



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Kvalita života seniorů v domovech pro seniory

Vypracoval: Andrej Hrešan
Vedoucí práce: prof. PaedDr. Iva Stuchlíková, CSc.

České Budějovice 2018

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 2. ledna 2018

.....

Andrej Hrešan

Poděkování

Děkuji paní prof. PaedDr. Ivě Stuchlíkové, CSc. a Mgr. Bc. Tomáši Mrhálkovi za cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Dále bych rád poděkoval vedení a zaměstnancům domovů Novita – Wohnstift Innblick, Neuhaus am Inn a Domovu pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích za podporu při sběru dat k mé bakalářské práci

Bibliografické údaje

HREŠAN, Andrej. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory, České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Katedra pedagogiky a psychologie. Vedoucí práce prof. PaedDr. Iva Stuchlíková, CSc.

Anotace

Bakalářská práce s názvem Kvalita života seniorů v domovech pro seniory se v teoretické části věnuje nejprve pojmům spojeným se stářím. Popisuje stárnutí jako proces a stáří jako ontologickou fázi lidského života. Velká kapitola je věnována změnám spojeným se stárnutím, rozdělené na biologické, psychologické a sociální. Zmíněny jsou i některé z teorií stárnutí a fáze při přechodu z domácího prostředí do zařízení pro seniory. Druhá část teoretické části se zabývá kvalitou života. Nejprve se věnuje historickým pohledům na toto téma, dále vymezení pojmu, dimenze kvality života, pojetí z pohledu psychologického, medicínského a sociálního. Další kapitola popisuje pojem Well-being a jeho základní dimenze. Závěr teoretické části práce se zabývá metodám měření kvality života z pohledu druhé osoby, z pohledu subjektivního, kdy hodnotitelem je sama daná osoba a metodám smíšeným. V empirické části se práce zabývá srovnáním subjektivního vnímání kvality života uživatelů ve dvou pobytových zařízeních pro seniory a to Domov pro seniory Hvízdal, České Budějovice a Novita – Wohnstift Innblick, Neuhaus am Inn. Pro srovnání byly použity dotazníky Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD. Sesbíraná data byla vyhodnocena v programech Microsoft Excel a IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Z výsledků je patrné, že v subjektivním vnímání kvality života seniorů ve vybraném českém a německém domově pro seniory není žádný statisticky významný rozdíl.

Klíčová slova

Stáří, senior, kvalita života, well-being, WHOQOL

Bibliographic data

HREŠAN, Andrej. Quality of life of seniors in homes for the elderly, České Budějovice, 2017. Bachelor thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Education. Department of Pedagogy and Psychology. Supervisor prof. PaedDr. Iva Stuchlikova, CSc.

Abstract

This bachelor thesis titled Quality of Senior Living in Seniors' Homes is devoted to the notion of age in the theoretical part. It describes aging as process and age as the ontological stage of human life. The big chapter is dedicated to aging-related changes, divided into biological, psychological, and social. Some of the aging and phasing theories are also mentioned in the transition from home to the seniors. The second part of the theoretical part deals with quality of life. First, it deals with historical views on this topic, definition of concept, dimension of quality of life, concept from the psychological, medical and social point of view. Another chapter describes the concept of Well-being and its basic dimensions. The conclusion of the theoretical part deals with the methods of measuring the quality of life from the point of view of the second person, from a subjective point of view, when the evaluator is the person and the methods mixed. In the empirical part, the thesis deals with the comparison of the subjective perception of the quality of life of the users in two residential facilities for the elderly, namely the Home for Seniors Hvízdal, České Budějovice and Novita - Wohnstift Innblick, Neuhaus am Inn. For comparison, World Health Organization WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD questionnaires were used. The collected data was evaluated in Microsoft Excel and IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences). The results show that there is no statistically significant difference in the subjective perception of the quality of life of seniors in selected Czech and German seniors' homes.

Keywords

Old age, senior, quality of life, well-being, WHOQOL

Obsah

1. Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
2. Stárnutí a stáří	9
2.1 Stárnutí	9
2.2 Stáří	10
2.3 Periodizace stáří	11
2.4 Změny spojené se stárnutím	11
2.3.1 Biologické změny	12
2.3.2 Psychické změny	12
2.3.3 Sociální změny	14
2.5 Teorie stárnutí	15
2.6 WHO – Koncept aktivního stárnutí	16
2.7 Demografické údaje	17
2.8 Přejít z domácího prostředí do zařízení pro seniory	18
2.8.1 Adaptace na dobrovolný odchod	18
2.8.2 Adaptace na nedobrovolný odchod	18
2.9 Potřeby seniorů	20
3. Kvalita života	22
3.1 Historické pohledy na Kvalitu života	22
3.3 Dimenze kvality života	24
3.4 Různá pojetí kvality života	26
3.4.1 Psychologické pojetí	26
3.4.2 Medicínské pojetí	27
3.4.3 Sociální pojetí	28
3.5 Well-being – osobní pohoda	28
3.5.1 Vymezení pojmu	28
3.5.2 Dimenze osobní pohody	29
3.6 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů	30
3.7 Metody měření kvality života	31
3.7.1 Metody měření kvality života, kde kvalitu hodnotí druhá osoba	31
3.7.2 Metody subjektivního hodnocení kvality života	33
3.7.3 Metody smíšené, které vznikly spojením obou předchozích metod	34

EMPIRICKÁ ČÁST	36
4. Cíle výzkumu	36
5. Hypotézy	37
6. Metody získávání dat	37
6.1 Historie instrumentů WHOQOL	38
6.2 Dotazník WHOQOL-BREF.....	39
6.3 Dotazník WHOQOL-OLD.....	41
7. Metody zpracování dat	43
7.1 Statistika	43
8. Charakteristika výzkumného souboru	43
9. Interpretace výsledků	44
9.1 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL – BREF	45
9.2 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL – OLD	52
10. Diskuze	61
11. Závěry.....	63
Seznam literatury.....	65
Seznam příloh.....	67

1. Úvod

Pro zpracování svojí bakalářské práce jsem si zvolil téma „Kvalita života seniorů v domovech pro seniory“. Toto téma jsem si vybral, protože pracuji již více jak čtyři roky v tomto oboru jako sociální pracovník. Vzhledem k tomu, že mám zkušenosti z Domova pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích a Novita Wohnstift Innblick v Neuhaus am Inn v Německu, kde působím do současnosti, rozhodl jsem se za pomoci dotazníků WHOQOL porovnat subjektivní vnímání kvality života uživatelů těchto dvou domovů.

Seniorů stále více přibývá a přibývat nadále i bude. Stále více seniorů opouští své domovy a stěhuje se do zařízení pro seniory určené. Z toho důvodu mě zajímalo, jak vnímají vůbec senioři kvalitu života v těchto zařízeních, co ji ovlivňuje a jakým způsobem je možné ji zlepšit. S procesem stárnutí je spojeno velké množství změn ať už biologických, sociálních nebo psychických. Zhoršuje se zdravotní stav, úroveň finančního zabezpečení a také se snižuje možnost se společensky zapojit.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část, kde se nejprve budeme zabývat pojmy stáří a stárnutí, změnami se stárnutím spojenými. Zmíněny budou i některé základní teorie stárnutí z odborné literatury. Dále se krátce zmíníme o konceptu aktivního stárnutí navrženého Světovou zdravotnickou organizací a ke konci kapitoly si popíšeme fáze, kterými senior prochází při přechodu z domácího prostředí do zařízení pro seniory. Další kapitola bude věnována kvalitě života, historickým pohledům, vymezení pojmu, dimenzím kvality života a zmíněny budou i různé pohledy na kvalitu života - psychologické, medicínské a sociální. V souvislosti s kvalitou života se dotkneme také pojmu Well-being – osobní pohoda. Ke konci teoretické části se budeme věnovat faktorům ovlivňujícím kvalitu života seniorů, které faktory kvalitu života zlepšují a které naopak zhoršují. Poslední část bude potom věnována metodám měření kvality života, jak se tyto metody vyvíjeli z historického hlediska a jaké metody používáme dnes.

Praktická část je vyplněna kvalitativním výzkumem, kdy se budou porovnávat sesbíraná data z domova v Českých Budějovicích a domova Neuhaus am Inn. Pro analýzu byly použity programy MS Excel a IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

TEORETICKÁ ČÁST

2. Stárnutí a stáří

2.1 Stárnutí

Stárnutí je proces, který můžeme vnímat v širším pojetí podle Kalvacha (2004, str. 67) jako univerzální proces postihující živou hmotu. Z tohoto pohledu můžeme stárnutí všech živých organismů popsat jako plynule probíhající biologický děj, který začíná početím a končí smrtí. Délka tohoto procesu je z podstatné části dána geneticky, je ovšem možno ji částečně ovlivnit kvalitou vnějších podmínek.

V užším pojetí slova uvádí například Pacovský (1990) stárnutí jako přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím, přičemž strukturální a funkční změny v něm vzniklé jsou regresivní, nevratné a neopakují se. Stárnutí je tedy soubor involučních procesů, přičemž výsledkem je stáří. Pacovský (1990, str. 30) dále také chápe stárnutí jako cestu do stáří a člení stárnutí na fyziologické a patologické.

- Fyziologické stárnutí popisuje jako normální součást života a zákonitou epochu ontogeneze.
- Patologického stárnutí uvádí jako stárnutí předčasné a takové, kdy je kalendářní věk nižší než věk funkční.

Langmeier a Krejčířová (2006, str. 202) popisují stárnutí jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince, které kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.

Stárnutí je také podle Webera a kol. (2000, str. 13) proces kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. K nástupu těchto změn dochází v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Tento proces hodnotí jako disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována. Jde o multifaktoriální typ dědičnosti.

2.2 Stáří

Stáří (senium) je pojem označující poslední fázi lidského života. Je to konečná etapa ontogenetického bytí doprovázena celou řadou změn. Podle Světové zdravotnické organizace je „stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“. (Haškovcová, 2010, str.20)

Podle Kalvacha (2004, str. 47) je stáří důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, které probíhají druhově specifickou rychlostí se zřetelně interindividuální proměnou. Tyto změny vedou k typickému obrazu, který se nazývá stařecký fenotyp. Ten je však také ovlivněn celou řadou vnějších faktorů jako jsou životní podmínky, způsob života, choroby nebo sociálně ekonomickými vlivy.

„Stáří, dle názoru představitele analytické psychologie C. G. Junga, je třeba chápat jako výsledek procesu individuace. Proces individuace se odehrává především ve druhé polovině lidského života, kdy vnější úspěchy a zisky ztrácejí svůj význam.“ (Vágnerová, 2008, str. 301)

Stáří je však také stav definovaný věkem a výši věku lze určit na základě několika hledisek:

- **kalendářní (chronologický) věk:** Je možné jej přesně vymezit, počítá se od data narození.
- **sociální věk:** Popisuje, jak by se měl jedinec určitého biologického věku chovat ve společnosti. Dodržování společenských měřítek, sociálních rolí atd.
- **biologický (funkční) věk:** Popisuje biologický věk organismu.
- **psychologický věk:** Poukazuje na psychický stav jedince a jeho subjektivní vnímání vlastního věku.

2.3 Periodizace stáří

Vědci zatím nevytvořili jednotnou periodizaci stáří a to z toho důvodu, že délka dožití a tudíž i nástupu stáří se napříč kulturami a historií liší. Není tedy možné jasně určit nástup etapy a počet fází, které by měla obsahovat.

J. A. Komenský popsal v díle **Orbis pictus** stáří do dvou etap:

- starý muž: 35 – 42 let
- kmet: 42 let a víc

M. Vágnerová člení stáří takto:

- Období raného stáří: 60 – 75 let
- Období pravého stáří 75 let a víc

„Podle návrhu **WHO z r. 1980** se za stáří označuje věk od 60 let výše.

- Ranné stáří (senescence): 60 – 74 let
- Vlastní stáří (senium): 75 – 89 let
- Dlouhověkost: 90 let a více

V anglosaských zemích se užívá dělení na:

- Young old: 65 – 74 let
- Old old: 75 – 84 let
- Very old: 85 let a více“

(Gruberová, 1998, str. 8)

2.4 Změny spojené se stárnutím

Změny, které souvisejí se stárnutím, se v literatuře dělí různými způsoby. Nejčastějším z nich je rozdělení podle bio-psycho-sociálního modelu pojetí osobnosti a právě takové rozdělení použijeme i my v naší bakalářské práci.

2.3.1 Biologické změny

Biologické (fyziologické) změny stáří jsou spojeny především s chřadnutím tělesné schránky člověka, zpomalováním tělesných pochodů a nemocemi typickými pro období stárnutí. Takové změny uvádějí člověka do stavu závislosti na ostatních lidech, ať už rodinných příslušnících nebo personálu zařízení pro seniory.

Pro biologické změny je typická například:

- Atrofie, která zasahuje do všech orgánů a tkání. Ve větší míře dochází zejména k atrofii kůže, svalů, jater a atrofovanou mozkovou tkáň nahrazuje tkáň pojivová.
- Elasticita orgánů a tkání se snižuje a projevuje se především v systému cévním a dýchacím.
- Zhoršuje se funkce endokrinních žláz a tím vzniká nerovnováha hormonálního zastoupení v důsledku nerovnoměrného zhoršování jednotlivých žláz.
- Poměr tělesného tuku nabývá a mění se procesy ukládání vápníku v těle. Ten proniká do buněk a membrán.
- Zmenšuje se také postava v důsledku zmenšování prostoru mezi obratli a hrbení se postavy důsledkem svalového úbytku. (Malíková, 2011, str. 21)
- Zhoršují se smysly což má za důsledek zhoršení vnímání signálů z okolí, tedy orientaci v prostoru, komunikační problémy, emoční rozladění seniora atd.

Tyto biologické změny ovlivňují i z velké části změny duševní a změny v sociální oblasti. V následujících dvou oblastech se zaměříme na to jak.

2.3.2 Psychické změny

Proces stárnutí je spojen s involučními změnami i v oblasti psychologické. Psychické změny jsou ve stáří podmíněny samozřejmě také biologickou a sociální složkou. Dochází k proměnám v oblastech kognitivních funkcí a emocionality. Poznávací procesy se zpomalují, zhoršuje se percepce zraková i sluchová. Spíše než rychlost je

důležitější obezřetnost. Změny z hlediska psychologického dělíme do dvou základních skupin a to kognitivní a emoční.

- Kognitivní změny

Ve stáří dochází k nerovnoměrné proměně dílčích schopností i celkové struktury poznávacích procesů. Kognitivní plasticita, tj. schopnost využít svůj potenciál, není po 60. roce života už příliš velká a postupně stále klesá. Změny dané stárnutím se zpravidla projevují především ve funkcích, které slouží k zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Závažnější pokles účinnosti a přesnosti kognitivních kompetencí může mít významný dopad na kvalitu života, zejména pokud by omezoval schopnost žít nezávisle na cizí pomoci (Vágnerová, 2007).

K psychologickým změnám dochází z velké části ve spojení se změnami biologickými a to zhoršování funkcí smyslových orgánů. Postupné oslabování zraku, sluchu, hmatu, chuti, čichu ale i například vnímání bolesti ovlivňuje četnost a způsob přijímání podnětů z vnějšího okolí a tudíž i orientaci. Tyto involuční procesy ovlivňují také činnost nervové soustavy. Zpomaluje se přenos nervových impulzů, to znamená, že se prodlužuje reakční doba.

Dále dochází ke změnám v oblasti pozornosti a paměti. Jak uvádí ve své knize Vágnerová (2007): „ Pro rychlou a přesnou orientaci je důležitý tzv. sensorický registr. Schopnost zaměřit se a soustředit na potřebné informace a zároveň eliminovat ty nepodstatné, přesouvat a rozdělovat pozornost podle potřeb situace a koordinovat příjem informací z různých zdrojů se v průběhu stárnutí postupně zhoršuje. Efektivita pozornosti seniorů závisí i na kontextu, tj. na situaci a typu úkolu. V oblasti paměti se zhoršuje zejména ukládání nových událostí, ale kvalita a schopnost zpracování nových informací je závislá na každodenním tréninku.

K viditelnému úbytku dochází především v oblasti fluidní inteligence, která bývá označována jako mechanika inteligence. Její pokles je primárně podmíněn změnou fyziologických funkcí CNS. Zhoršuje se schopnost zpracovávat nové informace, flexibilně na ně reagovat a hledat řešení nových problémů. Které by nebylo jen správné, ale i dostatečně rychlé. Krystalická inteligence se ani v období raného stáří zásadním

způsobem nemění, k jejímu poklesu dochází až po 70. roce, samozřejmě pokud nejde o člověka postiženého demencí (2007).

- Emoční změny

Starší lidé zažívají pozitivní emoce stejně často jako mladší dospělí, a do věku přibližně 60 let pociťují dokonce méně negativních emocí ve svém každodenním životě. Důležitým zjištěním je fakt, že věk nesnižuje subjektivní intenzitu pozitivních nebo negativních emocí v každodenním životě. Jinými slovy, když starší lidé pociťují emoce, pociťují je zhruba stejně intenzivně jako mladší lidé. Ke změně emocionality dochází ve vysokém stáří, kdy oslabování smyslových a tělesných funkcí člověka konfrontuje s pocitem bezmoci, závislosti, i ohrožení důstojnosti (Stuchlíková, 2007).

Neurofyzilogické příčiny proměn emočního prožívání. Tendence k prožívání určitých emocí, pozitivních či negativních, různě intenzivních a různě proměnlivých, je dána typem temperamentu, a je tudíž relativně stabilním rysem. Avšak ve stáří dochází k určité proměně i v této oblasti. Temperamentový potenciál, i když jeho uplatnění závisí na aktuálním sociálním kontextu, je primárně závislý na způsobu fungování CNS, který se ve stáří mění (Vágnerová 2007).

