

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

**Kvalita života v seniorském věku u žen a mužů v Domově pro seniory,
Centru sociálních služeb v Českých Budějovicích**

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Hniličková

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, duben 2011

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

**The Quality of Life by Senior's Women and Men at the Seniors
House in Centre of Social Services České Budějovice**

Bachelor Thesis

Author: Kateřina Hniličková

Study Program: Specializace in pedagogy

Study Branch: Health Education

Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, April 2011

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení: Kateřina Hniličková

Název bakalářské práce:

Kvalita života v seniorském věku u žen a mužů v Domově pro seniory, Centru sociálních služeb v Českých Budějovicích.

Pracoviště:

Katedra výchovy ke zdraví, pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2011

Abstrakt:

Tato bakalářská práce je o kvalitě života v seniorském věku. Pojednává o Centru sociálních služeb Staroměstská (CSS), kde probíhal intervenční program. Ukazuje rozdělení sociálních služeb, které CSS poskytuje. Hlavní složkou, o kterou se práce zajímá, je seniorské období, ve kterém se odehrává spousta změn v životě člověka. Někteří senioři se v této části života snaží udržet ve skvělé kondici a k tomu jim pomáhají různé druhy cvičení, jako je například jóga, tai-chi a podobně. Cílem práce je zlepšit kvalitu života v seniorském věku u seniorů z CSS a seniorů docházejících do CSS na aktivizační činnosti. K tomu, abych zjistila, jakou kvalitu života senioři mají, použiji dva dotazníky. Jeden je dotazník kvality života od Světové zdravotnické organizace a druhý je dotazník sociálního zdraví seniorů, který mi poskytla Mgr. Petra Vojtová, Ph.D. Díky těmto dotazníkům jsem na závěr ověřila, jak aktivizační činnosti ovlivňují kvalitu života v seniorském věku.

Klíčová slova: domovy pro seniory, kvalita života, senioři, stáří.

Bibliographic Identification

Name and Surname: Kateřina Hniličková

Title of Bachelor Thesis:

The Quality of Life by Senior's Women and Men at the Seniors House in Centre of Social Services České Budějovice.

Department:

Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

The year of defense: 2011

Abstract:

This bachelor thesis deals about the quality of life at the seniors' age. It describes the Centre of Social Services "Staroměstská" (CSS), where an intervention program was conducted. It shows a division of social services that are provided by CSS. The thesis is interested in the seniors' period of human age, when a lot of life changes happen. Some seniors are trying to keep in a good shape in that part of their life and various kinds of exercises help them to do it; such as yoga, tai-chi and so on. The goal is to improve the quality of seniors' life for seniors from CSS and seniors attending CSS activation activities. I am using two questionnaires to determine what quality of life those seniors have. One questionnaire from the World Health Organization is focused on the quality of life and the second one, which I received from Mgr. Petra Vojtová, Ph.D., is focused on the social health of seniors. Thanks to these questionnaires I would like to finally verify which activation activities affect the quality of life at the seniors' age.

Keywords: Homes for Seniors, Quality of Life, Seniors, Old Age.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Kvalita života v seniorském věku u žen a mužů v Domově pro seniory, Centru sociálních služeb v Českých Budějovicích“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích,..... 2011

.....
Kateřina Hniličková

Poděkování

Děkuji především paní Mgr. Petře Vojtové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracování mé bakalářské práce.

OBSAH

1 ÚVOD.....	8
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	9
2.1. Centrum sociální služeb Staroměstská.....	9
2.2. Kvalita života.....	12
2.2.1. Definice kvality života.....	12
2.2.2. Nástroj pro zvyšování kvality sociálních služeb - Sebehodnocení.....	13
2.2.3. Způsob hodnocení kvality pomocí standardů.....	13
2.3. Seniorské období.....	14
2.3.1. Definice stáří.....	14
2.4. Výchova ke zdraví u seniorů.....	20
3 VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE	23
3.1. Cíl práce.....	23
3.2. Úkoly práce.....	23
3.3. Výzkumné předpoklady.....	23
4 METODIKA PRÁCE.....	24
4.1. Použité metody.....	24
4.2. Charakteristika cílové skupiny.....	25
4.3. Intervenční program.....	25
4.4. Popis průběhu výzkumu.....	26
5 VÝSLEDKY A DISKUZE.....	28
5.1. Vyhodnocení dotazníku Kvality života od WHO před a po intervenčním programu.....	28
5.2. Odpovědi na výzkumné předpoklady.....	46
6 ZÁVĚR	49
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	51
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	55
9 PŘÍLOHY.....	56

1 ÚVOD

Ke zvýšení kvality života ve stáří je nezbytné, umožnit se prosazovat ve společnosti jako jednotlivce, na základě svých schopností a potřeb, bez ohledu na svůj věk, pohlaví, zdravotní potíže či jiné charakteristiky. Seniori potřebují více možností pro aktivní a soběstačný život ve stáří.

