skupině pacientů s plicním onemocněním a v kontrolní skupině zdravých osob. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu. Výsledná p-hodnota je $> 0,05$.

Tabulka 24 - Základní popisné statistiky skóre LOT-R ve skupině pacientů s plicním onemocněním a v kontrolní skupině zdravých osob

skóre LOT-R	Průměr	SD	medián	minimum	maximum
Pacienti s plicním onemocněním	20,2	5,0	20,0	8	30
Kontrolní soubor	21,4	4,5	22,0	11	30
p	0,085				

SD ... směrodatná odchylka

Obrázek 26 - Kvartilový box Graf – distribuce skóre životního optimismu měřeného pomocí dotazníku LOT-R v souboru pacientů s plicním onemocněním a v kontrolním souboru zdravých osob



Dílčí cíl 3) Zjistit vliv pohlaví na životní optimismus pacientů s plicním onemocněním.

Nulová statistická hypotéza:

H07: Neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeném pomocí dotazníku DPQ mezi muži a ženami s plicním onemocněním.

Alternativní hypotéza

HA7: Existuje rozdíl v životním optimismu měřeném pomocí dotazníku DPQ mezi muži a ženami s plicním onemocněním.

Platnost hypotézy H07 byla ověřována pomocí Studentova t-testu pro dva výběry. Testem byly porovnány průměrné hodnoty skóre životního optimismu měřené dotazníkem DPQ ve skupině mužů a ve skupině žen s plicním onemocněním. Studentův t-test dvou výběrový byl použit vzhledem k normální distribuci hodnot skóre v porovnávaných skupinách. K ověření normálního rozdělení hodnot skóre byl použit Shapiro-Wilkův test.

Závěr

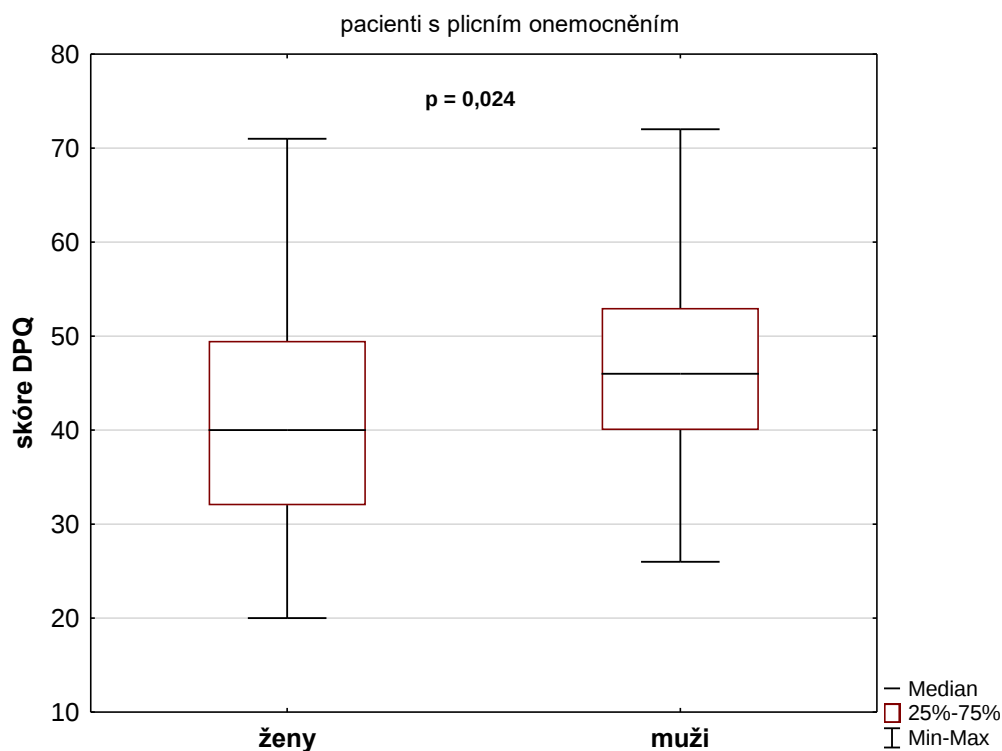
Hypotézu H07 zamítáme. Studentův t-test prokázal mezi muži a ženami s plicním onemocněním signifikantní rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem DPQ. Ve skupině žen bylo prokázáno signifikantně nižší skóre (větší strategický optimismus) než ve skupině mužů. Hodnota signifikance pro porovnání skóre DPQ u obou skupin byla $p = 0,024 (< 0,05)$.

Následující tabulka uvádí základní popisné statistiky skóre DPQ ve skupině mužů a žen s plicním onemocněním. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Studentova t-testu pro dva výběry.

Tabulka 25 - Základní popisné statistiky skóre DPQ ve skupině mužů a žen s plicním onemocněním

SKÓRE DPQ	průměr	SD	medián	minimum	maximum
Muži s plicním onemocněním	46,7	10,8	46,0	26	72
Ženy s plicním onemocněním	41,7	13,0	40,0	20	71
p	0,024				

Obrázek 27 - Kvartilový box Graf – distribuce skóre DPQ ve skupině mužů a žen s plicním onemocněním



Nulová statistická hypotéza:

H08: Neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeném pomocí dotazníku LOT-R mezi muži a ženami s plicním onemocněním.

Alternativní hypotéza

HA8: Existuje rozdíl v životním optimismu měřeném pomocí dotazníku LOT-R mezi muži a ženami s plicním onemocněním.

Platnost hypotézy H08 byla ověřována pomocí Studentova t-testu pro dva výběry. Studentův t-test byl použit vzhledem k normální distribuci hodnot skóre LOT-R ve skupině mužů i ve skupině žen. K ověření normálního rozdělení hodnot skóre byl použit Shapiro-Wilkův test.