2.3.3 Sociální změny

Zásadní přelom je odchod ze zaměstnání nástup do důchodu. Tím se zásadním způsobem mění sociální role člověka. Ztrácí profesní identitu, která ho z velké části formovala a stává se důchodcem. Přichází o kontakt s lidmi se zaměstnání, což může vést k pocitům osamělosti a bezvýznamnosti. Namísto pracovního života se mu dostává velké množství volného času, který si musí smysluplně přizpůsobit, tak aby se cítil naplněn. K dalším zlomovým událostem, které mohou v tomto období nastat je úmrtí partnera, čímž se senior dostává do obtížné role vdovy či vdovce.

K významným změnám dochází i v oblasti komunikace. Ty jsou podmíněny jak biologickými, tak psychickými involučními procesy. V důsledku zhoršování smyslů a zpomalování funkcí CNS dochází i k horšímu dorozumívání se s okolím, což také může vést k sociální izolaci s negativnímu prožívání.

2.5 Teorie stárnutí

V odborné literatuře se můžeme dočíst o teoriích stárnutí, které vysvětlují, co zapříčiňuje stárnutí našeho organismu. Teorií je mnoho a v naší práci popíšeme pouze některé z nich a jejich základní členění.

Teorie stárnutí dělíme do dvou velkých skupin a to:

- **Teorie stochastické** neboli opotřebením říkají, že procesy stárnutí jsou především podmíněny opotřebením organismu a velkou roli hrají náhodné děje. S tokem času, tedy přibývají i poškození a poruchy a tedy stárnutí organismu.
- **Teorie nestochastické** neboli naprogramování oproti tomu říkají, že procesy stárnutí jsou v našem organismu předem geneticky zakódovány.

Stochastické teorie:

- *Teorie volných radikálů* – „dochází k poškození membránových proteinů, enzymů, bílkovinných makromolekul, lipidů, DNA i mitochondrií a tím produkce buněčné energie a také hromadění lipofuscinu a v důsledku působení volných, superoxidových radikálů kyslíku, jejichž výskyt souvisí s oxidačním stresem. Hladiny přirozeně se vyskytujícího antioxidantu, enzymu superoxidodismutázy u primátů dobře koreluje s délkou života.“ (Čevela R., Kalvach Z., Čeledová L., 2012, str. 21)
- *Teorie omylů a katastrof protosyntézy* – říká, že v syntéze proteinů, při jejich transkripci a translaci, dochází ke shromažďování chyb. Množství abnormálních proteinů narůstá hlavně ve fázi posttranslační. (Čevela R., Kalvach Z., Čeledová L., 2012, str. 21)
- *Teorie překřížení („cross-linking theory“)* – „ke stárnutí dochází v důsledku přehození proteinů a dalších makromolekul. V organismu se to ve zvýšené míře projevuje na úrovni některých tkání, např. tvorbou katarakty aj.“ (Malíková, 2011, str. 17)

Nestochastické teorie:

- *Pacemakerová teorie* – o které se můžeme také dočíst jako o „teorii genetických hodin“ říká, že určité orgány a systémy jsou předem naprogramovány na určitý algoritmus stárnutí a délku života. Hovoří se především o imunitním a neuroendokrinním systému. Strůjci této teorie poukazují na změny již v době adolescence a to především involuci Thymu (brzlíku) tedy jeho zmenšování a v souvislosti s tím i snížení produkce B- ale hlavně T-lymfocytů. (Malíková, 2011, str. 17)
- *Genetická teorie* – „délka života je zjevně specifická pro každý živočišný druh, délka života jednovaječných dvojčat je nápadně blízká – ovšem pouzev případě časných úmrtí, dominuje tedy společná dispozice k chorobám, nikoliv k délce života jako takové, tedy ani dlouhověkosti.“
- *Hayflickova teorie limitovaného počtu buněčných dělení* - také se hovoří o tzv. Hayflickově limitu říká, že somatické buňky jsou předem naprogramovány na určitý počet dělení. Při každé, dělení buňky dochází ke zkracování telomér chromozomů, jejich konečných částí. (Čevela R., Kalvach Z., Čeledová L., 2012, str. 21) V současné době jsou výzkumy v oblasti experimentální biologie a genetiky zabývající se právě alternativním prodlužováním telomér.

2.6 WHO – Koncept aktivního stárnutí

V poslední době se setkáváme v literatuře s pojmy jako Aktivní stárnutí nebo Aktivní senior. V následující části si vysvětlíme, co tyto pojmy znamenají a jak se nás týkají. Světová zdravotnická organizace definuje Aktivní stárnutí jako: „proces co nejlepšího využití příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečnost ke zlepšení kvality života lidí v průběhu stárnutí.“ Přičemž slovo aktivní v tomto kontextu znamená „pokračující participaci ve všech oblastech života, tedy v oblasti společenské, ekonomické, kulturní, duchovní i občanské, ne jen na schopnost fyzické aktivity či participace na trhu práce“ (WHO, 2002, str. 12.) (in Štěpánková, 2014, str. 65)

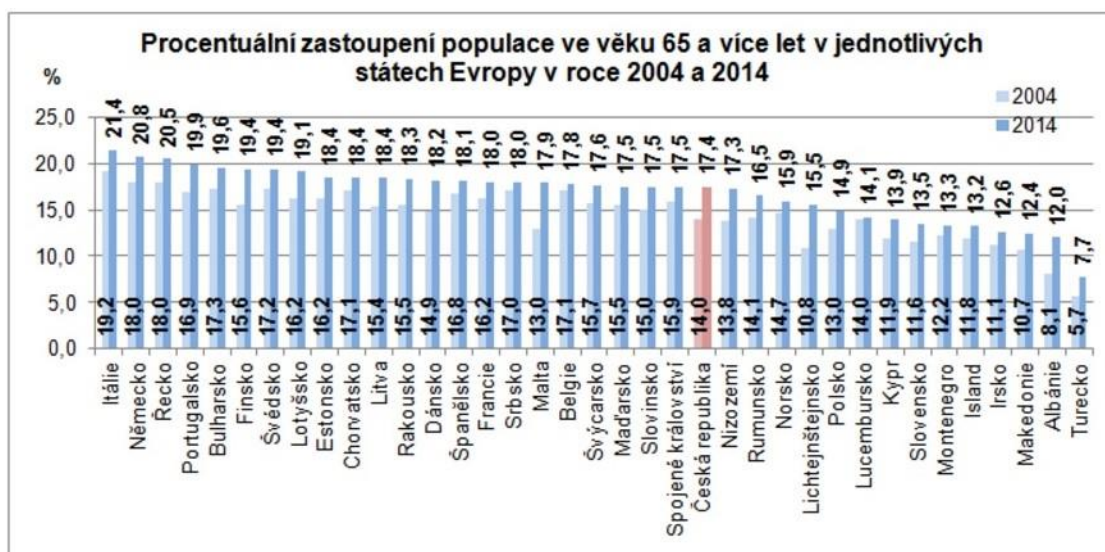
Za cíl tohoto programu si WHO (2002) klade neustálé prodlužování roků a zvyšování jejich životní kvality. Zvyšování kvality života nejen pro ty seniory aktivnější a soběstačnější, ale i pro ty, kteří jsou již nemohoucí a vyžadují tu nejvyšší možnou péči.

Nejedná se tedy pouze o udržování dobrého fyzického stavu, ale o podporu životní spokojenosti (well-being) jako takové (Štěpánková, 2014, str. 65). Tento program byl vytvořen v souladu s plněním Lisabonské strategie z roku 2000 přijaté Evropskou radou, která si klade za cíl zvyšování vyhlídek zaměstnanosti pro lidi staršího věku.

Tato tématika je velice aktuální a to z toho důvodu, že se všechny vyspělé státy v současné době potýkají s problematikou stárnutí populace a právě tímto tématem se budeme podrobněji zabývat v následující části této práce.

2.7 Demografické údaje

Z následujícího sloupcového grafu můžeme vyčíst, jak se podíl seniorské populace vyvíjel od roku 2004 do roku 2014. Ze současných průzkumů se můžeme dozvědět, že tato nárůstová tendence se bude držet evropských států i nadále a to zejména Itálii, Německo, Švédsko a Španělsko, kde by podíl seniorské populace měl být nejvyšší. Tento jev je způsoben nízkou natalitou a současně i nízkou mortalitou.



Zdroj: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>

Na tuto skutečnost můžeme nahlédnout ze dvou základních úhlů pohledu. Pozitivní hledisko této situace je zjevné zvyšování kvality života a to především dostupné lékařské péče, ale například i kvality potravin. Na druhou stranu vznikne vysoké procento ekonomicky neproduktivní části populace, proto je „třeba uvážit, zda a podle jakých indikátorů by bylo možno hranici stáří se všemi konsekvencemi (hranice odchodu do

důchodu apod.) chápat jako plovoucí a posouvat ji postupně do vyššího věku, tak by v roce 2050 či 2070 nebylo podstatné, kolik je lidí ve věkové skupině 65+, nýbrž kolik je lidí ve věkové skupině 70+ či 75+." (Čevela R., Kalvach Z., Čeledová L., 2012, str. 80)

2.8 Přejchod z domácího prostředí do zařízení pro seniory

Pokud senior opouští své domácí prostředí, na které byl léta zvyklý a přestěhuje se do domova pro seniory, je to bezesporu těžké a stresující období. A to ať už do domova odešel dobrovolně nebo nedobrovolně. Senior prochází po příchodu přibližně půlročním adaptačním procesem, než si zvykne na prostředí a personál domova.

2.8.1 Adaptace na dobrovolný odchod

Dobrovolný odchod je ta méně problematická varianta, ale i ta sebou nese celou řadu problémů a to jak pro nového uživatele, tak pro personál daného domova.

- **Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu:** Nový uživatel se nejprve musí zorientovat, pozoruje nové prostředí a získává informace. V tomto období jsou senioři velice citliví a často se rozvzpomínají na události z mládí. Porovnávají, co bylo dříve lepší a co horší. U seniorů dochází k agravaci nebo i ke zhoršení stávajícího zdravotního stavu. Je velice důležité, aby první zážitky a dojmy seniora v zařízení byly pozitivní, protože pokládají základní postoj k personálu, ale i zařízení jako takovému. (Vágnerová, 2007, str. 423)
- **Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu:** Po určité době dojde senior usmíření s přesunem do zařízení, změnou sociální role a i nového způsobu života. Získává nové sociální kontakty a tvoří si nové návyky. I přesto je však velice těžké pro seniory pojmout takové zařízení za svůj nový domov. (Vágnerová, 2007, str. 423)

2.8.2 Adaptace na nedobrovolný odchod

Nedobrovolný odchod je pro seniora samozřejmě mnohem těžší a mnohdy bývá důsledkem hospitalizace v nemocnici. Častým problémem bývá, že si senior sám

nedokáže připustit vlastní nesoběstačnost a proces, kterým následně prochází, připomíná separační úzkost u dětí.

- **Fáze odporu:** Staří lidé mohou být negativističtí, agresivní a hostilní vůči komukoliv, dost často vůči tzv. náhradním viníkům, protože ti skuteční obvykle nebývají přítomni. To znamená vůči personálu, ale i ve vztahu k ostatním lidem. Nepříjemné chování nově přijatých je třeba chápat jako obrannou reakci v situaci, kdy přiměřenějšího jednání nejsou schopni. Jde o projev pocitu frustrace a dalších negativních emocí, které staří lidé v této situaci prožívají. Je to protest proti násilné změně jejich života, kterou považují za nespravedlivou, nebo dokonce za útok na svou osobu. Negativní reakce mohou být různé, může jít o agresivní ataky, nadávání, obviňování z krádeží, špatného zacházení, šizení na jídle apod. (Pichaud a Thareuová, 1998 in Vágnerová, 2007, str. 422)
- **Fáze zoufalství a apatie:** Tato fáze následuje po vyčerpání sil starého člověka. Dojde ke zjištění, že jeho negativní přístup nikam nevede a že je to on, kdo se bude muset přizpůsobit. Tuto fázi doprovázejí stavy apatie a výrazného útlumu člověka. „Rezignuje a ztrácí o všechno zájem, i o svůj život. Někteří lidé v této fázi setrvávají až do své smrti, která může přijít relativně brzy. Lidé tohoto věku snadno ztrácejí v zátěžových situacích vůli k životu“. (Vágnerová, 2007, str. 422) Pokud se senior nedokáže úspěšně adaptovat, může následkem nadměrného stresu dojít i k úmrtí. Pacovský (1994) označuje tuto variantu jako „smrt z maladaptace.“
- **Fáze vytvoření nové pozitivní vazby:** V poslední fázi pomůže seniorovi navázání pozitivního vztahu, buď s někým z obyvatelů domova, nebo personálu. Navázání takového vztahu je velice důležité, protože umožňuje seniorovi sdílení svých zážitků a pocitů, a to zejména z nového domova. Takový vztah může být však také navázán s nějakým domácím mazlíčkem, který pomáhá starého člověka fyzicky i emočně znovu aktivizovat. (Vágnerová, 2007, str. 423)

2.9 Potřeby seniorů

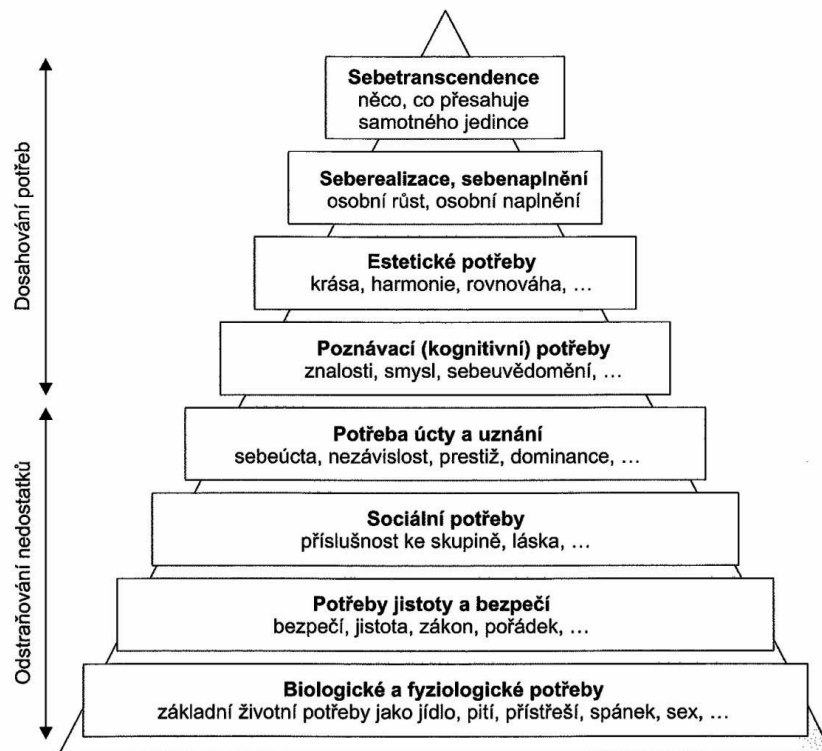
Matoušek (2008), ve svém slovníku sociální práce popisuje potřebu jako motiv k jednání. Pokud dochází k neuspokojení potřeb, vede to k deprivaci a ke strádání. Většina typologií lidských potřeb se dělí na okruh vztahující se k tělesné pohodě, k psychické rovnováze a bezpečí, na okruh související se vztahy k blízkým lidem, na okruh vztahující se ke společenskému uplatnění a na okruh spirituálních potřeb.

„Pokud se budeme bavit o potřebách seniorů, tak bychom neměli zapomenout, že senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. V souvislosti s potřebou bezpečí hovoříme o potřebě fyzického a psychického bezpečí a ekonomického zabezpečení. Někdy se snažíme seniorům pomáhat, ale naše snahy mohou vést k přílišnému ochraňování a k rozvoji nežádoucí závislosti seniora na okolí. Z tohoto důvodu je potřebné si uvědomit, zda naše snaha ochraňovat neomezuje vůli seniora rozhodovat o sobě, svých činnostech a o svém životě.“ (Motlová, 2007, str. 343)

Teorie potřeb podle A. Maslowa

Pravděpodobně nejznámější klasifikaci potřeb popsal americký humanistický psycholog Abraham Maslow. Jeho pyramida s hierarchickým uspořádáním říká, že: „musí být uspokojeny nižší potřeby, aby se mohly rozvíjet a aktualizovat potřeby vyšší. Neuspokojení nižších potřeb je prožíváno jako trýznivý pocit nedostatku (deficitu) navozující další konkrétní pocity strachu, smutku nebo hněvu. Neuspokojení vyšších potřeb je prožíváno jako úzkost a neklid, jehož příčinu si jedinec často ani neuvědomuje. (Smékal, 2002, str. 245)

Kozierová, Erbová a Olivierová (1996) uvádějí že, jako největší Maslowův přínos považujeme především odkaz na přítomnost metapotřeb. Maslow dále řadí do vyšších potřeb, potřeby růstu. Ty vysvětlují rozmanité tendence seberealizace člověka. Tento systém rozvojově nejvyšších potřeb se dá vyjádřit i pojmy sebeaktualizace nebo sebeuskutečnění, což můžeme chápat jako touhu člověka po sebezdokonalení a osobním růstu.



3. Kvalita života

Pojem kvalita života není zcela snadné vymezit, protože existuje celá řada odborných disciplín, přičemž každá pohlíží na kvalitu života jinak. Za posledních třicet let, nebyla tedy vytvořena žádná všeobecně akceptovaná definice kvality života. Mohli bychom říci, že: „ na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. (Hnilicová in Payne, 2005, str. 207) V následujících kapitolách se budeme podrobněji zabývat tím, jak se termín vyvíjel v posledních sto letech do současnosti, zaměříme se také na tři základní pohledy: psychologický, medicínský a sociální a budeme se také zabývat kvalitou života seniorů ve zdravotně-sociálních zařízeních.