V současnosti seniorů na našem území přibývá a my se pomalu, ale jistě blížíme do jejich věkové kategorie. Za pár let bude starších osob nad 65 let tvořit třetinu populace a my bychom se měli zajímat o to, jakou péči by měli mít do budoucna zajištěnou. Bylo by správné, abychom zajistili podmínky pro zdraví a aktivní život seniorů. Měli bychom se zamyslet nad tím, jaké chceme mít stáří pro sebe a pro své rodiče a začít s tím už teď.

V dnešní době se lidé nezajímají o to, jak seniori žijí. Bohužel ani jejich vlastní rodiny nevědí, co jejich tatínkovi, dědečkovi či pradědečkovi dělá dobře, co má rád a hlavně co ho drží při životě. Seniori jsou křehké bytosti, které by měli jejich rodiny chránit a dodávat jim sílu dál žít. Ale bohužel tomu tak není. Spousta seniorů žije v pečovatelských domovech nebo v domovech důchodců. Někteří tam jsou dobrovolně, ale jiným nic jiného nezbyvalo a jsou tam proti své vlastní vůli.

V domovech pro seniory už to není, jako to bývalo. Každý si myslel, že je to takzvaná poslední štace v životě. Co jsem za dobu psaní mé práce zjistila je, že seniori v domovech si nežijí tak špatně, jak si každý představuje. Dokonce bych si i troufla říci, že se tam mají velmi dobře. V Centru sociálních služeb Staroměstská, kam jsem docházela, je prostředí ještě trochu zastaralé, ale velikou rychlostí se pracuje na jeho vylepšení. S jídlem jsou seniori velice spokojeni. Mají možnost si vybrat z určitých druhů jídel, které jsou pro ně připravovány. Pokoje jsou také pěkně zařízeny. Ale nejlepší přínos, který velice podporuje vitalitu a kvalitu života seniorů jsou aktivizační činnosti, které jsou v domově velmi oblíbené. Položme si otázku: jaká je kvalita života seniorů v těchto zařazeních?

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Centrum sociálních služeb Staroměstská

Centrum sociálních služeb (viz obrázek č.1) – je příspěvková organizace Statutárního města České Budějovice schválená usnesením zastupitelstva města České Budějovice zákon č. 157/2001 dne 28. června 2001. Nachází se v klidné lokalitě města České Budějovice v blízkosti kostela Sv. Prokopa ve Staroměstské ulici. Jedná se o čtyřpodlažní budovu, která je tvořena jižním a severním traktem spojeným komunikačním jádrem a s vlastním stravovacím provozem. V roce 1990 byl zahájen provoz jako penzion pro důchodce. Od 1. 1. 2007 se toto zařízení stalo registrovaným poskytovatelem sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (www.staromestska.cz, on-line, 2010).

Centrum sociálních služeb poskytuje tyto služby:

- Domov pro seniory
- Odlehčovací služby
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Sociálně aktivizační služby pro seniory

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplaty (www.mpsv.cz, on-line, 2010).

Poskytuje pobyt původním obyvatelům domova a seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a mají trvalý pobyt

na území města Českých Budějovic. Pro toto zařízení je minimální věková hranice pro přijetí 65 let. Tento domov se snaží svým obyvatelům zabezpečit co největší psychickou, sociální a fyzickou pohodu a podporovat schopnost samostatného života. Kapacita domově pro seniory je 143 míst z toho 95 místností je určeno pro jednotlivce a 24 místností je určeno pro dvojice. V současné době probíhá rekonstrukce Centra sociálních služeb Staroměstská a proto je kapacita míst snížena cca o 15 míst. Tato rekonstrukce by měla být dokončena na podzim roku 2011. Cílem domova je poskytovat uživatelům péči podle jejich individuálních potřeb, udržovat samostatnost uživatelů, snažit se předcházet zdravotním komplikacím, poskytovat služby v co největší kvalitě a umožnit uživatelům zapojení do běžného života s využitím veřejných míst. Tyto služby nejsou určeny pro osoby, které vyžadují ústavní péči ve zdravotnickém zařízení, závislé na alkoholu či jiných omamných návykových látkách, s infekčním onemocněním, s duševní poruchou, vyžadující jiné druhy diet než racionální, diabetickou a jaterní (www.staromestska.cz, on-line, 2010).