Závěr

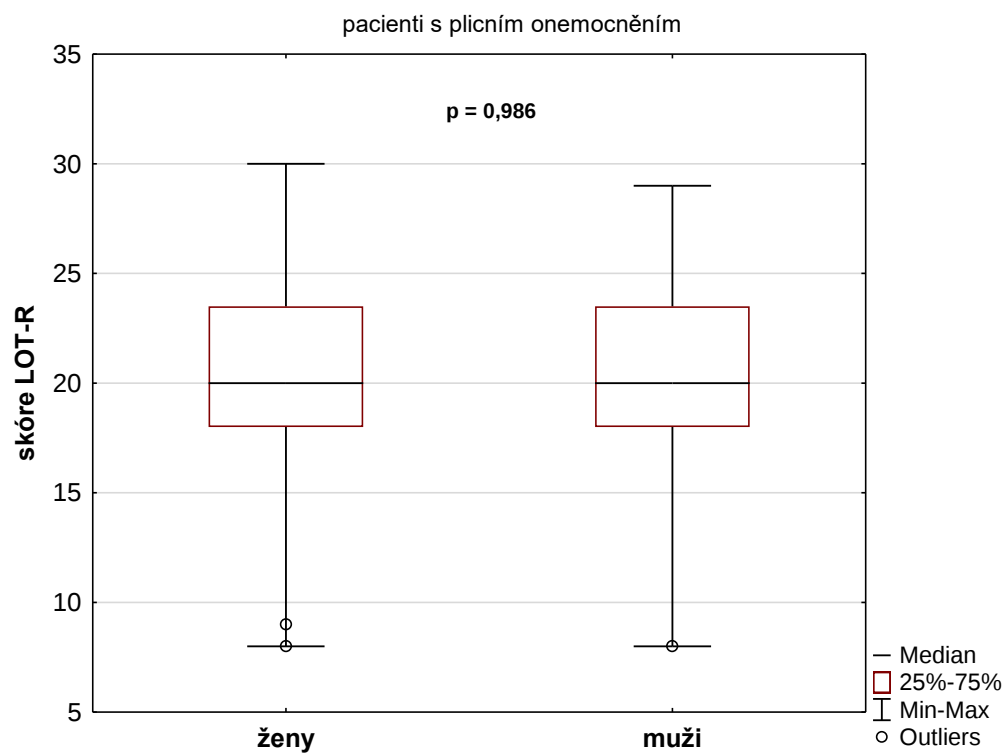
Hypotézu H08 nelze zamítnout. Studentův t-test pro dva výběry neprokázal signifikantní rozdíl v životním optimismu měřeném dotazníkem LOT-R mezi muži a ženami s plicním onemocněním. Hodnota signifikance pro porovnání skóre LOT-R byla $p = 0,986 (> 0,05)$.

Následující tabulka uvádí základní popisné statistiky skóre LOT-R ve skupině mužů a žen s plicním onemocněním. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Studentova t-testu pro dva výběry.

Tabulka 26 - Základní popisné statistiky skóre LOT-R ve skupině mužů a žen s plicním onemocněním

SKÓRE LOT-R	průměr	SD	medián	minimum	maximum
Muži s plicním onemocněním	20,2	4,7	20,0	8	29
Ženy s plicním onemocněním	20,2	5,3	20,0	8	30
p	0,986				

Obrázek 28 - Kvartilový box Graf – distribuce skóre LOT-R ve skupině mužů a žen s plicním onemocněním



10 DISKUSE

Hlavním cílem průzkumné části diplomové práce bylo zjistit – Vliv **optimismu na kvalitu života jedince**. Mimo hlavní cíl jsme si dále stanovili:

Dílčí cíl 1)

Vliv životního optimismu na kvalitu života u skupiny zdravých osob.

Dílčí cíl 2)

Zjistit, zda se liší životní optimismus pacientů s plicním onemocněním a u kontrolní skupiny zdravých osob.

Dílčí cíl 3)

Zjistit vliv pohlaví na životní optimismus pacientů s plicním onemocněním.

Výpočtem v programu STATISTIKA 12 jsme v průzkumné části změřili naše zvolené hypotézy.

Jedinci, naši respondenti byli v našem případě pacienti plicní kliniky FN Olomouc ve věkovém rozmezí 30-60 let a průměrný věk pacientů v 50% zastoupení mužů a 50% zastoupení žen byl 50,4 let. Skupinou nejpočetnějších 40 pacientů byla ve věkovém rozmezí 56-60 let a druhá nejpočetnější skupina 27 respondentů byla ve věkové rozmezí 51-55 let. Nejstarší pacient měl 30 let a nejstarší pacient měl 60 let.

V této kapitole shrneme výsledky a porovnáme s dalšími dílčími výsledky jiných průzkumů a budeme také probírat případné odlišnosti a jejich pravděpodobné příčiny.

Hlavní cíle hypotéz:

Hypotéza H01 se týkala našeho předpokladu o neexistenci závislosti životního optimismu a kvality života, protože jsem nedohledala žádné informace v literatuře, které by tuto hypotézu potvrdily. **Hypotéza H01: Neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí dotazníku DPQ a kvalitou života pacientů s plicním onemocněním. Signifikantní velmi slabou negativní závislost na 5 % hladině významnosti jsme zjistili mezi životním optimismem dotazníku DPQ a kvalitou života dotazníku WHOQOL-BREF v doméně Prožívání ($r = -0,202$), Sociální vztahy ($r = -0,252$) a doméně**

Prostředí ($r = - 0,203$). To znamená, že čím byly vyšší hodnoty kvality života ve výše uvedených doménách, tím nižší byla hodnota celkového skóre DPQ a tím vyšší je strategický optimismus. U domény Zdraví jsme neprokázali signifikantní závislost, ale pouze nevýznačnou ($r = - 0,128$) **V souboru pacientů s plicním onemocněním jsme prokázali významnou závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života pacientů.** Z důvodu nedohledání podobného tématu průzkumu ke komparaci vybíráme studii autorek Dosedlové, Klimusové, Maxové. Tato studie se zabývala vztahem defenzivního pesimismu, dispozičního optimismu a situační úzkosti a rysem úzkostnosti. Výzkumným souborem bylo 146 absolventů a studentů VŠ z ČR ve věkovém rozmezí 20-30let. Výsledky prokázaly negativní a středně těsný vztah ($r = -0,53$) mezi dispozičním optimismem a mírou úzkostnosti. Defenzivní pesimismus a aktuální úzkost vyšla vztahem nepříliš těsným ($r = 0,26$) (Dosedlové, Klimusové, Maxové, 2012, s. 65-72). Gurková uvádí, že především zdravotničtí pracovníci mají tendenci hodnotit kvalitu života svého pacienta podle závažnosti jeho choroby. Pacient spíše hodnotí limitaci nemocí na běžný život, vztahy s rodinou a další budoucnost (Gurková, 2011, s. 53). Dosedlová uvádí, že se nevyužívá příliš ve výzkumech konstrukt strategického optimismu a defenzivního pesimismu. Aktivita, která provází úzkost, se přimyká k preventivnímu a rizikovému jednání (Dosedlová, 2018, s. 47).