3.1 Historické pohledy na Kvalitu života

S termínem „kvalita života“ se poprvé seznamujeme ve 20. letech minulého století a to ve spojení s úvahami o ekonomickém rozvoji a úloze státu ve sféře materiální výpomoci nižších sociálních vrstev. Předmětem diskuze byl v první řadě vliv státní podpory na kvalitu života chudších lidí a také celkový rozvoj státních financí. (Hnilicová in Payne, 2005, str. 205)

V období po druhé světové válce se s termínem setkáváme opět a to v politickém kontextu USA, kdy v 60. letech ve svém proslovu, tehdejší americký prezident Johnson, uvedl zvyšování kvality života Amerických občanů za cíl své domácí politiky. Tím, chtěl poukázat na fakt, že ukazatelem společenského blaha není pouze množství spotřebovaného zboží, ale jak dobře se za daných podmínek občanům žije. Ukázalo se totiž, že pouhý ekonomický nárůst nevede ke zvyšování spokojenosti občanů, ale spíše k nárůstu jejich požadavků, které nelze vždy uskutečnit. (Hnilicová in Payne, 2005, str. 205)

Přibližně o 10 let později, v 70. letech si položil za cíl své domácí politiky i německý politik Willy Brandt, zvyšování kvality života pro své spoluobčany. Krátce na to

se tento termín začal hojně používat v sociologii, kde do dneška slouží k rozlišení vnějších podmínek jako finanční příjem, počet automobilů na domácnost nebo politické zřízení státu od vnitřního prožívání lidí. Do tohoto období můžeme datovat první používání termínu Kvalita života pro výzkumné účely. (Hnilicová in Payne, 2005, str. 205)

3.2 Vymezení pojmu Kvalita života

V kontextu se životem jsme běžně zvyklí hovořit o kvantitě, než o kvalitě. Kvantita života je jednoznačně číselně vymezena, a to například počtem let. Slovo kvalita je odvozeno od latinského slova qualis a to od kořene qui – kdo, ve významu kdo to je, případně jaké to je? Český kořen tohoto zájmena kdo nás může dovést až ke slovům kýžený, žádoucí stav. Významově se kvalitou rozumí jakost nebo hodnota. Ta může být dobrá, nebo naopak špatná. Je to charakteristický rys, kterým se určitý jev odlišuje jako celek od jiného celku, např. život člověka od života druhého člověka. Zatímco kvantita života se dá určit jednoznačně, totéž nemůžeme říct o kvalitě života. Slavný je výrok Aristotela v Nichomachově etice. Řekl, že různí lidé spatřují štěstí, a tím v jistém smyslu i kvalitu života v něčem jiném. Ale i tentýž člověk spatřuje štěstí v různých situacích svého života v něčem jiném (Křivohlavý, 2002, str. 162).

Kebza (2005, str. 60) ve své publikaci odkazuje na autory, kteří předpokládají: „že významnou roli v utváření kvality života sehrává víra ve vlastní schopnosti, míra sebeuplatnění každého člověka (self-efficacy A. Bandury). Vnímání úrovně této víry ve vlastní schopnosti ovlivňuje podle těchto autorů též míru úsilí a vytrvalosti, již jsou lidé ochotni vydat tváří v tvář nesnázím a překážkám.

„Kvalita života není vázána pouze na stav zdraví. Kdybychom připustili takovou tezi, pak bychom současně přijali stanovisko, že v nemoci není prostor pro kvalitní život, a předem bychom „odsoudili“ k nekvalitnímu životu všechny ty, kteří nějakým způsobem strádají v biologické úrovni své existence. A nejen ty, kteří zdraví v průběhu svého života ztratili, ale dokonce i ty, kteří se jako nemocní nebo hendikepovaní narodili (Haškovcová, 2010, str.254).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako: „to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (Dragomerická, Šelepová, 2004, str. 92).

V závěru lze shrnout, že kvalitu života chápeme jako dopad vzájemného působení mnoha rozličných faktorů. Zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální podmínky, které spolu hojně, vzájemně působí. Takto ovlivňují lidský vývoj jak na úrovni jednotlivce, tak i celé společnosti. (Hnilicová in Payne, 2005, str. 207)

3.3 Dimenze kvality života

V rámci všech pohledů na kvalitu života má tento koncept dvě základní dimenze a to subjektivní a objektivní. Subjektivní rovina zkoumá lidskou emocionalitu a všeobecnou spokojenost se životem. Objektivní rovina se zabývá naplněním požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu, fyzického zdraví, materiálního a finančního zabezpečení. Doposud není však zcela jasně vymezeno jak spolu tyto dvě dimenze souvisejí a tedy i jak nejlépe kvalitu života měřit. (Payne, 2005, str. 207)

Dvořáčková (2012, str. 69) k tomuto rozdělení dodává, že: „existuje také literatura, která uvádí měření kvality života ze tří perspektiv: objektivní měření sociálních ukazatelů a okolí, subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem a subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi“. K celkovému posouzení kvality života je samozřejmě nezbytné objektivně zhodnotit obě dvě roviny, subjektivní i objektivní.

Pokud hovoříme o kvalitě života jednotlivce, myslíme tím pouze jednu dílčí oblast. Bergsma a Engel (1988) nahlížejí na tuto problematiku ve třech dimenzích:

- **V makro-rovině** se zabýváme otázkami kvality života velkých společenských celků, například země, kontinentu atd. Křivohlavý ve své knize (2002, str. 163.) uvádí, že na této rovině vnímáme život jako absolutní morální hodnotu a tudíž i kvalita života je v tomto případě vnímána na nejhlubší možné úrovni. Hovoříme

o politických otázkách hladomoru, chudoby, boje s epidemiemi, úrovně zdravotnictví, úrovně vzdělání, kriminalitou, investic do infrastruktury atd.

- **V mezo-rovině** hovoříme o otázkách kvality života v malých sociálních skupinách (nemocnici, domově pro seniory, škole, podniku atd.), kde klademe důraz nejen na respekt morální hodnoty života, ale i na společenské klima dané skupiny, interpersonálních vztahů ve skupině. Zabýváme se také otázkami uspokojování a neuspokojování potřeb jednotlivých členů ve skupině a zda-li dochází k saturaci či frustraci. Sociální opora ve skupině a existence humanitních hodnot ve skupině a hierarchii.
- **V osobní (personální) rovině** je definice kvality života nejjednoznačnější. Zahrnuje život individua, jednotlivce. Hodnotíme-li kvalitu života v této rovině, jde o subjektivní pohled zdravotního stavu, spokojenosti, štěstí, naděje atd. Každý hodnotí kvalitu života sám, přičemž bereme v potaz vlastní představy, přesvědčení, očekávání, naděje atd. Bergsma a Engel (1988) se k této dimezi vyjádřili slovy: „Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) - jde o subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. *Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí.* Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žítí.“

Křivohlavý ve své publikaci z roku 2002 doplňuje ještě čtvrtou sféru:

- **Tělesná (fyzická) dimenze** je čtvrtou a poslední, o které hovoříme v kontextu kvality života. Jde o pozorovatelné chování druhých lidí, můžeme jej tedy objektivně měřit a také porovnávat. Jako dobrý příklad si představme pacienta a jeho schopnost pohybovat se před a po ortopedickém léčení. Přestože v této dimenzi můžeme kvalitu života objektivně měřit a porovnávat, chybí v ní hlubší úroveň porozumění, což je při měření kvality života podstatné. Z toho důvodu

autoři Bergsma a Engel (1988) nedoporučují z této dimenze vycházet při hodnocení kvality života.

3.4 Různá pojetí kvality života

Šíře pojmu kvalita života je v následujících oblastech determinována dvěma okolnostmi. Jsou jimi důležitost pro jednotlivce a jejich využitím a dále osobním významem, neboli do jaké míry jsou pro jedince tyto dimenze naplněny. (Payne, 2005)

3.4.1 Psychologické pojetí

Psychologický koncept kvality života a k němu se vztahující výzkumy se snaží postihnout subjektivní prožívání životní pohody a spokojenosti. V psychologii popisujeme, ve spojení s pojmem kvalita života, následující koncepty. Spokojenost se životem, tedy hledání odpovědí na otázky co dělá lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů přispívajících ke spokojenosti a vliv společenských institucí na spokojenost lidí. Dále prožívanou subjektivní pohodu (subjective well-being), štěstí (happiness, flow) kdy klademe důraz na celkové hodnocení kvality života jako takového. Nejčastěji se však setkáváme s termínem subjektivní pohoda, který v sobě zahrnuje jak kognitivní, tak i emocionální dimenzi. Kognitivní složka představuje, jak hodnotíme vlastní život z racionálního hlediska a jak jsme s ním spokojeni či nespokojeni. Emocionální reprezentuje to, jak prožíváme určité situace a jaký je převažující typ emocí. Zjišťujeme také celkové emoční ladění dané osoby, tzn. jestli z dlouhodobého hlediska převažují pozitivní či negativní emoce.

Subjektivní pohoda a jí příbuzné termíny nejsou v odborné literatuře jednotně popisovány, nicméně většina autorů uvádí, že se skládá ze dvou základních komponent. Jsou jimi aktuální subjektivní pohoda a habituální subjektivní pohoda. Aktuální SP je v literatuře definována jako momentální emocionální prožitek daného jedince a je krátce časově omezen. Habituální SP je výsledkem nakupených emocionálních zkušeností vyústěných v typickou sociální pohodu daného jedince. Jedná se o dlouhodobé nastavení jedince, které vzniklo primárně na základě kognitivních úsudků. Podle většiny autorů vykazují tyto úsudky velkou míru stability. V posledních letech se setkáváme s

pokusem definovat kvalitu života více globálně a popsat co jsou základní "pilíře štěstí". Někteří autoři popisují jako tyto pilíře následující fenomény:

- kompetence - jsem kompetentní ve svém jednání, v tom co dělám, jsem dobrý a vyznám se
- autonomie - sám rozhoduji o svém životě a mám ho pod kontrolou
- sociální vztahy - jsem dobře propojen se svým okolím a vážím si ostatních lidí, což vyúsťuje také v úctu k sobě samému.

(Payne, 2005)

3.4.2 Medicínské pojetí

Termín kvalita života se používá v medicíně přibližně od 70. let a od té doby se objevuje čím dál častěji i v klinických studiích. Tento pojem je ve zdravotnictví stále ještě poměrně novým, ale stále více zdůrazňovaným. V souvislosti se zdravotnictvím je těžiště výzkumu kvality života směřováno do psychosomatiky a fyzického zdraví. Velice často se potom používá pojem "health related quality of life" volně přeloženo jako "kvalita života ovlivněná zdravím". Tím rozumíme, že kromě klinických ukazatelů jako jsou tělesná teplota, krevní markery, hladina hemoglobinu atd., sledujeme ještě subjektivní a objektivní ukazatele psychického a fyzického stavu pacienta jako převažující emoční ladění, prožívaná míra napětí a úzkosti, intenzita únavy nebo zvládání sebeobsluhy. Je logické, že tento přístup uplatňujeme především u onkologických pacientů a pacientů psychiatrických. Vzhledem k tomu, že u takových pacientů mnohdy nedokážeme nemoc zcela vyléčit, hovoříme v této souvislosti o kvalitě života a jejím zlepšení jako o cíli terapie, ke kterému směřujeme. Tento pohled je velice důležitý zejména u pacientů s rakovinou, kdy není jasné, jestli by bylo přínosné započít fyzicky velice zatěžující formu terapie. Z dosavadních výzkumů je totiž známo, že agresivní přístup při léčbě rakoviny snižuje kvalitu života pacienta víc než choroba samotná. Z toho důvodu je důležité terapii navrhovat nejen na základě klinických výsledků, ale i z toho pohledu jaké důsledky bude mít terapie na kvalitu pacientova života. Kromě toho přináší měření kvality života ve zdravotnictví mnoho dalších údajů o pacientovi pro něj ze subjektivního hlediska velmi důležité, jako emocionální prožívání choroby, míra sociální podpory, údaje o partnerském vztahu atd. (Payne, 2005).

3.4.3 Sociální pojetí

V sociologickém pojetí kvality života hovoříme o attributech sociální úspěšnosti, společenského statusu, materiálního zabezpečení, dosaženého vzdělání, životního stylu atd. Existují také studie sociologického charakteru, které se zabývají dopadem určitých sociálních nebo zdravotnickým programů na kvalitu života obyvatel určitých lokalit. (Abbate, Giambalvo, Milito, 2001)

Jedním z nejdůležitějších pojmů, tomto pojetí, je životní styl. Pojem životní styl charakterizujeme všeobecnými sociálními podmínkami, určující kvalitu a způsob života lidí ve společnosti. Hovoříme například o poměru intelektuální a manuální práce a také o poměru jednotlivých činností v životě člověka. Na životní styl má velký vliv ekonomické postavení jedince ve společnosti, ale také společnosti jako celku, v níž jedinec žije. Poměr příjmů a výdajů se může změnit velice rychle a to například ztátou práce, partnera nebo odchodem do penze. (Vojtovič, 2002) Payne (2005) ve své knize uvádí, že v sociologickém pojetí chápeme kvalitu života jako: "produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí" (Payne, 2005)

Druhým důležitým termínem je životní úroveň, kterou definujeme jako poměr kvality a kvantity zboží a služeb, které jsou obyvatelům dané země k dispozici. Příklady životní úrovně můžeme jmenovat indikátory jako HDP (hrubý domácí produkt), střední délku života, kojeneckou úmrtnost, počet lékařů na 1000 obyvatel nebo procento z rozpočtu věnované na školství a zdravotnictví. (Payne, 2005)

Oproti předchozím dvěma pojetí můžeme říci, že sociologické pojetí je souhrn vnějších ukazatelů jako ekonomické postavení, sociální status, dosažené vzdělání a materiální zabezpečení.

3.5 Well-being – osobní pohoda

3.5.1 Vymezení pojmu

Well-being nebo také v češtině používaný termín Osobní pohoda se mnohdy váže s termínem kvalita života. Mohli bychom říci, že well-being je obsáhlejší pojem kvality života a hodnotí ji jako velký celek. K definování pojmu well-being existuje v

psychologii celá řada názorů a přístupů, ale přesto se většina shoduje v tom, že se jedná o dlouhotrvající emoční stav, ve kterém je projikovaná spokojenost člověka s jeho životem. Kromě toho musíme osobní pohodu měřit a chápat skrze komponenty kognitivní (životní spokojenost, morálka) a emoční (pozitivní a negativní emoce). Pro osobní pohodu jsou typické vlastnosti jako soudržnost v odlišných situacích a stabilita v čase. S ohledem na to, že se v české odborné terminologii používá běžně pojem duševní pohoda ve spojitosti s originálním názvem well-being, který podle názvu nenaplnuje celkovou šířku pojmu well-being, bylo nově navrženo spíše používání ekvivalentu osobní pohoda, která zahrnuje duševní, tělesnou i sociální dimenzi. (Kebza, Šolcová, 2004, str. 21)

Z hlediska časového vymezení popisuje Kebza (2005, str. 68) že: „V nástrojích, které ji v psychologických šetřeních postihují, bývá osobní pohoda obvykle operacionalizována jako prožitek, který trvá řádově spíše týdny či dny než okamžiky – to by ji řadilo spíše k náladám – obsahuje však i některé proměnlivější charakteristiky, související jednak s aktuálním psychickým stavem, jednak s určitou proměnlivostí a dynamikou nálad.“

3.5.2 Dimenze osobní pohody

Podle Ryffové a Keyesové (1995) popisujeme osobní pohodu v šesti základních dimenzích:

- **„Sebepřijetí (self-acceptance)** - pozitivní postoj k sobě, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace, přijetí různých aspektů sebe, dobrých i špatných vlastností, srozumění s vlastní minulostí.
- **Pozitivní vztahy s druhými** - vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých, schopnost empatie.
- **Autonomii** - nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých.
- **Zvládání životního prostředí (environmental mastery)** - pocit kompetence při zvládání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje v okolním prostředí, schopnost vidět příležitosti a využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby.

- **Smysl života (*purpose in life*)** - cílesměrnost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů.
- **Osobní rozvoj (*personal growth*)** - pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování.“

(Kebza, Šolcová, 2004, str. 25)

Kebza a Šolcová (2004) dále uvádějí, že čím dál více odborníků upozorňuje na vzrůstající vliv sociálních dimenzí osobní pohody. Keyesová (1998) člení sociální dimenze osobní pohody takto:

- Sociální integraci - hodnocení jedincova vztahu ke společnosti a komunitě
- Sociální akceptaci - jedincův příznivý obraz o společnosti a lidech
- Sociální přínos (*contribution*) - hodnocení vlastní sociální hodnoty jedince pro společnost
- Sociální aktualizaci - hodnocení potenciálu společnosti k vývoji, její schopnosti mít vliv na svůj vývoj
- Sociální koherenci (*soudržnost*)

3.6 Faktory ovlivňující kvalitu života seniorů

S prodlužující se délkou života je čím dál více důležité zkoumat faktory, které příznivě ovlivňují kvalitu života ve stáří. Vyšší věk lze sice charakterizovat jako období psychosociálních ztrát a zvyšujících se zdravotních rizik, avšak existují studie, které dokládají dobrou kvalitu života seniorů, vysokou životní spokojenost a emoční pohodu (Dragomirecká, Prajsová, 2009).

Kvalita života ve stáří je vymezována především schopností vést nezávislý život a metody hodnocení se zaměřují především na schopnost provádění každodenních úkonů. Tato schopnost má zajisté velký vliv na kvalitu života, je však i mnoho psychologických a sociálních faktorů, které významně přispívají ke kvalitě života ve stáří (Dragomirecká, Šelepová, 2004).