Odlehčovací služba

Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám

se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu (www.mpsv.cz, on-line, 2010). Kapacita této služby jsou pouze dvě místa. Myslím si, že by bylo dobré kapacitu míst zvýšit, protože takových rodin, co potřebují pomoci, je mnoho.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje 1) a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let (www.mpsv.cz, on-line, 2010).

Pečovatelská služba (PS) je poskytována pouze v pracovní dny od 7 do 17 hodin. Pečovatelky dochází do domů i několikrát denně. Záleží na potřebách rodiny. O tuto službu je žadatelem sám občan. Podnět k zavedení PS může dát i sociální pracovníce nebo rodina. O zdravotním stavu musí obvodní lékař sepsat list s mírou soběstačnosti (KALVACH A KOL, 2004). Služba poskytuje terénní péči pro obyvatele DPS Nerudova a od 1. 9. 2009 také pro uživatele z okolí CSS Staroměstská. Pečovatelská služba je zajišťována pro ulice: Pražská (do č. 100), Budujova, Kubatova, Staroměstská, Hálkova, Neplachova, Puldicova (do čísla 100), Nerudova (do čísla 100), U Trojice, Čechova, Klostermannova, Zachariášova, Fr.Hrubína, Průběžná, Plzeňská (do čísla 100) a Neklanova. Tato služba zajišťuje co největší psychické, sociální a fyzické dohody a podporuje schopnost samostatného života senior (www.staromestska.cz, on-line, 2010).

Tísňová péče

Služba je poskytována prostřednictvím centrálního dispečinku a elektronického systému instalovaného v bytech uživatelů nepřetržitě 24 hodin denně. Služba poskytuje pomoc při krizových situacích, poradenství a terapeutickou činnost. Tato služba není určena lidem, kteří nejsou schopni ovládat tísňové tlačítko. Tísňová péče je určena seniorům a osobám se zdravotním postižením z města Českých Budějovic a okolních obcí (www.staromestska.cz, on-line, 2010).

Sociálně aktivizační služby pro seniory

Služba podporuje aktivní život seniorů jako prevenci sociálního vyloučení ve stáří. Umožňuje seniorům kontakt se společenským prostředím s pomocí zájmových, vzdělávacích a volnočasových aktivit. Do těchto služeb lze zařadit i péče o vlastní tělo jako je pedikúra a masáže (www.staromestska.cz, on-line, 2010).

2.2. Kvalita života

2.2.1. Definice kvality života

Tento pojem je velice široký a nejednoznačně definovaný. Zjednodušeně lze říci, že koncept kvality života má dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní souvisí s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností se životem. Objektivní znamená naplnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života a fyzického zdraví (PAYNE, 2006).

Veenhovenová (2000) tvrdí, že zásadním přínosem pro tuto problematiku byla teorie „čtyř kvalit života“. Za čtyři kvality považovala životní šance neboli předpoklady, životní výsledky, vnější kvality neboli charakteristiky prostředí včetně společnosti a vnitřní kvality neboli charakteristiky individua. Díky tomuto rozvržení kvality života se dá kategorizovat koncepty dobrého života. Do první kategorie patří ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky. Do druhé kategorie patří fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života, je předmětem zájmu lékařství, psychologie a pedagogiky. Třetí kategorie se zabývá vnější užitečností člověka pro jeho blízké a okolí, pro společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje a je tradičně předmětem zájmu filozofie. Poslední kategorie představuje to pojetí kvality života, které ve vědách o člověku zažívá v současné době značný rozmach. Patří sem

hodnocení převažující nálady a celkové spokojenosti se životem, tedy dotazníky kvality života (DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006).

2.2.2. Nástroj pro zvyšování kvality sociálních služeb – sebehodnocení

Sebehodnocení, je dobrým nástrojem pro neustále zlepšování kvality, ale je to také dobrý důkaz, že organizace o zvyšování kvality usiluje. Díky tomuto hodnocení lze povzbuzovat organizace, aby hodnotily samy sebe a získali tak názor na své silné stránky a na oblasti zlepšování. K tomu se používá dotazník podle kritérií Modelu excelence (EFQM). Tento model využívá mnoho evropských zemí. Dotazníky si mohou organizace vytvářet sami podle vnitřních standardů služeb nebo mohou používat dotazníky vytvořené někým zvenčí podle obecně stanovených požadavků (SÝKOROVÁ A KOL., 2004).