Hypotéza H02: neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí skóre dotazníku LOT-R a kvalitou života pacientů s plicním onemocněním. Zjistili jsme signifikantní slabou až středně silnou pozitivní korelaci, která byla změřena mezi kvalitou života dotazníkem WHOQOL- BREF a životním optimismem dotazníkem LOT-R. Pozitivní středně silnou a také nejsilnější korelaci jsme prokázali mezi životním optimismem a kvalitou života v doméně **Prožívání ($r = 0,504$)**, středně silná pozitivní korelace byla v doméně **Sociální vztahy ($r = 0,447$)** a slabá pozitivní korelace byla v doméně **Prostředí ($r = 0,388$)** a v doméně **Fyzické zdraví ($r = 0,324$)**. To znamená, že vyšší hodnoty skóre dotazníku LOT-R znamenající optimismus, korelovaly s hodnotami skóre domén kvality života, kde znamenaly vyšší kvalitu života. **V souboru pacientů s plicním onemocněním jsme prokázali statisticky významně slabou až středně silnou pozitivní závislost mezi kvalitou života a životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R.**

Studie tří autorů se snažila za pomoci dotazníku LOT-R a dotazníku WHOQOL-BREF a účinkem negativních vlivů PANAS zjistit roli efektivity ve spojení mezi optimismem a kvalitou života mužů specifické skupiny lidí s HIV. Nalezla důkazy o souvislostech mezi optimismem a kvalitou života a blaha. V první analýze se prokázala signifikantní korelace mezi optimismem a čtyřmi dílčími škálami kvality života – Celkovou kvalitou života ($r=0,21$), Celkovým zdravím ($r=0,18$), Psychickým zdravím ($r=0,47$) a na rozdíl od našeho měření nebyla prokázána s Prostředím a se Sociálními vztahy. (Vera-Villaruel , Valtierra, Contreras , 2016, s. 256-265).

Dílčí cíl 1)

Vliv životního optimismu na kvalitu života u skupiny zdravých osob

Hypotéza H03: neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života a u kontrolní skupiny zdravých osob. Nepodařilo se nám prokázat statisticky významnou závislost mezi životním optimismem měřeným pomocí DPQ a kvalitou života. **Hypotézu H03 nelze zamítnout díky nízkým hodnotám korelačního koeficientu.** Na rozdíl od skupiny pacientů s plicním onemocněním u hypotézy H01, kde se potvrdila závislost, mezi životním optimismem měřeným stejným dotazníkem DPQ a kvalitou života měřenou dotazníkem WHOQOL-BREF u této kontrolní skupiny zdravých osob, se tato **hypotéza nepotvrdila**. Nepodařilo se nám dohledat podobné výzkumy. Domníváme se, že výsledek je takový z důvodů zaměření soustředění zdravé skupiny na jiný problém v životě, a právě rozdílný odklon preferování zastínil jak životní optimismus, tak kvalitu života, kterou skupina zdravých považuje jako samozřejmou součást svého života.

Hypotéza H04: neexistuje závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života měřenou dotazníkem WHOQOL-BREF u kontrolní skupiny zdravých osob. V kontrolní skupině zdravých osob jsme prokázali statisticky významnou **středně silnou** pozitivní korelaci v doméně **Prožívání** ($r=0,581$), stejně silnou korelaci jsme prokázali v doméně **Fyzické zdraví** ($r=0,476$), slabou pozitivní korelaci jsme prokázali v doméně **Prostředí** ($r=0,373$) a neprokázali jsme ji v doméně **Sociální vztahy** ($r=0,207$). V porovnání se skupinou pacientů s plicním onemocněním (hypotéza H02) se shoduje s největším zastoupením u domény Prožívání, Prostředí.

U domény Fyzické zdraví byla v H02 jsme prokázali slabou pozitivní korelace. Ke komparaci jsme nedohledali adekvátní studii.

Dílčí cíl 2)

Zjistit, zda se liší životní optimismus pacientů s plicním onemocněním a u kontrolní skupiny zdravých osob.

Hypotéza H05: neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem DPQ mezi pacienty s plicním onemocněním a kontrolní skupinou zdravých osob. Nepodařilo se nám potvrdit signifikantní rozdíl v životním optimismu mezi oběma měřenými skupinami. Hodnota signifikance převyšovala pětiprocentní hranici. Nedohledali jsme podobný výzkum našemu zkoumání. Ve studii Sulkers et al., se zkoumala míra optimismu a pesimismu u dospívajících s nádorovým onemocněním a ve skupině zdravých osob. Dispoziční optimismus byl měřen za pomoci testu orientace na život mládeže YLOT. Vysoké úrovně celkového optimismu, které se často vyskytují u pacientů s rakovinou, mohou ve skutečnosti odrážet nízký pesimismus místo vysokého optimismu. Autoři potvrdili, že i když adolescenti s rakovinou nebyli **optimističtější než skupina zdravých osob, byli ale výrazně méně pesimističtí (Sulkers et al., 2013, 474-489).** Výsledek v obou měřeních, i když v jiných skupinách, věku i měřících nástrojích byl podobný v rámci nerozdílného vnímání optimismu.

Hypotéza H06: Neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem LOT-R mezi pacienty a plicním onemocněním a kontrolní skupinou zdravých osob. Nedohledali jsme signifikantní rozdíl v životním optimismu mezi oběma měřenými skupinami. Výsledná p hodnota byla větší, než 0,05. Ke srovnání jsem nedohledala podobný průzkum.

Dílčí cíl 3)

Zjistit vliv pohlaví na životní optimismus pacientů s plicním onemocněním.