3.7 Metody měření kvality života

Různí autoři pohlízejí na kvalitu života jinak, neshodují se ani v tom, jak tento jev měřit. Křivohlavý (2002, str. 165) uvádí, že metody měření můžeme rozdělit na tři skupiny:

1. Metody, kdy kvalitu života jedince posuzuje druhá osoba

2. Metody měření, kdy hodnotitelem je sama daná osoba

3. Metody smíšené, které vznikly spojením obou předchozích metod

3.7.1 Metody měření kvality života, kde kvalitu hodnotí druhá osoba

Měření kvality života v průběhu 20. století je možné pozorovat tam, kde šlo o život lidí starých, chronicky nemocných, případně lidí ante finem. Je možné předpokládat, že předchůdcem metod měření kvality pacientova života byly tzv HS - Health State - rejstříky zdravotního stavu daného pacienta, popřípadě celého souboru jeho zdravotních problémů. Vylepšenou verzí jsou tzv. HSP - Health State Profiles - Profily zdravotního stavu pacienta. Šlo v nich o pokus nastínit zdravotní stav pacienta tak, jak je viděn z ryze lékařského, obecně fyziologického hlediska. (Křivohlavý, 2002).

APACHE II

Následovaly pokusy o vystižení momentálního stavu pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Ukázkou přístupu, který se pokouší vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii a takovým způsobem "měří" vážnost nemoci, může být metoda nazvaná Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu - APACHE II (Acute Psychological and Chronic Health Evaluation System, Knaus et al., 1985). Racionále této metody je odvozeno z předpokladu, že na vážnost onemocnění je možné usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odychyluje daný stav pacienta od stavu normálního. Metody APACHE II se užívá zejména ve Spojeném království a to na jednotkách intenzivní péče. Tam se zjišťuje závažnost onemocnění pacienta ihned při jeho příjmu a do 24 hodin po jeho přijetí na oddělení JIP. Protože tam přichází mnoho pacientů s obtížemi v oblasti činnosti

kardiovaskulárního systému, jsou nejčastěji do APACHE II zaznamenávány údaje o krevním tlaku, srdečním tepu, arteriální pH atp. (Křivohlavý, 2002)

Karnofskyho index

Jiným příkladem tohoto přístupu může být tzv. Karnofskyho index. Ten stanoví lékař (v původní práci onkolog). Indexem vyjadřuje lékař svůj názor na celkový zdravotní stav např. onkologického pacienta k danému datu. Karnofskyho index – PSI – Performance Status Index hodnotí kvalitu pacientova života na procentuální škále od 0% (Pacient je mrtev) do 100% (Normální stav pacienta, neprojevují se žádné obtíže). Přičemž mezistupně jsou rozděleny vždy po 10% a stupňů je tedy dohromady 11. (Křivohlavý, 2002)

VAS – Visual Analogous Scale

Pokud bychom se zaměřili na hodnocení kvality pacientova života více jako celkového stavu spíše nežli souboru zdravotních problémů pacienta, uvedli bychom jako první metodu VAS – Visual Analogous Scale neboli Vizuální škálování celkového stavu pacienta. Jedná se o 10 cm šikmou úsečku, přičemž úkolem hodnotitele je udělat křížek mezi dvěma označenými extrémy – celkový stav pacienta je mimořádně dobrý a celkový stav pacienta je mimořádně špatný. (Křivohlavý, 2002)

Symbolické vyjádření kvality života

Určitým krokem vpřed, který byl učiněn v první řadě pod tlakem každodenní praxe v našich nemocnicích, bylo zavedené „normalizovaného“ hodnocení pacientova života. To používalo k vyjádření kvality života hodnotitelem soustavu křížků. I když to nebylo výslovně stanoveno, šlo v první řadě o samoobslužnost pacienta, o jeho schopnost komunikace s obsluhujícím personálem a o jeho celkový psychický stav. Princip zápisu byl jednoduchý. Čím více křížků (v rozmezí od jednoho do čtyř křížků), tím horší kvalita pacientova života. (Křivohlavý, 2002)

3.7.2 Metody subjektivního hodnocení kvality života

Objektivní metody zkoumání kvality života nemusí být vždy ve shodě s tím, jak jednotlivec sám hodnotí svůj stav. Z hlediska konkrétního člověka může jít o jiné dimenze života, než o ty, které sám považuje za důležité. Hodnocení kvality života z pohledu psychologie je kladen důraz především na spokojenost a subjektivní pocit pohody. Jak definovat dimenze ovlivňující spokojenost, když každého člověka činí spokojeného něco jiného? Nutno dodat, že hierarchie dimenzí kvality života se mění v závislosti na čase a situaci. Na otázku, kdy jsou lidé spokojeni, odpovídá Křivohlavý (2002, str. 169): pokud se jim daří dosahovat cílů, které si předsevzali. Pokud tomu tak je, pak se jedinec cítí v pohodě, která má blízko tomu, co chápeme kvalitou života z pohledu psychologie. Když do cesty realizace plánů a cílů jedince něco vstoupí, projeví se to na pojetí kvality jeho života, zda pozitivně či negativně záleží na něm. To znamená, že kvalita života by měla být definována samotným jedincem (Křivohlavý, 2002).

Jednou z nejrozšířenější metodou diagnostikování kvality života je Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (zkratkou SEIQoL), česky Systém individuálního hodnocení kvality života. Tato metoda předem nestanovuje žádná kritéria. Vychází z individuálních představ dotazovaného o tom, co považuje za důležité. Základními daty jsou výpovědi dotazovaného, které jsou závislé na jeho vlastním systému hodnot. Nejlepší způsob, jak získat data je interview s danou osobou. Jen tak je možné zjistit aspekty života, které jedinec hodnotí jako závažné. Důležitost každého aspektu se následně zjišťuje využitím metody analýzy názoru a přesvědčení jedince. Mezi nejčastější aspekty lidé uvádějí: zdraví, rodinu, práci, náboženství, finance atp. Přičemž pořadí aspektů se v průběhu života mění. Pro starší lidi je důležitější sociální činnost, volnočasové aktivity a životní podmínky. Naopak pro mladší lidi má větší význam zaměstnání, štěstí, finance a sociální vztahy přesahující rámec rodiny (Křivohlavý 2002, str. 173-175).

Hodnocení kvality života z pohledu ostatních (např. lékařů, zdravotních sester, rodinných příslušníků) má i své výhody, protože pracuje s modelem „obecného pacienta“ a dává tak možnost srovnávat kvalitu života pacientů na různých odděleních, v různém stádiu nemoci. Krokem vpřed byl dotazník IQL (Index Quality of Life), který se

užívá k objektivnímu hodnocení kvality života starých a nemocných jedinců. Sleduje determinanty z šesti oblastí (Haškovcová, 2007).

1. **Sebepřijetí** neboli přijetí vlastní minulosti.
2. **Pozitivní vztahy** s těmi, kdo jsou se seniorem či nemocným v osobním kontaktu.
3. **Autonomie**, kterou lze chápat jako právo na vlastní názor.
4. **Zvládání životního prostředí**, což znamená mít přehled a orientovat se v prostoru, ve kterém se jedinec aktuálně nachází. Cítit se tam bezpečně.
5. **Smysl života** čili rekapitulace dosavadního života a přijetí jeho pozitivních i negativních stránek a naděje, že ještě něco pozitivního přijde.
6. **Osobní rozvoj**, označován jako vrchol života nebo také jako poslední období osobního zrání.

Haškovcová (2007, s. 163) uvádí metodu IQL jako vhodnou ke zjišťování kvality života seniorů a nemocných lidí. Avšak zdůrazňuje, že subjektivní hodnocení jedince nemusí být ve vztahu s jeho biologickým zdravím, protože i těžce nemocný a starý člověk může opět na svém životě a vidět v něm smysl. Při zkoumání kvality života ve stáří či v nemoci, nesmíme zaměňovat dodržování standardů kvalitní péče za skutečnou kvalitu života nemocného. Je nutné dodržet vnější rámec kvality péče, který je odvozen od potřeb nemocných, protože na jeho základě se vytvářejí předpoklady pro kladně vnímanou kvalitu života jedince.

3.7.3 Metody smíšené, které vznikly spojením obou předchozích metod

MANSA

Na Univerzitě v Manchesteru se zabýval tým výzkumníků kvalitou života z širšího hlediska. Výsledkem je metoda MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life). Jedná se o jednu z prvních metod, která se zabývá měřením kvality života jako celku, ale také předem stanovených domenzí.

V tomto poli zjišťuje metoda MANSA dimenze spokojenosti s vlastním zdravotním stavem, sebepojetím, sociálními vztahy, rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím, účastí na aktivitách volného času a zaměstnáním popř. školou

LSS – Měření spokojenosti

Jedná se o metodu, která se jmenuje Life Satisfaction Scale neboli škála stupnice spokojenosti. Jde v podstatě o sedmi stupňovou stupnici od minima „nemůže to být horší“ po maximum „nemůže to být lepší“. (Křivohlavý, 2002)

EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části práce budu na základě sesbíraných dat zjišťovat rozdíly v prožívání seniorů žijících v domovech pro seniory. Výzkumný soubor nejprve rozdělím na českou a německou část a porovnáám výsledky. Poté budu porovnávat data žen a data mužů z obou zemí. Na základě sesbíraných dat se snažím zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v prožívání seniorů v zařízení NOVITA – Wohnstift Innblick Seniorenzentrum Neuhaus am Inn GmbH (dále NWI) v Německu a v Domově pro seniory Hvizdal v Českých Budějovicích (dále DPSH).

4. Cíle výzkumu

Cíle výzkumu bakalářské práce jsou:

- Zjistit jaké jsou rozdíly v subjektivním vnímání kvality života uživatelů z NWI v porovnání s vnímáním kvality života uživatelů z DPSH v různých oblastech prožívání.
- Dále rozdělení výzkumného souboru na skupiny žen a mužů a porovnat data nasbíraná pomocí dotazníků WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD.
- Zjistit jaké jsou společné a rozdílné aspekty v subjektivním vnímání kvality života českých a německých žen a mužů žijících v domovech pro seniory.
- Vnést do výzkumu kvality života seniorů další pohled v podobě srovnání výsledků z dvou zařízení z různých zemí, možná i někoho inspirovat kdo se bude dále takovýmto srovnáváním zabývat.

Další úkoly spojené s výzkumem:

- Opatřit si vlastní dotazníky v obou jazykových verzích a požádat vedení z obou zařízení o svolení se sběrem dat.
- Následně vybrat v obou zařízeních vhodné adepty pro výzkum a provést vlastní sběr formou dotazníků.
- Nasbíraná data z dotazníků nadále přepsat do elektronické formy, provést analýzu a výsledky interpretovat.

5. Hypotézy

Na základě výše popsaných cílů jsem k jejich naplnění stanovil tři následující hypotézy:

Hypotéza č. 1 – Předpokládám, že uživatelé z výzkumné skupiny domova NWI budou vykazovat vyšší hodnoty u otázky č. 1 dotazníku WHOQOL - BREF, než uživatelé výzkumné skupiny DPSH.

Hypotéza č. 2 – Předpokládám, že uživatelé z výzkumné skupiny domova NWI budou vykazovat vyšší hodnoty v doméně Prožívání, než uživatelé výzkumné skupiny DPSH.

Hypotéza č. 3 – Předpokládám, že uživatelé z výzkumné skupiny domova NWI budou vykazovat vyšší hodnoty v doméně Nezávislost, než uživatelé výzkumné skupiny DPSH.

Hypotéza č. 4 – Předpokládám, že ženy z obou výzkumných skupin budou vykazovat vyšší hodnoty v doméně Sociálního zapojení, než muži z obou výzkumných skupin.

6. Metody získávání dat

Sběr dat jsem provedl formou dvou standardizovaných dotazníků Mezinárodní zdravotnické organizace a to WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life

Assessment – abbreviated version of the WHOQOL-100) a WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life Assessment – Old). První z dotazníků je krátkou verzí původního stopoložkového WHOQOL-100, který se později v praxi ukázal až příliš dlouhý a to obzvláště pokud by měl být ještě předložen dodatkový modul pro nějakou specifickou skupinu, jako je tomu v tomto případě (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Tedy dodatkový modul WHOQOL-OLD vytvořený pro měření kvality života populace seniorů. Z tohoto důvodu byla vytvořena krátká verze WHOQOL-BREF, která má pouhých 26 otázek. Zmíněné dotazníky jsem si zvolil proto, že jsou nejčastěji používaným nástrojem k měření kvality života seniorů a jsou dostupné v obou jazycích, které jsem pro tento výzkum potřeboval. Českou verzi dotazníků jsem si vypůjčil ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje a německou verzi dotazníků potom v Univesitätsbibliothek Passau.

Samotný sběr dat probíhal v týdnu 30. 5. – 2. 6. 2016 v DPSH v Českých Budějovicích a o týden později v NWI v Neuhaus am Inn.

6.1 Historie instrumentů WHOQOL

V roce 1991 dal Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace podnět k sestavení mezinárodního dotazníku, který by zkoumal kvalitu života. „Instrument s názvem WHOQOL měl překonat a rozšířit dosavadní pojetí kvality života, chápaného jako subjektivní hodnocení zdravotního stavu a každodenních činností, jak jej představuje např. SF-36“ (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, str. 12). Tento nový instrument WHOQOL měl naplňovat čtyři principy a to komplexnost, subjektivnost, relativní důležitost a kulturní relevance. Po více než dvaceti letech intenzivního výzkumu v oblasti kvality života se tyto principy ukázaly jako nepostradatelné.

- *Komplexnost* – tato definice plyne z definice Světové zdravotnické organizace (WHO). Ve výzkumech se totiž ukázalo, že indikátorem kvality života není pouze hodnocení fyzického zdraví, ale že by tento pojem měl být zkoumán mnohem komplexněji. Tento předpoklad měly za úkol naplnit právě instrumenty WHOQOL a zaměřit se na široké spektrum životních aspektů.
- *Subjektivnost* – princip subjektivnosti potvrzuje také velké množství studií, ze

kterých vyplívá, že lékaři hodnotící kvalitu života svých chronicky nemocných pacientů, hodnotí tuto kvalitu výrazně hůře, než samotní pacienti. Tuto skutečnost si můžeme vysvětlit přítomností vnitřních norem každého jedince, které se mění nabýváním životních zkušeností, adaptací na zhoršení životních podmínek a tedy i na nemoc. Při posuzování kvality života by se tedy správně měl uplatnit princip sebeposuzování a nikoli posouzení jinou osobou.

- *Relativní důležitost* – je další skutečností, která ovlivňuje přesnost měření, protože každý jedinec hodnotí různé oblasti svého života odlišně. Životní podmínky, sociální vztahy, nemoc a další oblasti vnímá každý člověk jinak a proto by dotazníky zabývající se kvalitou života měli o důležitost jednotlivých oblastí.
- *Kulturní relevance* – je poslední důležitou podmínkou, která zohledňuje narůstající mezinárodní výzkum. Instrument by měl být tedy použitelný v různých jazykových a kulturních podmínkách (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Mezinárodní výzkumná centra po celém světě zabývající se výzkumem kvality života umožňují zodpovědět otázku do jaké míry je pojem „kvalita života“ univerzálním pojmem a které aspekty jsou přiřazeny příslušné kultuře a jazyku. Skupina WHOQOL je tvořena zástupci patnácti výzkumných center z celého světa (Austrálie, Francie, Chorvatsko, Indie – dvě centra, Izrael, Japonsko, Nizozemsko, Panama, Rusko, Španělsko, Thajsko, USA, Velká Británie a Zimbabwe.) Tato centra při vytváření dotazníků postupovala v etapách, při kterých si nejprve vymezili společnou definici pojmu kvalita života, následně vytvoření společných oblastí a podoblastí, na základě kterých vznikali vlastní položky instrumentu (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

6.2 Dotazník WHOQOL-BREF

Původní verze dotazníku WHOQOL, která měla sto položek, se později ukázala pro klinickou praxi až příliš zdouhavá, a to obzvláště pokud byla předkládána spolu s dodatkovými hodnotícími instrumenty. Z toho důvodu skupina WHOQOL vytvořila ještě kratší verzi WHOQOL-BREF pouze s 26 otázkami. V původní verzi obsahovala každá faceta (podoblast) 4 otázky, což se ve zkrácené verzi zredukovalo pouze na 1 otázku z každé facety. Přičemž byla vybrána ta s nejlepšími psychometrickými vlastnostmi.

Dotazník WHOQOL-BREF se tedy skládá z 24 facet, přičemž každá má jednu otázku. Tyto otázky jsou nadále seskupeny do čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí). Přičemž k těmto čtyřem doménám jsou ještě přiřazeny dvě otázky hodnoceny samostatně. Po dlouhodobém výzkumu se ukázalo, že obě dvě verze testu mají velice dobrou vnitřní konzistenci a to následující: fyzické zdraví = 0,83; prožívání = 0,75; sociální vztahy = 0,66 a prostředí = 0,80 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Tab. Přehled domén a položek WHOQOL-BREF

Domény		Položky	
Dom1	Fyzické zdraví	q3	Bolest a nepříjemné pocity
		q4	Závislost na lékařské péči
		q10	Energie a únava
		q15	pohyblivost
		q16	spánek
		q17	Každodenní činnosti
		q18	Pracovní výkonnost
Dom2	Prožívání	q5	Potěšení ze života
		q6	Smysl života
		q7	soustředění
		q11	Přijetí tělesného vzhledu
		q19	Spokojenost se sebou
		q26	Negativní pocity
Dom3	Sociální vztahy	q20	Osobní vztahy
		q21	Sexuální život
		q22	Podpora přátel
		q8	Osobní bezpečí
Dom4	Prostředí	q9	Životní prostředí
		q12	Finanční situace
		q13	Přístup k informacím
		q14	Záliby

		q23	Prostředí v okolí bydliště
		q24	Dostupnost zdravotní péče
		q25	Doprava
2 samostatné položky		Q1	Kvalita života
		Q2	Spokojenost se zdravím

Zdroj: Dragomirecká, Bartoňová 2006

6.3 Dotazník WHOQOL-OLD

Vývoj dotazníku probíhal v letech 2001 – 2004 v rámci projektu „Měření kvality života seniorů a její vztah ke zdravému stárnutí WHOQOL-OLD“, přičemž na projektu se podílelo 23 výzkumných center ze 4 kontinentů. Projekt si kladl za cíle vytvořit mezinárodní hodnotící instrument kvality života pro zdravou i nemocnou část seniorské populace. Tento nový dotazník měl také poukázat na to, jak vnímají různé kultury otázku zdravého stárnutí a jaké jsou jejich společné faktory. Zjištění těchto poznatků, mělo přinést lepší pochopení biologického a sociálního podmínění stárnutí. Dotazník se skládá ze šesti domén (fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, blízké vztahy a postoj ke smrti), které výzkumný tým pokládal za stěžejní pro osoby staršího věku. Každá z domén obsahuje 4 otázky na které, stejně jako v dotazníku WHOQOL-BREF, respondent odpovídá na pětibodových Likertových škálách vyjadřujících intenzitu, kapacitu či spokojenost. Původní verze dotazníku měla 33 položek, přičemž jsou v následující tabulce vyznačeny šedě ty, které byly později z psychometrických důvodů vyloučeny, a konečná verze tedy čítá položek 24.

Tab. Přehled domén a položek WHOQOL-OLD

Domény		Položky	
Dom1	Fungování smyslů	F25.1	Vliv na každodenní život
		F25.3	Vliv na činnosti
		F25.4	Vliv na komunikaci
		F25.2	Hodnocení smyslů
		F26.1	Svobodné rozhodování

Dom2	Nezávislost	F26.2	Rozhodování o budoucnosti
		F26.4	Ostatní respektující svobodu rozhodování
		F26.3	Věnovat se tomu, co mě těší
Dom3	Naplnění	F27.3	Možnosti něčeho dosáhnout
		F27.4	Zasloužené uznání
		F27.6	Povídat si o minulosti
		F27.1	Na něco se těšit
		F27.2	Přínos společnosti
		F27.5	Spokojenost s dosaženým
Dom4	Sociální zapojení	F28.6	Izolace
		F28.3	Dostatečně chodit ven
		F28.4	Dostatek činností
		F28.1	Spokojenost s trávením času
		F28.2	Spokojenost s aktivností
		F28.7	Zapojení do místního dění
		F28.5	Smysluplnost činností
Dom5	Blízké vztahy	F30.1	Sdílení myšlenek
		F30.2	Přátelství
		F30.3	Láska
		F30.4	Příležitost někoho milovat
		F30.5	Fyzická blízkost
		F30.6	Míra důvěrnosti
		F30.7	Být milován
Dom6	Postoj ke smrti	F29.1	Strach ze smrti blízkých
		F29.2	Strach, jak zemřu
		F29.3	Strach ze ztráty kontroly
		F29.4	Strach z umírání
		F29.5	Strach z bolesti

Zdroj: Dragomirecká, Prajsová, 2009

7. Metody zpracování dat

Data z vyplněných dotazníků byla nejprve přepsána do elektronické podoby do programu MS Excel, kde byla vypočtena jednoduchá popisová statistika. Dále byla v programu MS Excel vytvořena datová matice.

7.1 Statistika

S ohledem na velikost souboru byl vybrán neparametrický Mann-Whitney U test k analýze dat byl použit program IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Vzorce:

$$U_A = n_1 * n_2 + \frac{n_1 * (n_1 + 1)}{2} - R_A$$

a

$$U_B = n_1 * n_2 + \frac{n_2 * (n_2 + 1)}{2} - R_B$$

8. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili senioři z domovů NOVITA - Wohnstift Innblick Seniorenzentrum Neuhaus am Inn GmbH v Německu a Domova pro seniory Hvízdal v Českých Budějovicích, přičemž každý z domovů měl v zastoupení 10 žen seniorek a 10 mužů seniorů. Celkový počet respondentů byl tedy 40. Při výběru respondentů jsem si zvolil následující kritéria:

- Spodní věková hranice 60+
- Pobyť v zařízení delší než 6 měsíců
- Psychický stav na takové úrovni, aby senioři byli schopni adekvátně dotazník vyplnit.

Ze 40 vybraných seniorů vyplnilo 12 dotazník zcela samostatně, u ostatních jsem při vyplňování asistoval sám nebo mi pomohli kolegyně ze sociálního sektoru. Při výběru seniorů mi v obou zařízeních pomáhali vrchní a staniční sestry, které si byli vědomi momentálního ladění pacienta.

9. Interpretace výsledků

Celkový počet respondentů byl 40 (100%) z hlediska národnosti tvořila 20 probandů česká skupina a 20 probandů německá skupina seniorů. Z hlediska pohlaví byl celkový počet probandů také rozdělen na skupinu 20 mužů a 20 žen. Viz. Tab.1 a Tab.2

Tab.1

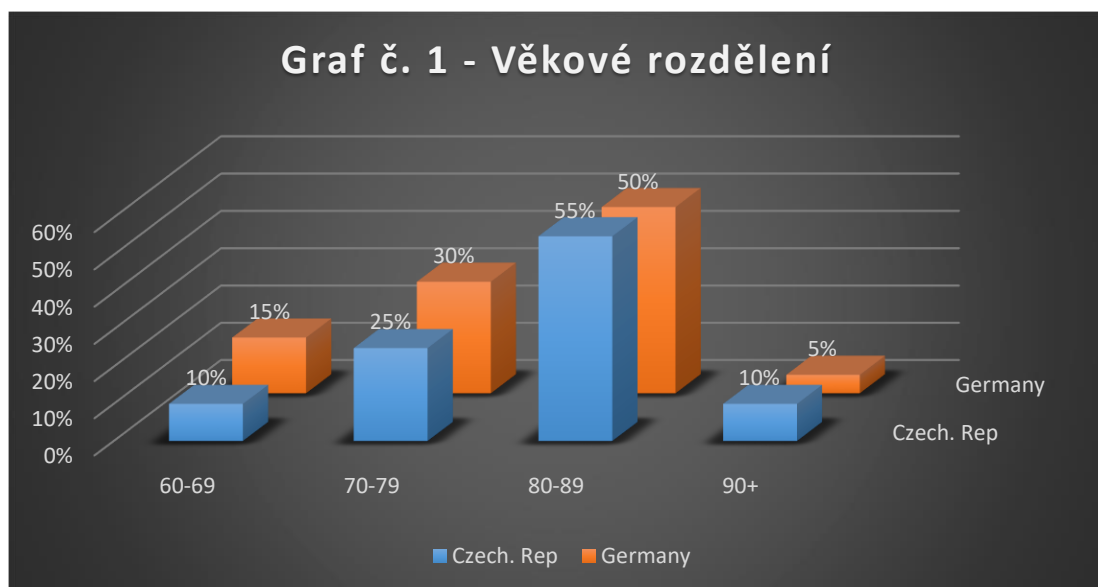
Národnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
češi	20	50%
němci	20	50%
Celkem (N)	40	100%

Tab.2

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
muži	20	50%
ženy	20	50%
Celkem (N)	40	100%

Zdroj: Vlastní výzkum

Skupina respondentů byla dále rozdělena do 4 věkových kategorií a to 60-69, 70-79, 80-89 a 90+. Z celkového počtu respondentů ve skupině 60-69 byli 2 češi a 3 němci, ve skupině 70-79 bylo 5 česků a 6 Němců, třetí věková skupina byla tvořena 11 českými a 10 německými respondenty a poslední skupina nad 90 byla tvořena 2 českými a 1 německým respondentem. Nejvíce respondentů tvořilo skupinu 80-89 a nejméně 90+.

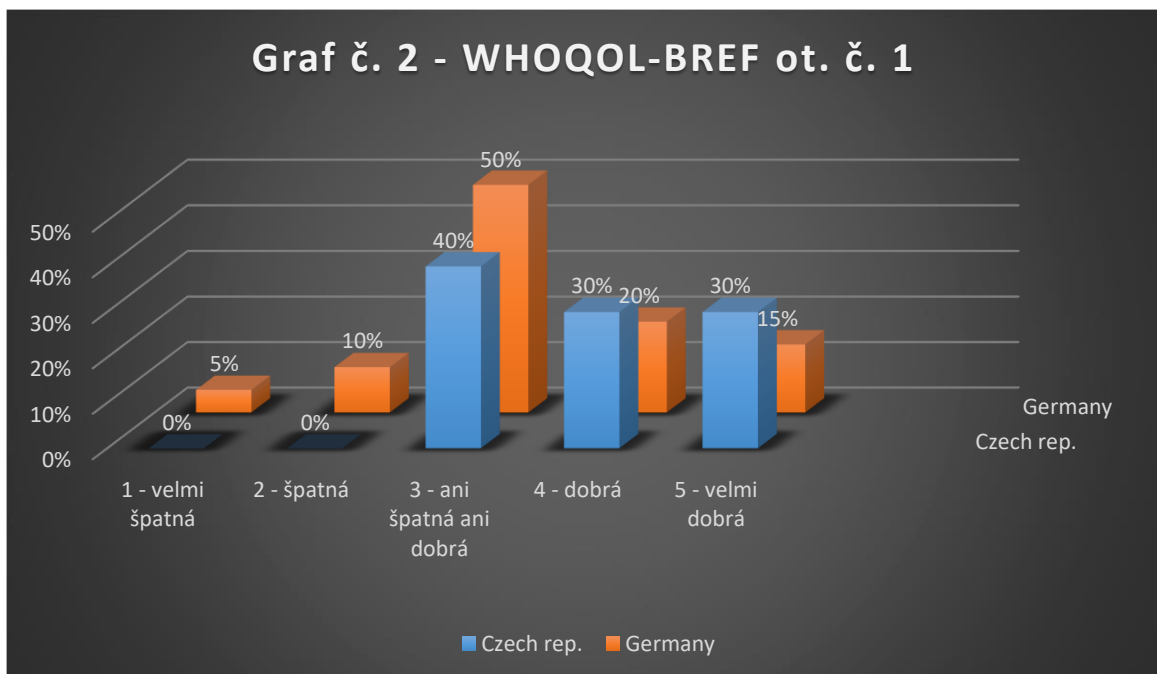


Zdroj: Vlastní výzkum

9.1 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL – BREF

Otázka č. 1 „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ (Hypotéza č. 1)

- **Češi** – z 20 respondentů odpověď 1 – velmi špatná a 2 – špatná neoznačila ani jeden z dotazovaných (0%), 8 respondentů (40%) označilo odpověď 3 – ani špatná ani dobrá, 6 dotazovaných respondentů (30%) označilo odpověď 4 – dobrá a zbývajících 6 respondentů (30%) označilo odpověď 5 – velmi dobrá. Průměrná hodnota odpovědí je **15,6**. Nejčastěji vyskytovanou odpovědí byla 3 – ani špatná ani dobrá (8 respondentů, 40%)
- **Němci** – ze vzorku 20 respondentů odpověď 1 – velmi špatná označil 1 respondent (5%), odpověď 2 – špatná označili 2 respondenti (10%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá označilo 10 dotazovaných respondentů (50%), odpověď 4 – dobrá označili 4 respondenti (20%) a odpověď 5 – velmi dobrá označili 3 respondenti (15%). Průměrná hodnota je **13,2**. Nejvyskytovanější odpovědí byla 3 – ani špatná ani dobrá (10 respondentů, 50%) a nejméně vyskytovanou 1 – velmi špatná (1 respondent, 5%)



Zdroj: Vlastní výzkum

Mann-Whitney U-Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
ot.1	40	14,40	3,928	4	20
Národnost	40	1,50	,506	1	2

Ranks

Národnost	N	Mean Rank	Sum of Ranks
1	20	23,75	475,00
ot.1 2	20	17,25	345,00
Total	40		

Zdroj: Vlastní výzkum

Test Statistics^a

	ot.1
Mann-Whitney U	135,000
Wilcoxon W	345,000
Z	-1,872
Asymp. Sig. (2-tailed)	,061
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,081 ^b

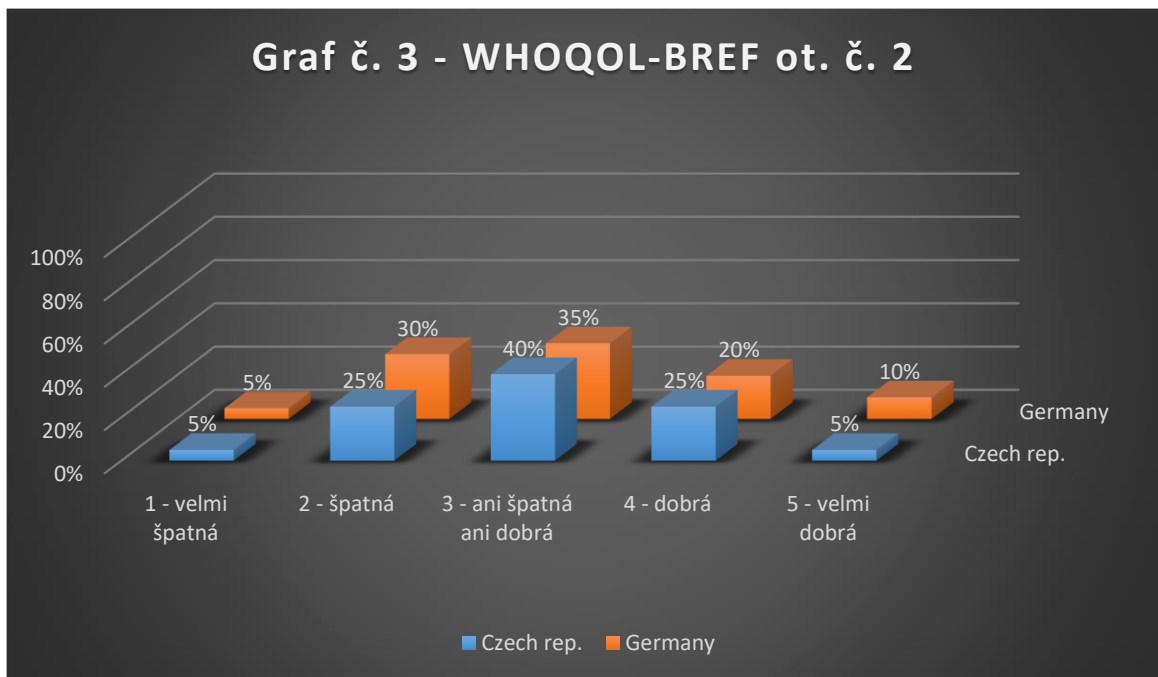
Závěr

$U > U_{crit}$, tudíž rozdíl mezi skupinou 1-češi a skupinou 2-němci není statisticky významný.

Hypotéza č.1 se nepotvrdila.

Otázka č. 2 „Jak jste spokojen se svým zdravím?“

- **Češi** – z 20 respondentů odpověď 1 – velmi špatná označil 1 respondent (5%) a 2 – špatná označilo 5 respondentů (25%), 8 respondentů (40%) označilo odpověď 3 – ani špatná ani dobrá, 5 dotazovaných respondentů (25%) označilo odpověď 4 – dobrá a 1 respondent (5%) označil odpověď 5 – velmi dobrá. Průměrná hodnota odpovědí je **12**.
- **Němci** – ze vzorku 20 respondentů odpověď 1 – velmi špatná označil 1 respondent (5%), odpověď 2 – špatná označilo 6 respondentů (30%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá označilo 7 dotazovaných respondentů (35%), odpověď 4 – dobrá označili 4 respondenti (20%) a odpověď 5 – velmi dobrá označili 2 respondenti (10%). Průměrná hodnota je **12**.



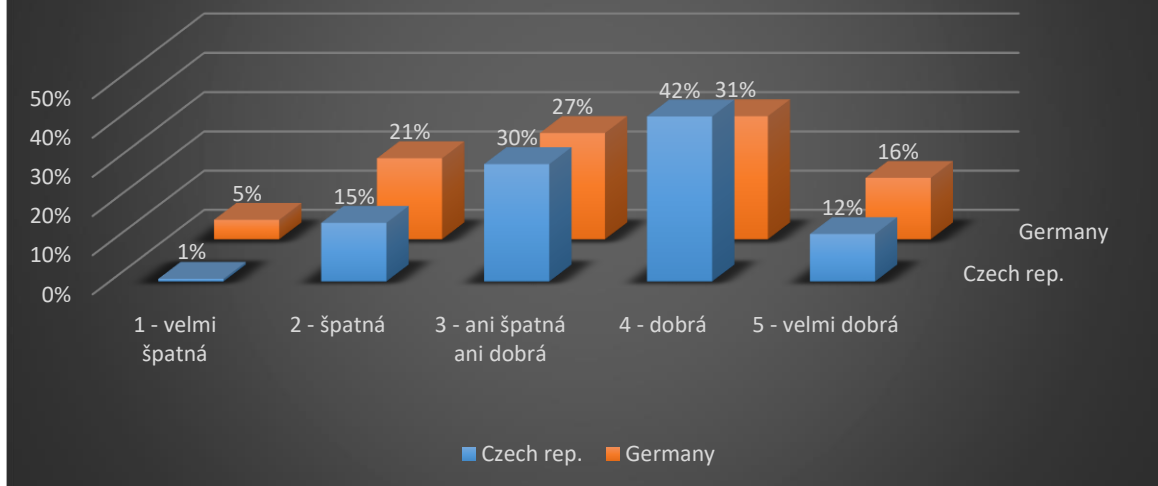
Zdroj: Vlastní výzkum

Doména č. 1 – Fyzické zdraví

Doména fyzické zdraví je tvořena otázkami 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18, přičemž z nasbíraných hodnot byl vytvořen aritmetický průměr, následně vynásobený číslem 4, tak aby hodnota byla porovnatelná s originální verzí dotazníku WHOQOL-100, dle manuálu.