Hypotéza H07: **Neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeném dotazníkem DPQ mezi muži a ženami s plicním onemocněním.** Prokázali jsme signifikantní rozdíl v životním optimismu měřeným dotazníkem DPQ. U skupiny žen jsme potvrdili větší strategický optimismus než u skupiny mužů na hladině významnosti $p = 0,024$. V porovnání s následující hypotézou a její komparací se můžeme domnívat, že rozdílný výsledek měření optimismu mezi muži a ženami je díky jinému systému měření optimismu u každého z dotazníků. Ke komparaci jsme nedohledali adekvátní studii.

Hypotéza H08: **Neexistuje rozdíl v životním optimismu měřeném pomocí dotazníku LOT-R mezi muži a ženami s plicním onemocněním.** Neprokázali jsme signifikantní rozdíl v optimismu měřeném dotazníkem LOT-R mezi muži a ženami s plicním onemocněním. Autor Hinz et al., v metaanalýze testovali psychometrické vlastnosti dotazníku LOT-R a souvislost mezi optimismem a několika psychologickými, sociodemografickými a behaviorálními faktory na německé populaci 18-80 let. V celkovém skóre LOT-R byly zjištěny pouze malé rozdíly mezi pohlavími. Přes rozdílnost obou studií je patrný stejný malý rozdíl mezi pohlavími (HINZ, Andreas et al. 2017, s. 161-170).

Studie dvou indických autorů zkoumala na vzorku 60 studentů univerzity obou pohlaví úroveň optimismu, štěstí a sebeúcty. Studie hledala korelace mezi proměnnými díky použití dotazníků LOT-R od Scheiera, Carvera a Bridgese, dotazníku štěstí (OHQ) a měřítkem sebeúcty. Ve studii byl prokázán významný vliv generového faktoru na životní optimismus. Průměrné skóre optimismu, štěstí a sebedůvěry byly větší u mužů než u žen (Dar a Wani, 2017, s. 300-304).

10.1 Limitace práce

Cílem tématu méj diplomové práce bylo zjistit vliv optimismu na kvalitu života jedince. Toto filozofické téma jsme studovali v souvislosti se skupinou nemocných s plicním onemocněním FN Olomouc. Dohledali jsme dotazníky DPQ a LOT-R, které měří optimismus a pesimismus a byly použity v ČR a dále dotazník WHOQOL-BREF. Dotazníky DPQ a LOT-R nejsou standardizované, ale po domluvě s vedoucím práce jsme je mohli použít při zpracování práce. Limitací naší práce bylo několik překážek. V první řadě nebylo zcela snadné vyplnit celou baterii celkem tří dotazníků, která znamenala odpovědět dohromady

na 53 otázek. Některé otázky v dotazníku DPQ jsou těžké na zodpovězení v tom smyslu, že dvě po sobě jdoucí otázky jsou téměř stejné. Jen otázka je kladná a druhá záporná. Některé otázky jsme si na zkoušku sami museli přečíst několikrát po sobě, abychom se mohli zamyslet a správně odpovědět.

Možnou limitací byla nehomogenita dat věku mezi skupinou respondentů a kontrolní skupinou. Medián věku u kontrolní skupiny byl 44 let a medián pacientů byl 52 let. Další velmi zásadní limitací, z pohledu celé práce, bylo pro nás v průzkumné části dohledat ke komparaci průzkumy či studie, zabývající se stejně jako já měřením vlivu optimismu na kvalitu života nemocných s plicním onemocněním z pravděpodobného důvodu průkopnictví v tomto tématu.

ZÁVĚR

Tématem diplomové práce bylo zjistit vliv optimismu na kvalitu života jedince. Respondenti byli jedinci z řad pacientů s plicním onemocněním a také kontrolní skupina zdravých jedinců. Samotné průzkumné části předcházela část teoretická, která byla zaměřena na sumarizaci informací vztahujících se k tématu optimismu. Posláním teoretické části bylo přiblížit téma optimismu, pesimismu a kvality života. Došlo k následnému dělení a strategickému definování názvu, k popsání dílčích druhů optimismu a také jsme se snažili přiblížit nejen citování autorů v literatuře článků a monografií, ale i implementaci optimismu či pesimismu v běžném životě. V některých kapitolách optimismu se může nalézt leckterý čtenář této práce. Dále v teoretické části jsme navázali na souvislosti optimismu a zdraví. Důkazy o pozitivním vlivu optimismu na naše zdraví jsme zaznamenali v mnoha publikacích našich i světových autorů. Důležitý vliv má optimismus na imunitní systém, na dobrou spolupráci a velkou aktivitu v selfmonitoringu zdraví. Pozitivní přístup v životě může být ale také někdy člověku nebezpečný ve smyslu podcenění a přehlížení důležitých zdravotnických preventivních doporučení. Autoři se zmiňují o studování zdraví, které je prediktorem mortality a degraduje kvalitu života, která je zpracovaná v teoretické části taktéž. O kvalitu života se zajímala civilizace již mnoho let před Kristem, kdy byla spojovaná se stavem morálním a také blaženým. V novodobých dějinách v USA se kvalita života dává do souvislosti spíše s finančním aspektem, ale ve skutečnosti je takové téma těžko uchopitelné pro jeho široký koncept multifaktoriálně podmíněný od základního prožitku až po uskutečnění stanoveného cíle. Hodnocení kvality života v ošetrovatelství a v různých specifických oblastech se uskutečňuje pomocí dotazníků. Někteří autoři kritizují dotazníky za jejich neobjektivitu a nespecifičnost. I pro plicní onemocnění se používají určité měřicí nástroje. Vliv se musí zkoumat pomocí statistických metod, dotazníky se tím nezabývají, jen měří samostatně buď kvalitu života, nebo optimismus. Tady jde spíš o to, že pro některé diagnózy existují speciální dotazníky, které měří kvalitu života pacientů s touto nemocí. Nedohledala jsem ale, zda existuje nějaký dotazník i pro plicní onemocnění. Sumarizace dat o zdraví, prevenci a jejich nedílných determinantách završuje finální teoretickou část.

V průzkumné části metodiky jsme se seznámili s prostředím vzorku respondentů, s průběhem průzkumného šetření, se sběrem dat a s použitými nástroji. Nástroje jsme použili celkem tři. Standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-BREF a dva nestandardizované dotazníky měřící optimismus a pesimismus LOT-R A DPQ. Zpracování

a prezentace dotazníkového šetření jsou uvedeny v následující části diplomové práce. Vzhledem k nedohledání adekvátních průzkumů a studií na moje téma, tedy vliv optimismu na kvalitu života jedince se můžeme domnívat, že jsme v této oblasti elévové a začínáme zkoumat v neprozkoumané oblasti, což má zásadní vliv na omezení komparace našimi hypotézami.