- **Češi** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 1x (1%), odpověď 2 – špatná byla označena 21x (15%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 42x (30%), odpověď 4 – dobrá byla označena 59x (42%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 17x (12%). Průměrná hodnota odpovědí za doménu je **14,00**.
- **Němci** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 7x (5%), odpověď 2 – špatná byla označena 29x (21%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 38x (27%), odpověď 4 – dobrá byla označena 44x (31%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 22x (16%). Průměrná hodnota za doménu je **13,29**.

Graf č. 4 - WHOQOL-BREF
Doména 1 - Fyzické zdraví



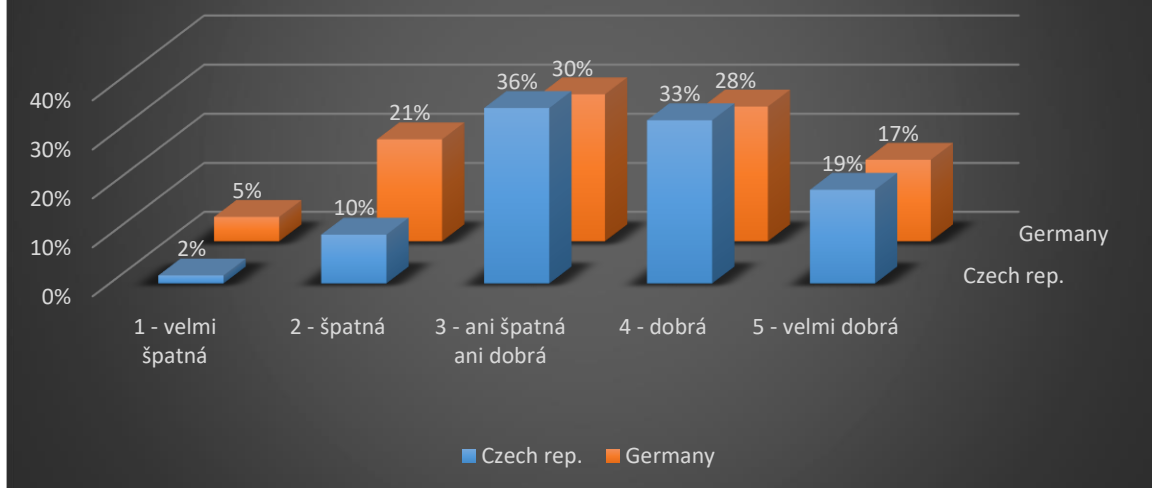
Zdroj: Vlastní výzkum

Doména č. 2 – Prožívání (Hypotéza č. 2)

Doména prožívání je tvořena otázkami 5, 6, 7, 11, 19, a 26, přičemž z nasbíraných hodnot byl vytvořen aritmetický průměr, následně vynásobený číslem 4, tak aby hodnota byla porovnatelná s originální verzí dotazníku WHOQOL-100, dle manuálu.

- **Češi** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 1x (1%), odpověď 2 – špatná byla označena 21x (15%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 42x (30%), odpověď 4 – dobrá byla označena 59x (42%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 17x (12%). Průměrná hodnota odpovědí za doménu je **14,33**.
- **Němci** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 7x (5%), odpověď 2 – špatná byla označena 29x (21%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 38x (27%), odpověď 4 – dobrá byla označena 44x (31%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 22x (16%). Průměrná hodnota za doménu je **13,20**.

Graf č. 5 - WHOQOL-BREF
Doména 2 - Prožívání



Zdroj: Vlastní výzkum

Mann-Whitney U-Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Prožívání	40	13,766667	3,0440264	6,6667	18,6667
Národnost	40	1,50	,506	1	2

Ranks

Národnost	N	Mean Rank	Sum of Ranks
1	20	22,83	456,50
2	20	18,18	363,50
Total	40		

Test Statistics^a

	Prožívání
Mann-Whitney U	153,500
Wilcoxon W	363,500
Z	-1,262
Asymp. Sig. (2-tailed)	,207
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,211 ^b

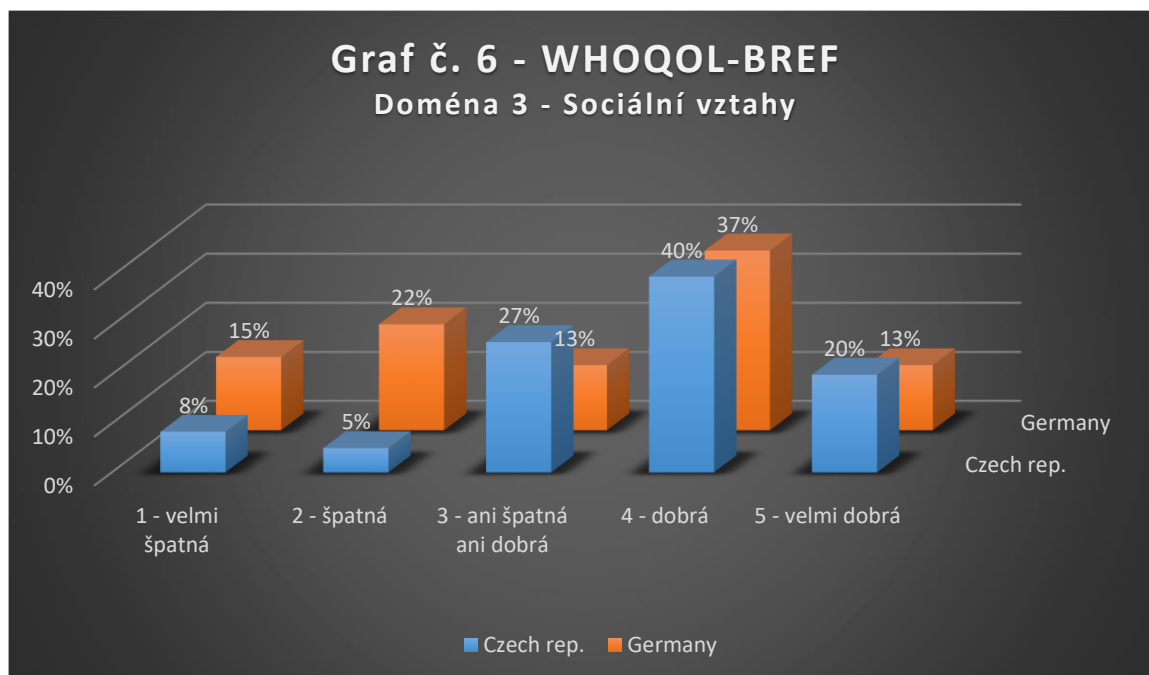
Závěr

U>Ucrit, tudíž rozdíl mezi skupinou 1-češi a skupinou 2-němci není statisticky významný. Hypotéza č.2 se nepotvrdila.

Doména č. 3 – Sociální vztahy

Doména sociální vztahy je tvořena otázkami 20, 21 a 22 přičemž z nasbíraných hodnot byl vytvořen aritmetický průměr, následně vynásobený číslem 4, tak aby hodnota byla porovnatelná s originální verzí dotazníku WHOQOL-100, dle manuálu.

- **Češi** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 5x (8%), odpověď 2 – špatná byla označena 3x (5%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 16x (27%), odpověď 4 – dobrá byla označena 24x (40%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 12x (20%). Průměrná hodnota odpovědí za doménu je **14,33**.
- **Němci** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 9x (15%), odpověď 2 – špatná byla označena 13x (22%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 8x (13%), odpověď 4 – dobrá byla označena 22x (37%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 8x (13%). Průměrná hodnota za doménu je **12,47**.

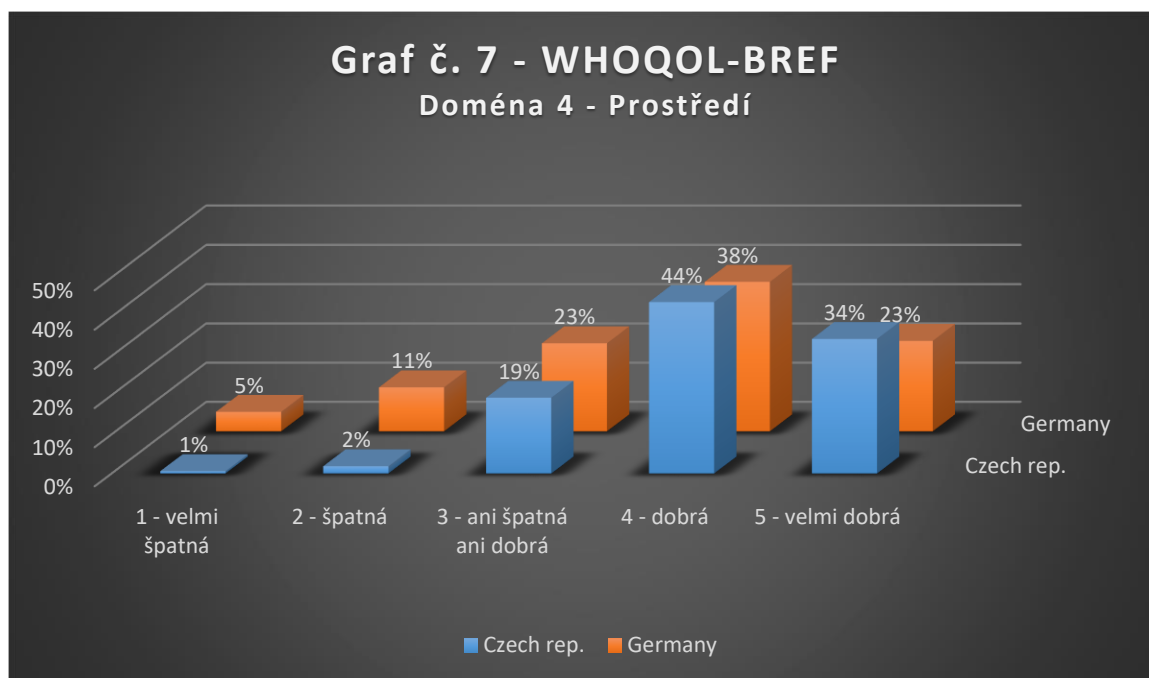


Zdroj: Vlastní výzkum

Doména č. 4 – Prostředí

Doména prostředí je tvořena otázkami 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25 přičemž z nasbíraných hodnot byl vytvořen aritmetický průměr, následně vynásobený číslem 4, tak aby hodnota byla porovnatelná s originální verzí dotazníku WHOQOL-100, dle manuálu.

- **Češi** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 1x (1%), odpověď 2 – špatná byla označena 3x (2%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 31x (19%), odpověď 4 – dobrá byla označena 70x (44%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 55x (34%). Průměrná hodnota odpovědí za doménu je **16,38**.
- **Němci** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 8x (5%), odpověď 2 – špatná byla označena 18x (11%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 36x (23%), odpověď 4 – dobrá byla označena 61x (38%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 37x (23%). Průměrná hodnota za doménu je **14,53**.



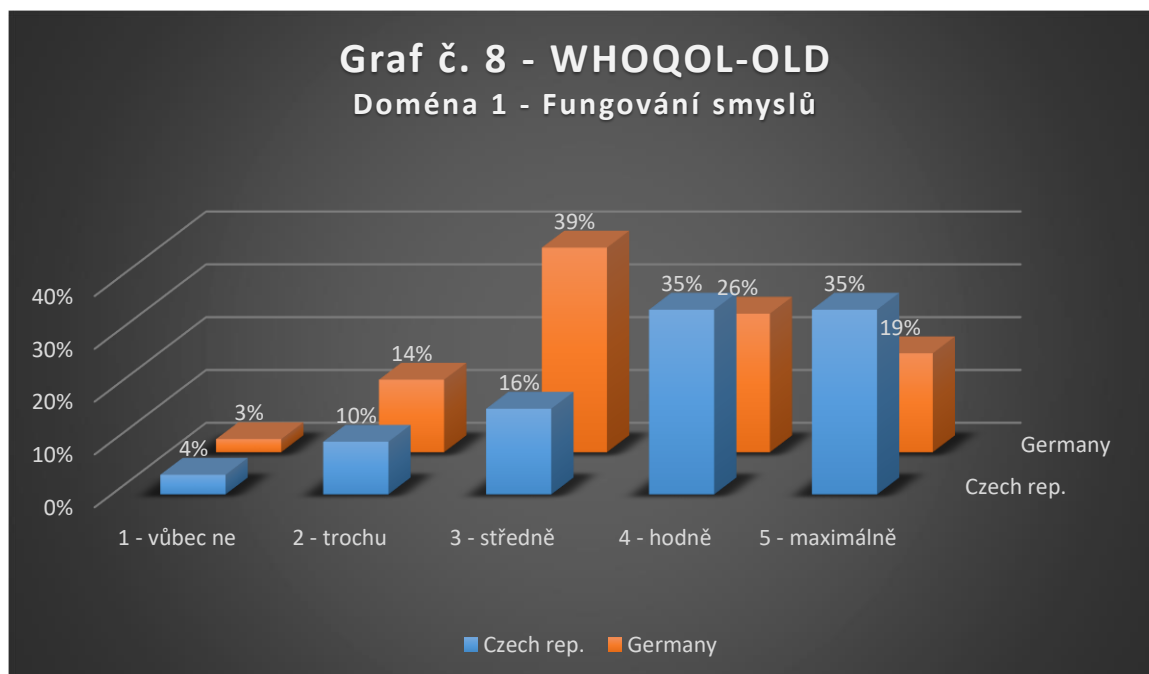
Zdroj: Vlastní výzkum

9.2 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL – OLD

Doména č. 1 – Fungování smyslů

Doména fungování smyslů je tvořena otázkami F25.1, F25.3, F25.4 a F25.2 přičemž z nasbíraných hodnot byl vytvořen aritmetický průměr, následně vynásobený číslem 4, tak aby hodnota byla porovnatelná s originální verzí dotazníku WHOQOL-100, dle manuálu.

- **Češi** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 3x (4%), odpověď 2 – špatná byla označena 8x (10%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 13x (16%), odpověď 4 – dobrá byla označena 28x (35%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 28x (35%). Průměrná hodnota odpovědí za doménu je **15,50**.
- **Němci** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 2x (3%), odpověď 2 – špatná byla označena 11x (14%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 31x (39%), odpověď 4 – dobrá byla označena 21x (26%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 15x (19%). Průměrná hodnota za doménu je **13,80**.

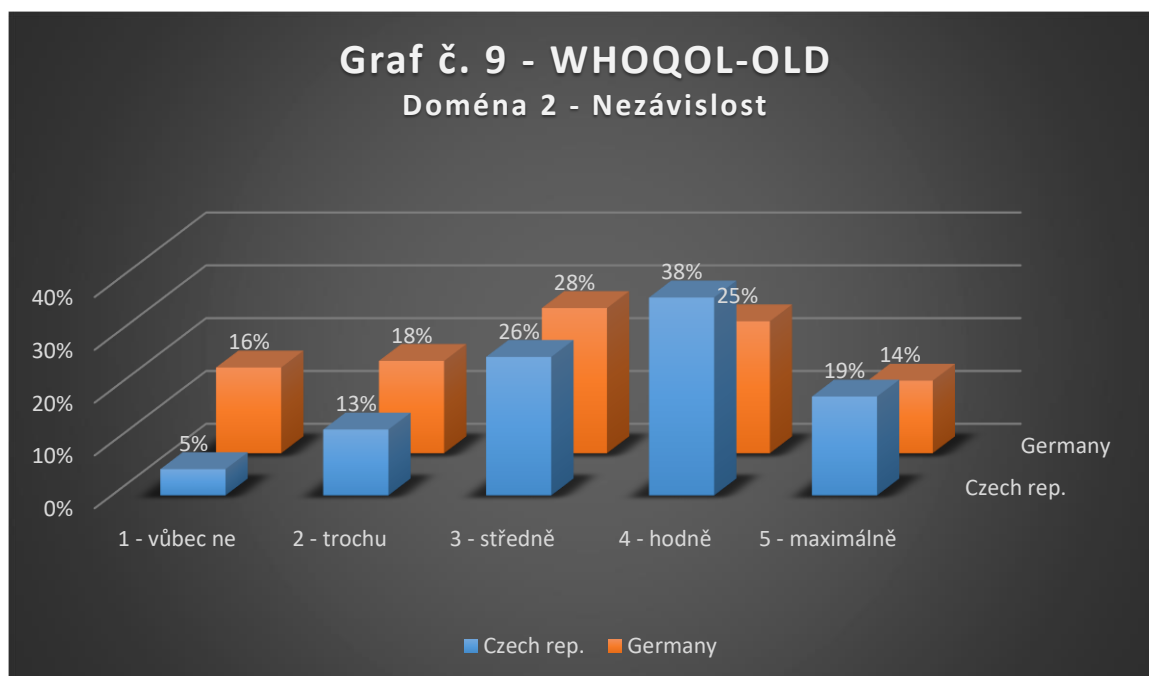


Zdroj: Vlastní výzkum

Doména č. 2 – Nezávislost (Hypotéza č. 3)

Doména nezávislost je tvořena otázkami F26.1, F26.2, F26.4 a F26.3 přičemž z nasbíraných hodnot byl vytvořen aritmetický průměr, následně vynásobený číslem 4, tak aby hodnota byla porovnatelná s originální verzí dotazníku WHOQOL-100, dle manuálu.

- **Češi** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 4x (5%), odpověď 2 – špatná byla označena 10x (13%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 21x (26%), odpověď 4 – dobrá byla označena 30x (38%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 15x (19%). Průměrná hodnota odpovědí za doménu je **14,10**.
- **Němci** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 13x (16%), odpověď 2 – špatná byla označena 14x (18%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 22x (28%), odpověď 4 – dobrá byla označena 20x (25%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 11x (14%). Průměrná hodnota za doménu je **12,10**.



Zdroj: Vlastní výzkum

Mann-Whitney U-Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Nezávislost	40	13,10	3,201	4	18
Pohlaví	40	1,50	,506	1	2

Ranks

	Pohlaví	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nezávislost	1	20	18,08	361,50
	2	20	22,93	458,50
	Total	40		

Test Statistics^a

	Nezávislost
Mann-Whitney U	151,500
Wilcoxon W	361,500
Z	-1,325
Asymp. Sig. (2-tailed)	,185
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,192 ^b

Závěr

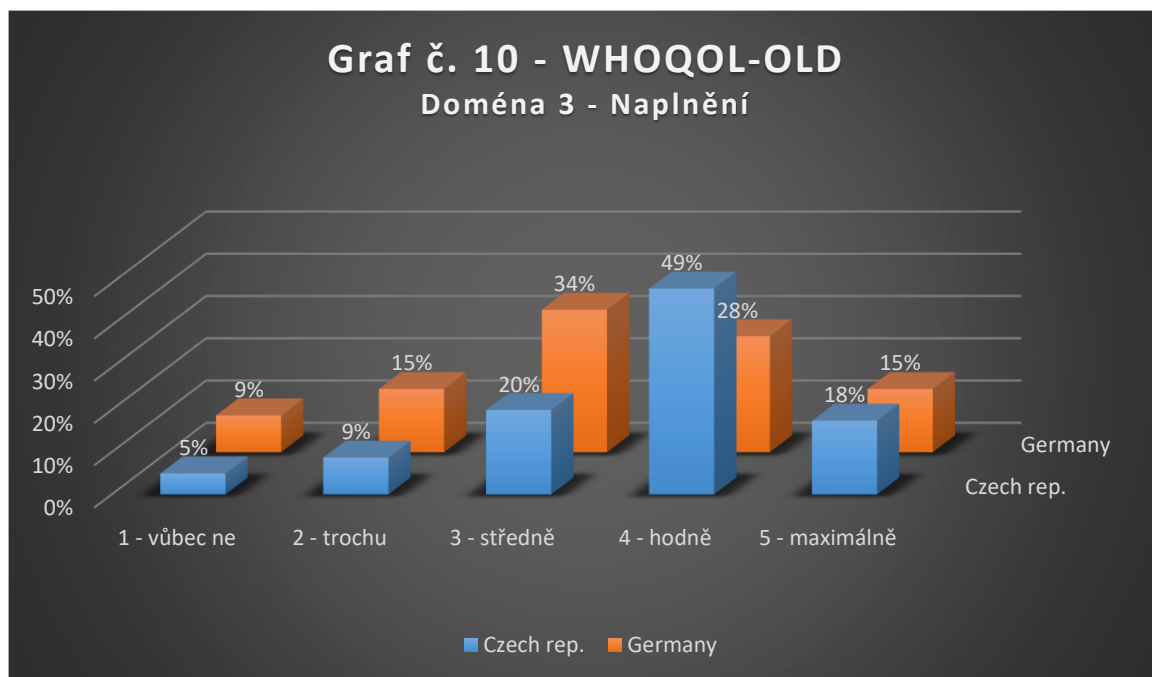
$U > U_{crit}$, tudíž rozdíl mezi skupinou 1-češi a skupinou 2-němci není statisticky významný. Hypotéza č.3 se nepotvrdila.

Doména č. 3 – Naplnění

Doména naplnění je tvořena otázkami F27.3, F27.4, F27.1 a F27.5 přičemž z nasbíraných hodnot byl vytvořen aritmetický průměr, následně vynásobený číslem 4, tak aby hodnota byla porovnatelná s originální verzí dotazníku WHOQOL-100, dle manuálu.

- **Češi** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 4x (5%), odpověď 2 – špatná byla označena 7x (9%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 16x (20%), odpověď 4 – dobrá byla označena 39x (49%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 14x (18%). Průměrná hodnota odpovědí za doménu je **14,60**.

- **Němci** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 7x (9%), odpověď 2 – špatná byla označena 12x (15%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 27x (34%), odpověď 4 – dobrá byla označena 22x (28%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 12x (15%). Průměrná hodnota za doménu je **13,00**.



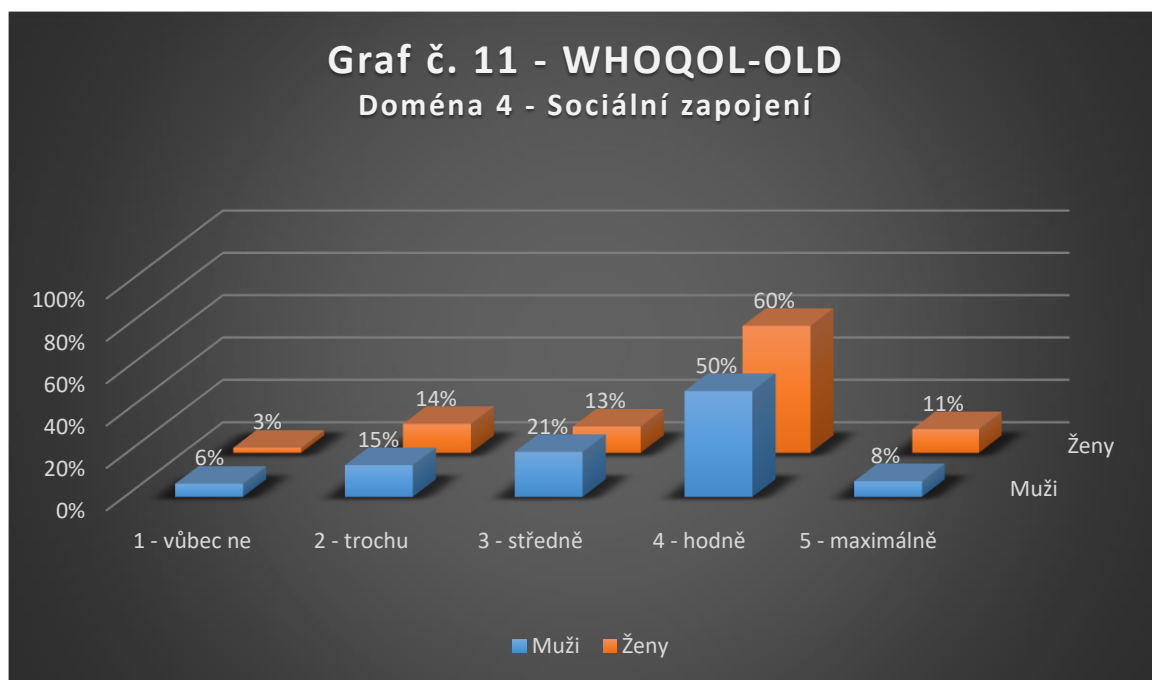
Zdroj: Vlastní výzkum

Doména č. 4 – Sociální zapojení (Hypotéza č. 4)

Doména sociální zapojení je tvořena otázkami F28.4, F28.1, F28.2 a F28.7 přičemž z nasbíraných hodnot byl vytvořen aritmetický průměr, následně vynásobený číslem 4, tak aby hodnota byla porovnatelná s originální verzí dotazníku WHOQOL-100, dle manuálu.

- **Češi** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 5x (6%), odpověď 2 – špatná byla označena 12x (15%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 17x (21%), odpověď 4 – dobrá byla označena 40x (50%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 6x (8%). Průměrná hodnota odpovědí za doménu je **15,20**.

- **Němci** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 2x (3%), odpověď 2 – špatná byla označena 11x (14%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 10x (13%), odpověď 4 – dobrá byla označena 48x (60%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 9x (11%). Průměrná hodnota za doménu je **12,85**



Zdroj: Vlastní výzkum

Mann-Whitney U-Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Sociální zapojení	40	14,02	3,059	6	20
Pohlaví	40	1,50	,506	1	2

	Pohlaví	N	Mean Rank	Sum of Ranks
	1	20	19,10	382,00
Sociální zapojení	2	20	21,90	438,00
	Total	40		

	Sociální zapojení
Mann-Whitney U	172,000
Wilcoxon W	382,000
Z	-,766
Asymp. Sig. (2-tailed)	,444
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,461 ^b

Závěr

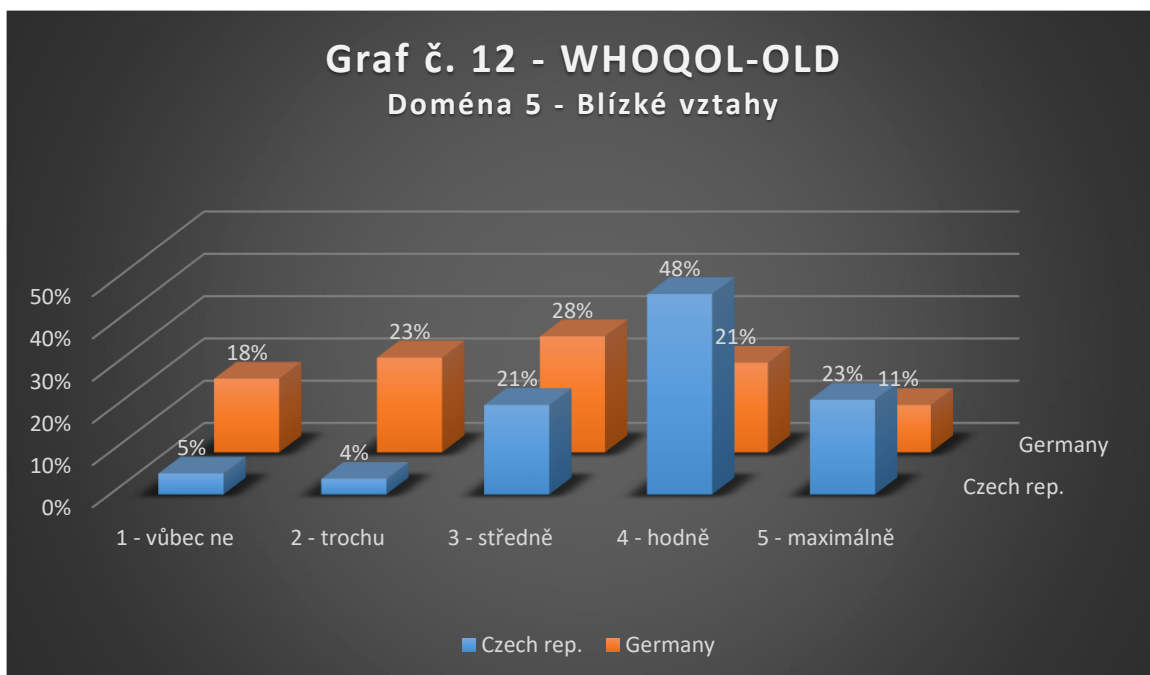
$U > U_{crit}$, tudíž rozdíl mezi skupinou 1-muži a skupinou 2-ženy není statisticky významný. Hypotéza č.4 se nepotvrdila.

Doména č. 5 – Blízké vztahy

Doména blízké vztahy je tvořena otázkami F30.2, F30.3, F30.4 a F30.7 přičemž z nasbíraných hodnot byl vytvořen aritmetický průměr, následně vynásobený číslem 4, tak aby hodnota byla porovnatelná s originální verzí dotazníku WHOQOL-100, dle manuálu.

- **Češi** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 4x (5%), odpověď 2 – špatná byla označena 3x (4%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 17x (21%), odpověď 4 – dobrá byla označena 38x (48%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 18x (23%). Průměrná hodnota odpovědí za doménu je **15,15**.
- **Němci** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 14x (18%), odpověď 2 – špatná byla označena 18x (23%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 22x (28%), odpověď 4 – dobrá byla označena 17x (21%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 9x (11%). Průměrná hodnota za doménu je **11,45**.

Graf č. 12 - WHOQOL-OLD
Doména 5 - Blízke vzťahy

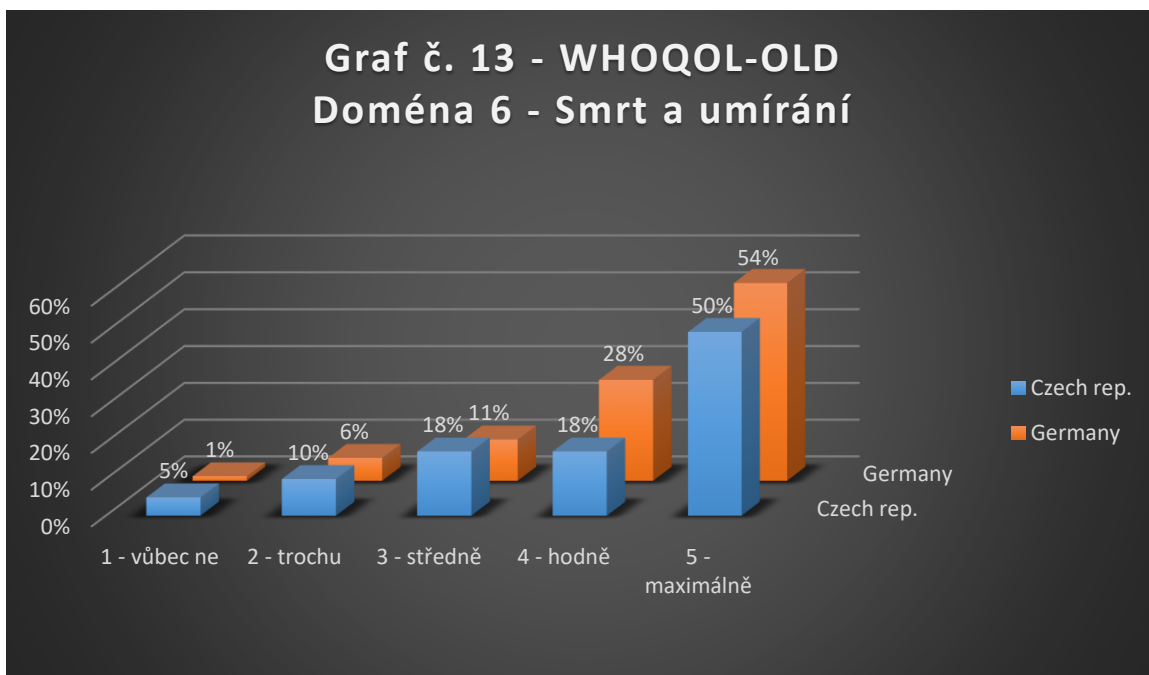


Zdroj: Vlastní výzkum

Doména č. 6 – Smrt a umírání

Doména smrt a umírání je tvořena otázkami F29.2, F29.3, F29.4 a F29.5 přičemž z nasbíraných hodnot byl vytvořen aritmetický průměr, následně vynásobený číslem 4, tak aby hodnota byla porovnatelná s originální verzí dotazníku WHOQOL-100, dle manuálu.

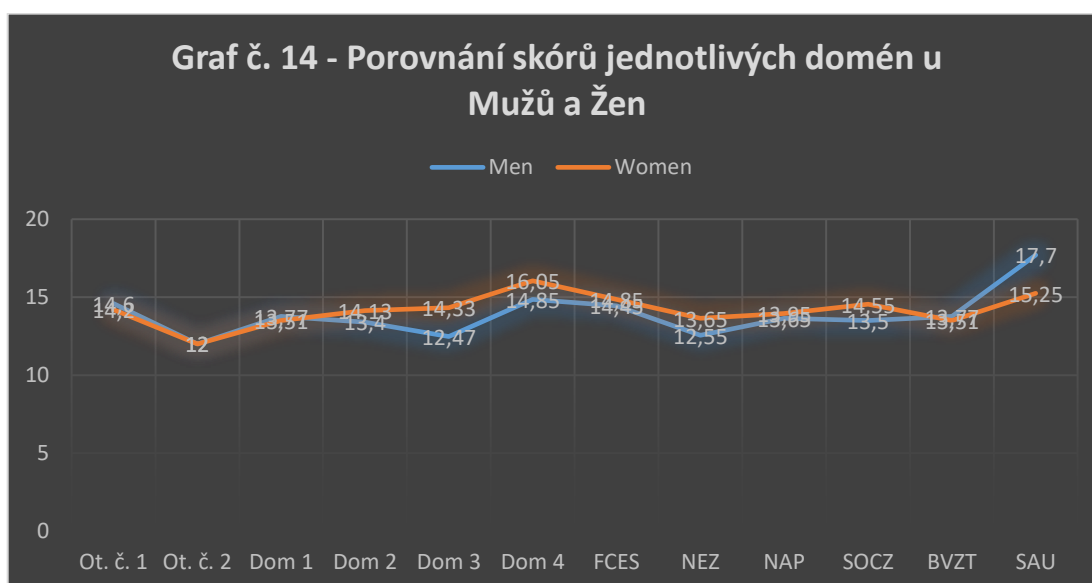
- **Češi** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 4x (5%), odpověď 2 – špatná byla označena 8x (10%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 14x (18%), odpověď 4 – dobrá byla označena 14x (18%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 40x (50%). Průměrná hodnota odpovědí za doménu je **15,90**.
- **Němci** – odpověď 1 – velmi špatná byla označena 1x (1%), odpověď 2 – špatná byla označena 5x (6%), odpověď 3 – ani špatná ani dobrá byla označena 9x (11%), odpověď 4 – dobrá byla označena 22x (28%) a odpověď 5 – velmi dobrá byla označena 43x (54%). Průměrná hodnota za doménu je **17,05**.