V první hlavní hypotéze jsme prokázali v souboru pacientů významnou pozitivní závislost mezi životním optimismem měřeným dotazníkem DPQ a kvalitou života pacientů. V druhé hlavní hypotéze jsme prokázali v souboru pacientů významnou slabou až středně silnou pozitivní korelaci mezi životním optimismem měřeným dotazníkem LOT-R a kvalitou života pacientů.

V dílčích cílech třetí hypotézy a v kontrolní skupině a použití dotazníku DPQ jsme neprokázali významnou závislost mezi optimismem a kvalitou života. Domníváme se, že je to proto, že skupina zdravých jedinců z kontrolní skupiny považuje zdraví za samozřejmost.

V dílčí čtvrté hypotéze a použití dotazníku LOT-R jsme prokázali středně silnou pozitivní korelaci v doméně Prožívání a Fyzické zdraví, slabou korelaci v doméně Prostředí a neprokázali jsme významnou korelaci v doméně Sociální vztahy. V porovnání výsledků zjištěných v kontrolní skupině zdravých osob se skupinou pacientů s plicním onemocněním se shoduje zjištění významné závislosti mezi životním optimismem a kvalitou života v doméně Prožívání a v doméně Prostředí.

V dílčí páté hypotéze za pomoci dotazníku DPQ jsme nepotvrdili signifikantní rozdíl v životním optimismu mezi skupinou pacientů a kontrolní skupinou. V dílčí šesté hypotéze jsme nepotvrdili signifikantní rozdíl v životním optimismu mezi oběma měřenými skupinami pomocí dotazníku LOT-R. V dílčí sedmé hypotéze jsme prokázali signifikantní rozdíl mezi muži a ženami v životním optimismu měřeným dotazníkem DPQ, kdy ženy měly větší strategický optimismus než muži.

V dílčí osmé hypotéze jsme neprokázali signifikantní rozdíl v optimismu měřeném dotazníkem LOT-R mezi muži a ženami s plicním onemocněním.

Co se týká průzkumu, tak v odborné literatuře se prokázal vliv optimismu na zdraví jedince a dále kvalita života, zdraví a prostředí jsou témata naprosto propojená i neoddělitelná. V našem průzkumu jsme první hypotézou potvrdili, že optimismus má vliv

na kvalitu života jedince. Mezi pacienty a kontrolní skupinou nebyl prokázán významný rozdíl v optimismu měřeném pomocí dotazníku LOT-R ani pomocí dotazníku DPQ. Doporučujeme pro výše uvedená fakta a naše výsledky průzkumu toto důležité téma dále zkoumat i v dalších studiích a zkonstruovat standardizovaný dotazník pro naše české prostředí.

„Optimismus není lék, který by kladně působil na vše, s čím se v životě setkáváme, není to panacea. Je však dobrým nástrojem, velice dobrým nástrojem“.

Martin Seligman (Křivohlavý, s. 60, 2012)

SEZNAM LITERATURY

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

1. 30. května – Den posledního típnutí! Prezident podepsal protikuřácký zákon. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha: © 2010 MZČR, publikováno 14. 2. 2017 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/30kvetna-den-posledniho-tipnutiprezident-podepsal-protikuracky-zakon-13383_3692_1.html
2. About Human Development. 2020. In: *United Nations Development Programme. Human Development Reports* [online]. [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <http://hdr.undp.org/en/humandev>
3. Abstracts. 2007. *Health Psychology Review* [online]. 1(Suppl. 1), 9-309 [cit. 2020-05-16]. ISSN 17437199.DOI: 10.1080/17437190701472504.
4. Advanced research on European health expectancies. In: *EurOhex* [online]. [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <http://www.eurohex.eu/index.php?option=aboutehemu>
5. AILLIE, Lindsey Smith et al. 2020. An evaluation of Chile's Law of Food Labeling and Advertising on sugar-sweetened beverage purchases from 2015 to 2017: A before-and-after study. *PLoS Medicine* [online]. 17(2), 1-22 [cit. 2020-03-16]. ISSN 1549-1277. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003015. ISSN 15491277.
6. BENCKO, Vladimír. 2011. Re: Národní zdraví, program Zdraví 21 a prevence. *Hygiena*. 56(3), 104-106. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2011-3-09-full.pdf>
7. BRABLCOVÁ, Renáta. 2019. Konference Slezské dny preventivní medicíny 2019. *Hygiena*. 64(2), 89-91. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>
8. Citáty slavných osobností. 2020. „Když se ptali Dalajlámy“. In www.citaty.net. [online]. Publikováno [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/275464-dalajlama-kdyz-se-ptali-dalajlame-co-ho-na-lidech-a-lidsko/>
9. DAR, Aehsan Ahmad a Mohammad Amin WANI. 2017. Optimism, happiness, and self-esteem among university students. *Indian Journal of Positive Psychology* [online]. 8(3), 300-304 [cit. 2020-05-17]. ISSN 22294937. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=126080972&scope=site>
10. DOSEDLOVÁ, Jaroslava, Helena KLIMUSOVÁ a Veronika MAXOVÁ. 2012. Dispoziční optimismus a defenzivní pesimismus ve vztahu k situační úzkosti a dispoziční

- úzkostnosti. *Klinická psychologie a osobnost*[online].1(1), 65-72. [cit. 2020-03-19]. ISSN 2336-4432. Dostupné z:<https://digilib.phil.muni.cz/handle/11222.digilib/125963>
11. ECD/EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. 2019. Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU [online]. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1787/6e557457-cs>.
 12. FIALA, Jindřich, Pavlína KAŇOVÁ a Lucie KOTALOVÁ. 2019. Strategie a akční plány pro prevenci dětské obezity. *Hygiena*. 64(3), 117-127. DOI: 10.21101/hygiena.a1727. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>
 13. HINZ, Andreas et al. 2017. Optimism and pessimism in the general population: Psychometric properties of the Life Orientation Test (LOT-R). *International Journal of Clinical Health* [online]. 17(2), 161-170 [cit. 2020-05-17]. ISSN 16972600.DOI: 10.1016/j.ijchp.2017.02.003.
 14. HLÚBIK, Jan a Pavol HLÚBIK. 2016. Tělesné složení ovlivňující riziko vzniku civilizačních nemocí. *Hygiena*. 61(2), 70-73. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>
 15. HOBZOVÁ, Milada a Richard SALZMAN. 2017. Chrápání - stav život ohrožující? *Medicína pro praxi*. 2017, 14(4), 180-184. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/>
 16. HONZÁK, Radkin. 2019. Medicína musí udělat několik nepopulárních kroků, aby zůstala čistá a užitečná. 1. Pojetí ČLOVĚKA ve zdraví a nemoci - slovo úvodem. *Medicína pro praxi*. 16(3), 139. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/>
 17. HORÁK, Ondřej. 2020. Optimismus: kdy je výhodou a kdy nám škodí? In: *psychologie.cz* [online]. © Copyright Mindlab s.r.o. [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/optimismus-kdy-je-vyhodou-kdy-nam-skodi/>
 18. How long do people live? 2020. In: *IHME* [online]. Seattle, USA © 2019 University of Washington [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <http://www.healthdata.org/czech-republic>
 19. HRKAL, Jakub. 2002. Hodnocení zdraví pomocí metodologie Burden Disease. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České Republiky* [online]. (2) [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=1567>
 20. HRUBÁ, Drahoslava. 2019. Boj o miliardu životů: mistrovské dílo propagandy tabákového průmyslu. *Hygiena*. 64(2), 72-75. DOI: 10.21101/hygiena.a1716. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>

21. HRUBÁ, Drahoslava. 2013. Dokážeme prosadit ve společnosti význam primární prevence? *Hygiena*. 58(1), 3-4. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>
22. HRUBÁ, Drahoslava a Aleš PEŘINA. 2016. Kouření jako zdroj jemných a ultrajemných prachových částic. *Hygiena*. 61(1), 19-23. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>
23. HRUBÁ, Drahoslava, Veronika ŠIKOLOVÁ a Aleš PEŘINA. 2014. Aktuality z toxikologie kouření tabáku: "third-hand smoke." *Hygiena*. 59(4), 190-194. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>
24. HSU, Yawen a Frank J. H. LU. 2018. Older adults' physical exercise and health-related quality of life: The mediating role of physical self-concept. *Educational Gerontology* [online]. 44(4), 247-254 [cit. 2020-05-25]. DOI: 10.1080/03601277.2018.1452882. ISSN 03601277.
25. KAJABA, Igo et al. 2019. Princípy optimálnej antisklerotickej výživy. *Hygiena*. 64(1), 10-15. DOI: 10.21101/hygiena.a1706. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>
26. KALOVÁ, Hana et al. 2005. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Klinická farmakologie a farmacie*. 19(3), 165-168. ISSN 1212-7973.
27. KARÁSEK, David. 2018. Diabetes a kardiovaskulární riziko. *Interní medicína pro praxi*. 20(2), 58-61. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/>
- KARDUM, Igor, Jasna HUDEK-KNEŽEVIĆ a Nada KRAPIĆ. 2018. Optimizam, pesimizam i tjelesno zdravlje. *Psihologijske teme / Psychological Topics* [online]. 27(3), 585-611 [cit. 2020-05-22]. ISSN 13320742. DOI: 10.31820/pt.27.3.12. ISSN 13320742.
28. Kolik stojí komunitní preventivní programy. *Hygiena*. 2019, 64(4), 179. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>
29. KRÁLÍKOVÁ, Eva. 2019. Co to je za nemoc a proč ji neléčíme? *Interní medicína pro praxi*. 21(1), 3. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/>
30. KRCH, František David. 2017. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*. 18(1E). ISSN 1213-0508. Dostupné také z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/archiv.php>
31. KUNZOVÁ, Šárka et al. 2014. Chování a zdraví. *Hygiena*. 59(3), 123-130. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>

32. MAREŠ, Jiří. 2010. Individualizovaná diagnostika člověka – inspirace pro metodologii pedagogiky. *Pedagogika*. 40(10), 138-1611. ISSN: 0031-3815. Dostupné také z: <https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?p=929&lang=cs>
33. MAUSSEN, Jana et al. 2018. *Shrnutí závěrečných zpráv expertních skupin pro identifikaci relevantních indikátorů kvality života v ČR* [online]. Praha: Úřad vlády ČR [cit. 2020-03.30]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/udrzitelny-rozvoj/projekt-OPZ/Kvalita-zivota---shrnuti.pdf>
34. McNAUGHTON, Candace D. et al. 2014. Association of health literacy with elevated blood pressure: a cohort study of hospitalized patients. *Med Care* [online]. 52(4), 346–353. [cit. 202-03-23]. ISSN 0025-7079. doi:10.1097/MLR.000000000000101
35. Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí (NRKOI). In: *ÚZIS* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-zdravotni-registry--narodni-registr-kardiovaskularnich-operaci-a-intervenci>
36. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. 2006. Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života. *Interní medicína pro praxi*. 8(7-8), 342-347. ISSN 1212-7299.
37. New study finds poor diet kills more people globally than tobacco and high blood pressure. In: *IHME* [online]. © 2019 University of Washington, 3.4. 2019 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <http://www.healthdata.org/news-release/new-study-finds-poor-diet-kills-more-people-globally-tobacco-and-high-blood-pressure>
38. NOVÁKOVÁ, Elizabeth a Viktor MRAVČÍK. 2020. Dopady užívání alkoholu na okolí uživatele. *Hygiena*. 659(1), 10-16. DOI: 10.21101/hygiena.a1730. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>
39. Olišarová, V., Dolák, F. AND Tóthová, V. Quality of life as a part of nursing. *Kontakt*, 2013, vol. 15, iss. 1, p. 14-21. Dostupné také z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201301-0003_kvalita-zivota-jako-soucast-osetrovatelstvi.php
40. PAYNE, Jan, 2005. Kvalita života a zdraví. V Praze: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
41. PÍŠKO, Juraj. 2012. Chronická insomnia a psychické poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 13(1), 10-12. ISSN 1213-0508. Dostupné také z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/archiv.php>
42. Pro informace o péči o zdraví si do Šantovky na Den prevence přišly stovky zájemců. In: *Fakultní nemocnice Olomouc* [online]. Olomouc, FNOL, 19. 2. 2020 [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://www.fnol.cz/aktuality/pro-informace-o-peci-o-zdravi-si-do-santovky-na-den-prevence-prisly-stovky-zajemcu>