Zdroj: Vlastní výzkum

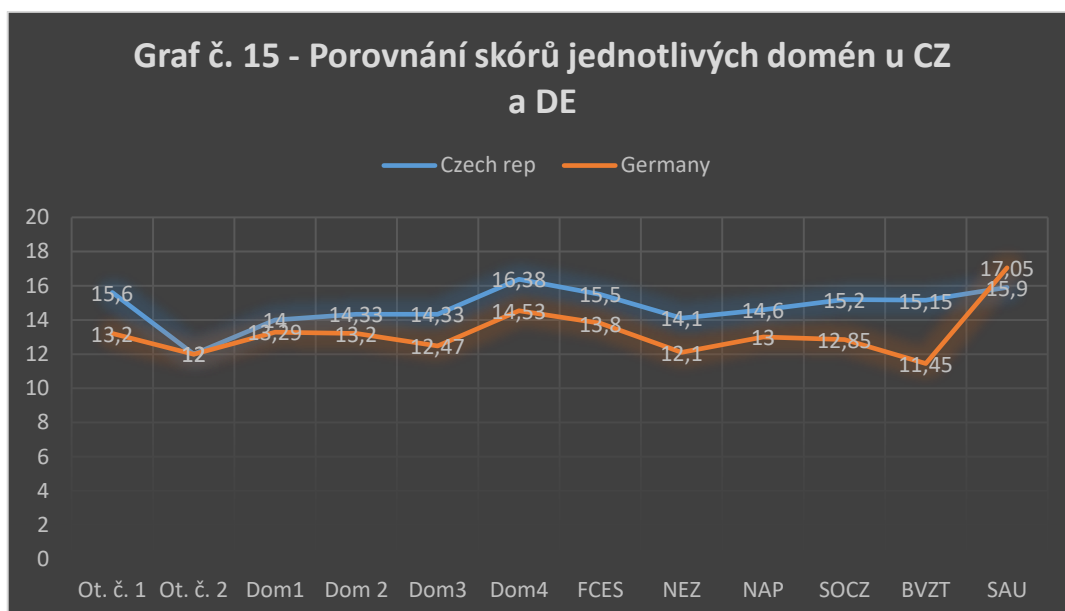
Vyhodnocení domén WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD

Při porovnání průměrů jednotlivých domén mužů seniorů a žen seniorek můžeme v grafu č. 14 vidět větší rozdíly v doménách Dom3 – sociální vztahy, Dom 4 – prostředí, kdy ženy dosahují vyšších hodnot a v doméně SAU – postoj ke smrti, kdy dosahují vyšších hodnot muži.



Zdroj: Vlastní výzkum

Při porovnání hodnot jednotlivých domén u skupin česků a Němců, můžeme v grafu č. 15 vidět, že v průměru vykazují čeští senioři vyšší hodnoty oproti německým seniorům. Tedy čeští senioři hodnotí subjektivně kvalitu života v domovech pro seniory lépe než Němci.



Zdroj: Vlastní výzkum

10. Diskuze

Výsledky byly hodnoceny z dotazníků nasbíraných od 40 seniorů, z toho bylo 20 seniorů z čech a 20 z německa. Dále se skupiny dělili na muže a ženy po 10. Nejprve byli vyhodnoceny samostatné položky z dotazníku WHOQOL – BREF.

Otázka č. 1 „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?“ hodnotí kvalitu života jako celek. Nejčastěji označovaná odpověď byla 3 – ani špatná ani dobrá u němců odpovědělo takto 50% dotazovaných a u českých seniorů 40% dotazovaných. Vyšší průměrný skóre vykazovali češi 15,6 oproti němcům 13,2.

Otázka č. 2 „Jak jste spokojen/a se svým zdravím?“. U této otázky byla opět nejčastěji označovaná odpověď 3 ani špatná ani dobrá u němců takhle odpovědělo 35% dotazovaných a u česků 40%. Průměrné hodnoty za obě skupiny vyšly shodně s číslem 12.

Doména č. 1 s názvem fyzické zdraví se týká bolesti a nepříjemných pocitů, závislosti na lékařské pomoci, energie a únava, pohyblivosti, spánku, každodenní činnosti a pracovní výkonnosti. Nejčastěji označovanou odpovědí byla 4 – dobrá u němců takto odpovědělo 31% dotazovaných a u česků 42% dotazovaných. Průměrné hodnoty za celou doménu jsou u česků 14,33 a u němců 13,20.

Doména č. 2 s názvem prožívání se týká potěšení ze života, smyslu života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenosti se sebou a negativních pocitů. U této domény byla nejčastěji označená odpověď 3 – ani špatná ani dobrá u němců 30% dotazovaných a u česků 36% dotazovaných. Průměrné hodnoty za celou doménu byli u česků 14,33 a u němců 12,47.

Doména č. 3 s názvem sociální vztahy obsahuje otázky týkajících se osobních vztahů, sexuálního života a podpory přátel. Nejčastěji označovaná odpověď byla 4 – dobrá. Průměrné hodnoty za celou doménu, byli u němců 14,33 a u česků 12,47.

Poslední doménou dotazníku BREF je doména s názvem Prostředí. Ta obsahuje otázky týkajících se osobního bezpečí, životního prostředí, finanční situace, přístup k informacím, zálib, prostředí v okolí bydliště, dostupnosti zdravotní péče a dopravy. Zde byla nejčastěji označovaná odpověď 4 – dobrá. Průměrné hodnoty za celou doménu byli u česků 16,38 a u němců 14,53.

Doména 1 dotazníku WHOQOL-OLD s názvem fungování smyslů obsahuje otázky, které se zabývají vlivem na každodenní život, vlivem na činnost, na komunikaci a celkové hodnocení smyslů. U této domény dosahovaly odpovědi u Němců spíše středních hodnot, 39% dotazovaných označilo fungování smyslů otázkou 3 – středně, zatímco čeští senioři označovali nejčastěji odpověď 4 – hodně 35% a maximálně také 35%. Průměrné hodnoty za celou doménu byli u českých seniorů 15,50 a u německých 13,80.

Doména 2 s názvem Nezávislost obsahuje otázky týkající se svobodného rozhodování, rozhodování o budoucnosti, ostatní respektují svobodu rozhodování a věnovat se tomu co mě těší. Zde se nejčastěji označená odpověď liší, u Němců to byla 3 – středně 28% dotazovaných a u Čechů byla nejčastěji označená odpověď 4 – hodně 38%. Průměrné hodnoty za celou doménu byli u Čechů 14,10 a Němců 12,10.

Doména 3 nazvaná Naplnění obsahuje otázky týkající se možnosti něčeho dosáhnout, zaslouženého uznání, na něco se těšit a spokojenosti s dosaženým. U této domény byla u Němců opět nejčastěji označovaná odpověď 3 – středně 34% a u Čechů 4 - hodně 49%. Průměrné hodnoty za doménu u Čechů 14,60 a Němců 13,00.

Doména 4 s názvem sociální zapojení obsahuje otázky týkající se dostatku činností, spokojenosti s trávením času, spokojenosti s aktivností a zapojení do místního dění. U této domény označovali jak Češi tak Němci nejčastěji otázku 4 – hodně. U Čechů takto odpovědělo 61% dotazovaných a u Němců 49% dotazovaných.

Doména 5 blízké vztahy a intimita obsahuje otázky týkající se přátelství, lásky, příležitosti někoho milovat a být milován. U této domény označilo 48% dotazovaných českých seniorů odpověď 4 – hodně a 28% německých seniorů odpověď 3 – středně. Průměrné hodnoty za doménu u Čechů byli 15,15 a u Němců 11,45.

Poslední doména 6 s názvem Smrt a umírání se týká strachu jak zemřít, strachu ze ztráty kontroly při umírání, strachu z procesu umírání a strachu z bolesti. U této domény byli u obou národnostních skupin nejčastěji označované odpovědi 5 – maximálně. U Čechů takto odpovědělo 50% dotazovaných a u Němců 54% dotazovaných. U této domény vykazovali Němci vyšších průměrných hodnot 17,05 oproti Čechům 15,90.

11. Závěry

Cílem výzkumu bylo zjistit a porovnat kvalitu života uživatelů v Domově pro seniory Hvízdač v Českých Budějovicích a Novita – Wohnstift Innblick v Neuhaus am Inn v Německu. Při zadávání práce jsem si stanovil Hypotézy, tyto hypotézy jsem stanovil na základě vlastních pracovních zkušeností z obou domovů a na základě dojmů z pozorování uživatelů obou domovů.

Hypotéza č. 1 – Předpokládám, že uživatelé z výzkumné skupiny domova NWI budou vykazovat vyšší hodnoty u otázky č. 1 dotazníku WHOQOL - BREF, než uživatelé výzkumné skupiny DPSH. Tato hypotéza se nepotvrdila, s nasbíraných dat vyšlo najevo, že pozitivněji hodnotí kvalitu života jako celku čeští senioři.

Hypotéza č. 2 – Předpokládám, že uživatelé z výzkumné skupiny domova NWI budou vykazovat vyšší hodnoty v doméně Prožívání, než uživatelé výzkumné skupiny DPSH. Tato hypotéza se nepotvrdila, z nasbíraných dat vykazují, v doméně Prožívání, vyšší hodnoty čeští senioři.

Hypotéza č. 3 – Předpokládám, že uživatelé z výzkumné skupiny domova NWI budou vykazovat vyšší hodnoty v doméně Nezávislost, než uživatelé výzkumné skupiny DPSH. Tato hypotéza se také nepotvrdila, v doméně Nezávislost vykazují vyšší hodnoty čeští senioři.

Hypotéza č. 4 – Předpokládám, že ženy z obou výzkumných skupin budou vykazovat vyšší hodnoty v doméně Sociálního zapojení, než muži z obou výzkumných skupin. U této hypotézy vykazují sice vyšší hodnoty ženy z obou národnostních skupin oproti mužům, ale rozdíl bohužel nebyl statisticky signifikantní. Tudíž hypotéza se částečně potvrdila.

Cíl práce považuji za splněný, ačkoliv se mé hypotézy nepotvrdily. Doufám, že výsledky výzkumu budou přínosem nejen pro domovy seniorů, kde se výzkum uskutečnil. Výsledky výzkumu by mohli sloužit i jako inspirace pro další výzkumy. Pro mě osobně měl

výzkum velký přínos. Prohloubil jsem své teoretické znalosti v oblasti kvality života seniorů, což mně posunulo i dále v mém pracovním životě. Samozřejmě jsem si zdokonalil i znalosti v oblasti výzkumu a naučil jsem se lépe ovládat statistický program IBM SPSS. Zajímavé by určitě bylo nahlédnout kvalitu života seniorů z jiného úhlu a to například porovnání kvality života seniorů, u kterých jsou aplikovány relaxační metody a seniorů účastnících se běžných volnočasových aktivit v domově seniorů.

Seznam literatury

1. Angermeyer, A. K. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF, Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
2. Conrad, I. M.-H. (2016). *WHOQOL-OLD und WHOQOL-BREF, Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität im Alter*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
3. Čevela, R. K. (2012). *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing.
4. Dragomirecká, E. B. (2009). *WHOQOL BREF. WHOQOL 100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum.
5. Dragomirecká, E. P. (2009). *WHOQOL OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum.
6. Dragomirecká, E. Š. (2004). *Kvalita života seniorů - mezinárodní výzkum. Kvalita života: sborník příspěvků z konference (str. 92)*. Třeboň: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
7. Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů - v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing.
8. Gruberová, B. (1998). *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
9. Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
10. Kalvach, Z. Z. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.
11. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
12. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.

13. Langmeier, J. K. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
14. Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.
15. Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
16. Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.
17. Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
18. Pichaud, C. T. (1998). *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál.
19. Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal.
20. Stuchlíková, I. (2007). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál.
21. Štěpánková, H. H. (2015). *Gerontologie Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum.
22. Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
23. Weber, P. (2000). *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDVPZ.

Seznam příloh

Přílohy:

Příloha č. 1 - Demografický vývoj v České republice

Příloha č. 2 - Demografický vývoj v Německu

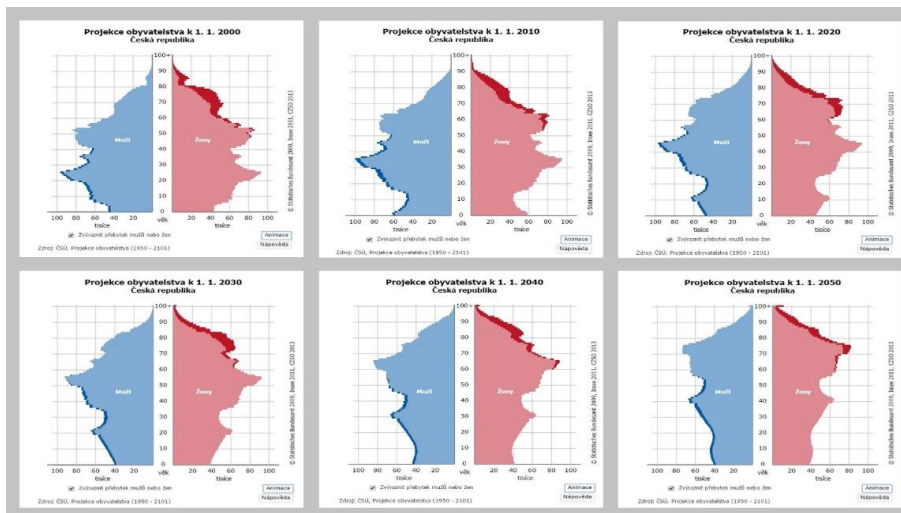
Příloha č. 3 - Dotazník WHOQOL-BREF česká verze

Příloha č. 4 - Dotazník WHOQOL-OLD česká verze

Příloha č. 5 - Zadání bakalářské práce

Příloha č. 1 - Demografický vývoj v České republice

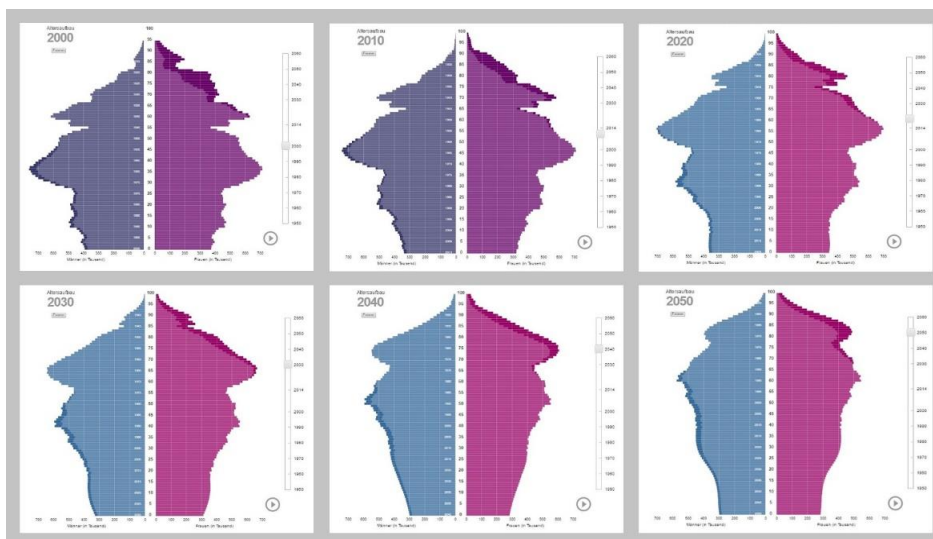
Podle statistik MPSV bylo v roce 2010 v populaci ČR 23,0% obyvatel starších 65 let a v roce 2020 by mělo toto číslo, podle prognózy, narůst na 27%. V roce 2050 bude podle prognózy 32,2% obyvatel starších 65 let.



Zdroj: https://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/

Příloha č. 2 - Demografický vývoj v Německu

Podle německého statistického úřadu Destatis bude vývoj značně podobný jako v České republice. V roce 2020 by mělo být podle prognózy 23% obyvatelstva starších 65 let a v roce 2050 tomu bude 32%.



Zdroj: <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>

Příloha č. 3 - Dotazník WHOQOL-BREF česká verze

Kvalita života

dotazník Světové zdravotnické organizace

WHOQOL-BREF (krátká verze)

Instrukce

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

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

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

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

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
--	----------	--------	---------	-------	-----------

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

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

OSOBNÍ ÚDAJE

Pohlaví: muž žena

Datum narození: _____

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 n/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen n/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	Ani špatně ani dobře	dobře	Velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

Pramen: Dragomirecká, Bartoňová, 2006

Příloha č. 4 - Dotazník WHOQOL-OLD česká verze

WHOQOL-OLD – česká verze

Instrukce

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

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

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

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

Obáváte se toho, co přinese budoucnost?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, do jaké míry jste si během posledních dvou týdnů dělal/a starosti s budoucností. Pokud jste se „hodně“ obával/a budoucnosti, zakroužkoval/a byste číslo 4; pokud jste se „vůbec“ neobával/a budoucnosti, zakroužkoval/a

byste číslo 1. Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Děkujeme Vám za spolupráci

OSOBNÍ ÚDAJE

Pohlaví: muž žena

Datum narození: _____

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

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

někde mezi „vůbec ne“ a „zcela“, zakroužkujete jedno z čísel, které leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

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

vůbec ne	málo	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5

Chcete k dotazníku něco dodat?

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI

Pramen: Dragomirecká, Prajsová, 2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: Andrej HREŠAN
Osobní číslo: P15362
Název tématu: Srovnání kvality života seniorů v domovech pro seniory

Zásady pro vypracování:

Práce se bude zabývat srovnáním kvality života seniorů ve dvou pobytových zařízeních pro seniory a to DPS Hvízdal, České Budějovice a Wohnstift Innblick, Neuhaus am Inn. Pro srovnání autor použije dotazníků WHOQOL – OLD a WHOQOL – BREF.

V teoretické části se autor nejprve zaměří na téma stáří, čím prochází senior při přechodu z domácího prostředí do zařízení pro seniory a adaptaci v zařízení. Dále autor přiblíží tematiku kvality života, osobní pohody - Wellbeing a faktory, které tuto kvalitu ve stáří a v zařízení zhoršují.

V empirické části se bude autor věnovat stručnému popisu obou zařízení a také popisu zmíněných dotazníků. Dále stanoví hypotézy na základě vlastních pracovních zkušeností z obou domovů a u výzkumných skupin zahájí dotazníkový sběr dat. Tato data následně analyzuje a interpretuje získané výsledky.

Seznam odborné literatury:

Dragomirecká, E., Bartoňová, J. (2009). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum.

Dragomirecká, E., Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD. Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada.

Gruss, P. (2009). *Perspektivy stárnutí - Z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada.

Řičan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2008). *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.