43. RASMUSSEN, Heather N., Carsten WROSCHE, Michael F. SCHEIER a Charles S. CARVER, 2006. Self-Regulation Processes and Health: The Importance of Optimism and Goal Adjustment. *Journal of Personality* [online]. 74(6), 1721-1748 [cit. 2020-05-27]. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2006.00426.x. ISSN 00223506.
44. SCHEIER, Michael F., Charles S. CARVER a Michael W. BRIDGES. 1994. Distinguishing Optimism From Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): A Re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality* [online]. 67(6), 1063-1078 [cit. 2020-02-28]. ISSN 00223514. DOI: 10.1037/0022-3514.67.6.1063.
45. SOUČEK, Miroslav. 2019. Jaké změny přinesla nová doporučení ČSH? *Medicína pro praxi*. 16(1), 14-19. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/>
46. SULKERS, Esther et al. 2013. Dispositional optimism in adolescents with cancer: Differential associations of optimism and pessimism with positive and negative aspects of well-being. *British Journal of Health Psychology* [online]. 18(3), 474-489 [cit. 2020-05-22]. ISSN 1359107X. DOI: 10.1111/j.2044-8287.2012.02096.x.
47. ŠTECHOVÁ, Kateřina. 2018. Prediabetes. *Interní medicína pro praxi*. 20(4), 183-188. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/>
48. ŠTĚPANYOVÁ, Gabriela. 2018. Starejme se o své zdraví, nic cennějšího nemáme! Světový den zdraví 2018: Zdraví pro všechny. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha: © 2010 MZ ČR, publikováno 6. 4. 2018 [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/starejme-se-o-sve-zdravinic-cennejsiho-nemamesvetovy-den-zdravi-2018zdravi_15487_3016_5.html
49. TALAFA, Viktor, Jana ZAPLETALOVÁ a Dalibor PASTUCHA. 2015. Pozitivní vliv pravidelné fyzické aktivity u zdravých lidí na snížení rizikových faktorů pro kardiovaskulární onemocnění. *Medicína pro praxi*. 12(4), 204. ISSN 1214-8687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/>
50. ÚZIS ČR. 2001. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR* © 2020 [cit. 2020-02-29]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=1567>
51. ÚZIS ČR. 2019. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2020-03-06]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>
52. ÚZIS ČR. 2018. *Zdravotnická ročenka České republiky 2017*. Praha: ÚZIS ČR. ISSN 1210-9991. Dostupné: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdrroccz_2017.pdf

53. VAŇÁSKOVÁ, Eva a Michal BEDNÁŘ. 2013. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. *Neurologie pro praxi*. 14(3), 133-135. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/archiv.php>
54. VERA-VILLARROEL, Pablo, Arturo VALTIERRA a Daniela CONTRERAS. 2016. Affectivity as mediator of the relation between optimism and quality of life in men who have sex with men with HIV. *International Journal of Clinical Health* [online]. 16(3), 256-265 [cit. 2020-05-25]. ISSN 16972600. DOI: 10.1016/j.ijchp.2016.07.001. ISSN 16972600.
55. Zdraví. 2016. In: *Hygienická stanice hlavního města Prahy* [online]. Praha: HSHMP, © 2016 [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: http://www.hygpaha.cz/obsah/zdravi-a-jeho-determinanty_434_1.html
56. ZVOLSKÁ, Kamila a Eva KRÁLÍKOVÁ. 2019. Jednotné balení cigaret - mýty a fakta. *Hygiena*. 64(2), 60-66. DOI: 10.21101/hygiena.a1717. ISSN 1802-6281. Dostupné také z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv>

KNIŽNÍ ZDROJE:

1. DOSEDLOVÁ, Jaroslava. 2018. *Optimismus a jeho role v kontextu zdraví*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8951-8.
2. DOSEDLOVÁ, Jaroslava. 2016. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8458-2.
3. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: WorldHealthOrganizationQualityofLifeAssessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.
4. FARKAŠOVÁ, Dana et al. 2018. *The determinants of health*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-370-8.
5. GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ, 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4727-981.
6. GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

7. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
8. KEBZA, Vladimír. 2017. *Psycholog ve zdravotnictví*. 2., upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3657-3.
9. KODL, Miroslav, ed. 2014. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2020-02-28]. ISBN 978-80-85047-49-3. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatel-ceske-republiky2014-_9420_3016_5.html
10. KOMPRDA, Tomáš, 2009. *Výživou ke zdraví*. Velké Bílovice: TeMi CZ. ISBN 978-80-87156-41-4.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2015. *Pozitivní psychologie*. Vydání třetí. Praha: Portál. Psychologie. ISBN 978-80-262-0978-2.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2012. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-4007-2.
14. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN:978-80-247-5351-5.
15. MLČÁK, Zdeněk, 2007. *Psychologie zdraví a nemoci*. Dotisk 1. Vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta. ISBN 80-736-8035-1.
16. NOREM, J. K. 2001. Defensive pessimism, optimism, and pessimism. In: CHANG, Edward C. ed. *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association, s. 77-100. ISBN 978-155-798-691-7.
17. PÍTHA, Jan a Rudolf POLEDNE. 2009. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2488-1
18. ŘEHULKOVÁ, Oliva. 2008. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemocí*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-073-9.
19. SELIGMAN, Martin E. P. 2003. *Opravdové štěstí: pozitivní psychologie v praxi*. Praha: Ikar. ISBN 80-249-0293-1.
20. SELIGMAN, Martin E. P. 2013. *Naučený optimismus: jak změnit své myšlení a život*. Praha: Dobrovský. ISBN 978-80-7306-534-8.
21. SLEZÁČKOVÁ, Alena. 2012. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-3507-8.

22. SMITH, Shawn T. 2014. *Uživatelská příručka k vaší mysli: nevěřte všemu, co si myslíte*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5145-0.
23. Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovatel'stvo V, 2017. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. ISBN 978-80-88206-07-1.
24. TSCHUSCHKE, Volker. 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-826-0.

SEZNAM PŘÍLOH

Life Orientation Test – Revised (LOT-R)

Přečtěte si prosím pozorně každé zadání a otázku. U každé otázky označte pouze JEDNU odpověď (zakroužkujte písmeno nejvýstižnější odpovědi). Snažte se prosím variantu „něco mezi“ omezit pouze na případy, kdy si opravdu nejste jistí, jakou zvolit odpověď.

1. V období nejistoty obvykle očekávám to nejlepší.
2. Dokážu se snadno uvolnit.
3. Když se mi něco může pokazit, tak se to také pokazí.
4. Co se týká mé budoucnosti, jsem vždy optimista.
5. Jsem rád se svými přáteli.
6. Je pro mě důležité stále něco dělat, být zaneprázdněný.
7. Téměř nikdy neočekávám, že by věci šly tak, jak chci já.
8. Nerozčílím se příliš snadno.
9. Zřídka počítám s tím, že by se mi přihodilo něco dobrého.
10. Celkově očekávám, že se mi přihodí více dobrých věcí, než těch špatných.

Respondenti odpovídali na 5 bodové škále od „plně souhlasím“ po „vůbec nesouhlasím“.

DefensivePessimismQuestionnaire (DPQ)

V odpovědích na následující otázky přemýšlejte o tom, jak se připravujete a jak smýšlíte o zátěžových (stresujících) situacích, především v akademické nebo v sociální sféře. Každý z níže uvedených výroků popisuje, jak se lidé někdy cítí nebo jak smýšlejí o těchto situacích.

Do kolonky před výrokem napište, jak vás daný výrok na škále od 1 – 7 vystihuje.

1 = vůbec mě nevystihuje

7 = velice

mě vystihuje

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

_____ 1. Vstupuji do těchto situací s očekáváním toho nejhoršího, ačkoli vím, že se mi pravděpodobně povede dobře.

_____ 2. Obvykle do těchto situací vstupuji s kladným očekáváním toho, jak se mi povede.

_____ 3. V minulosti jsem si v takových situacích většinou vedl/a celkem dobře.

_____ 4. Před tím, než vstoupím do některé z těchto situací, opatrně zvažuji všechny možné výsledky. _____ 5. Když si v těchto situacích vedu dobře, často se cítím velice šťastný/á.

_____ 6. Často se v těchto situacích obávám, že nebudu schopen provést své záměry.

_____ 7. Často myslím na to, jak se budu cítit, když si v těchto situacích povedu velmi špatně.

_____ 8. Často myslím na to, jak se budu cítit, když si v těchto situacích povedu velmi dobře.

_____ 9. Daří-li se mi v těchto situacích dobře, je tomu tak obvykle proto, že jsem se tím příliš neznepokojoval/a předem.

_____ 10. Často se snažím přijít na to, nakolik je pravděpodobné, že si v těchto situacích povedu velmi špatně.

_____ 11. Dávám si pozor, abych v těchto situacích nebyl/a příliš sebejistý/á.

_____ 12. Blíží-li se jedna z těchto situací, trávím spoustu času plánováním.

_____ 13. Když v těchto situacích spolupracuji s ostatními, často se obávám, že nad věcmi převz mou kontrolu nebo budou zasahovat do mých plánů.

_____ 14. Často se snažím přijít na to, nakolik je pravděpodobné, že si v těchto situacích povedu velmi dobře.

_____ 15. V těchto situacích mívám někdy větší starost o to, abych ze sebe neudělal/a hlupáka, než o to, abych podal/a vynikající výkon.

_____ 16. Před takovými situacemi se vyhýbám myšlenkám na případný špatný výsledek.

_____ 17. Zvažování toho, co by se v těchto situacích mohlo pokazit, mi pomáhá se připravit.

OBJEDNÁVKOVÝ FORMULÁŘ ČESKÉ VERZE DOTAZNÍKU WHOQOL

První užití ☐ Opakované užití ☐

Jméno a příjmení		Organizace/ škola	
Adresa		Telefon	
E-mail		URL adresa	

Název projektu		
Charakteristika zkoumané populace	Předpokládaná velikost souboru	Předpokládané datum ukončení
Stručný popis projektu		
Při opakovaném užívání stejného dotazníku k odlišným výzkumným účelům Vás laskavě žádáme o detailnější informace, kde a kým bude dotazník použit. Využijte k tomu tento formulář a zaškrtněte políčko "opakované použití".		
Objednávám ☐ WHOQOL-BREF ☐ WHOQOL-100 ☐ WHOQOL-OLD ☐ AAQ		
Zavazuji se k respektování autorských práv uvedených v Příručce pro uživatele.		
Dne		Podpis

Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.

Odpovězte na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne první. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti za **poslední dva týdny Vašeho života**.

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

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

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

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5

8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

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

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

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

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5

25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5
-------------------------------------	---	---	---	---	---

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

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

Dobrý den,

jmenuji se Magda Lépová a studuji druhý ročník magisterského studia s názvem Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Má diplomová práce si klade za cíl zjistit za pomoci kvantitativního průzkumu v dotazníkovém šetření vliv optimismu na kvalitu života jedince u vybrané skupiny nemocných ve věkovém rozmezí 30-60 let. Děkuji Vám, že jste se rozhodli zúčastnit se průzkumného šetření. Dotazníky je nutné vyplnit najednou a budou platné pouze, budou-li kompletně vyplněné všechny otázky.

Vaše účast v tomto šetření je zcela dobrovolná, anonymní, bezplatná a veškerá data získaná v souvislosti s mojí diplomovou prací jsou naprosto důvěrná.

Děkuji za Vaši účast na průzkumu M. Lépová

Podpis studentky.....

Podpis respondenta.....

První údaje o Vás prosím zakroužkujte nebo napište zde:

1. POHLAVÍ: MUŽ ŽENA

2.VĚK.....ROKŮ

3. VZDĚLÁNÍ: ZŠ SOU SŠ
VŠ

4. ABÚZUS (NÁVYK) NIKOTINU: ANO NE

POKUD JSTE ODPOVĚDĚLI Kladně, pokračujte dále

5. CIGARETU SI ZAPALUJI PO PROBUZENÍ: DO HODINY
PO HODINĚ

6. ABÚZUS (NÁVYK) NIKOTINU TRVÁ: MÉNĚ NEŽ 5 LET VÍCE NEŽ 5
LET