Formy poskytované pomoci musí splňovat tyto charakteristiky. Dostupnost, efektivitu, kvalitu, bezpečnost a hospodárnost. Měřítka kvality sociálních služeb jsou zásady ochrany lidských práv uživatele (poskytovatel musí zajistit dodržování lidských práv uživatele služby), zásady odbornosti (musí být stanovena struktura a počet pracovníků, jejichž vzdělání odpovídá potřebám cílové skupiny), zásady individualizace služeb (jsou stanoveny prostředky a cíle k naplnění jejich potřeb), zásady provozního zabezpečení (prostředí služeb je důstojné a zajišťuje přirozený způsob života). Uvedené zásady a jejich formy vycházejí z úmyslu zákonodárce a představují „interpretační a hodnotící kritérium“ skutečné současné a budoucí podoby (MICHALÍK A KOL., 2008).

2.2.3. Způsob hodnocení kvality pomocí standardů

Nejvýznamnějším ukazatelem při hodnocení služeb je to, jak se služba promítá do života lidí, kteří je využívají. Uživatel s pracovníkem zařízení musí definovat určitý cíl, ke kterému by měli směřovat. Ve standardech se tento cíl nazývá „osobní cíl“ do kterého spadá například možnost chodit do práce, zůstat ve vlastním domácím prostředí, mít kde přespát a najít si vlastní bydlení podobně. Spokojenost uživatelů

a naplnění jejich „osobního cíle“ je posuzováno na základě dvou základních prvků. Prvním prvkem je spokojenost s výsledkem služby a druhým prvkem je spokojenost s procesem jejího poskytování. Kritéria se proto zaměřují na výsledek (naplnění cílů služeb, potřeb uživatelů), tak na proces (plánování průběhu služeb, jednání se zájemcem o službu, dodržování práv, způsob vyřizování stížností), (JOHNOVÁ, 2003).

2.3. Seniorské období

2.3.1. Definice stáří

Stáří je označováno tzv. poslední fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o proces stárnutí, involučních změn funkčních i morfologických, vedoucí k typickému obrazu označovaným jako stařecký fenotyp. Je to univerzální proces postihující živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za skutečný projev se považuje pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Morfologicky jde o fyziologickou přiměřenou atrofii. Primární biologické změny se v projevech a důsledcích několikanásobně kombinují s mechanismy respiračními, regulačními, adaptačními, obrannými, s vlivy prostředí, životního způsobu a s patologickými ději (MŮHLPACHR, 2004). Ze společenského hlediska je člověk starý tehdy, když je za takového považován svou rodinou. Vývojem společnosti došlo ke značnému posunu této hranice. V roce 1800 byl za starého považován člověk čtyřicetiletý a roku 1890 se za starého považoval padesátiletý (www.prosestry.cz, on-line, 2010).

Biologické stáří

Je to takzvané označení konkrétní míry involučních změn jako je atrofie, změny regulačních a adaptačních mechanismů a pokles funkčních zdatností (MŮHLPACHR, 2004). Jsou to změny, probíhající na fyziologické úrovni. Postihují tělesné tkáně a orgány, ale neprobíhají u každého stejně. Záleží na životním stylu každého jedince (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008).

Fyziologické změny ve stáří

Každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, ale přesto se najde spousta změn, které se projevují ve vyšším věku. Změny se odehrávají v tělesné, psychické i sociální rovině (VENGLÁŘOVÁ, 2007). Biologické změny neprobíhají u každého jedince stejně. Záleží především na životním stylu a na genetických dispozicích. Změny postihují především tělesné tkáně a orgány (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008).

Pohybový systém

Změny pohybového systému jsou viditelné především na výšce těla, který se výrazně snižuje. Za to může oploštění meziobratlových plotének a úbytek kostní hmoty. Chrupavky tuhnou, vazivo se stává méně pružné. Pohyby jsou pomalejší. Je zde velké riziko úrazu, protože kosti řidnou a stávají se křehčími (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008). Pohybový systém může být postižen osteoporózou: „Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, WHO) je osteoporóza definována jako systémové kostní onemocnění charakterizované nízkou kostní hmotou a poruchou mikroarchitektoniky kostní tkáně vedoucí ke zvýšení kostní lomivosti a tím rizika kostní zlomeniny“ (KALVACHA KOLEKTIV, 2004, s. 627).

Kardiopulmonální systém

Zde se snižuje funkce plic a klesá vitální kapacita plic. V srdci dochází ke sníženému přečerpávání krve, a tím se snižuje průtok krve. Dále se snižuje elasticita tkání. U starých lidí často dochází k plicnímu emfyzému. Diastolický tlak bývá u těchto lidí obvykle normální, zato systolický tlak je o poznání vyšší, což způsobuje stařeckou hypertenzi (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008). Kardiopulmonální systém u seniorů je nejčastěji postihován hypertenzí. „Podle kritérií Světové zdravotnické organizace označujeme za arteriální hypertenzi opakované zvýšení systolického TK ≥ 140 mm Hg nebo ≥ 90 mm Hg diastolického TK, prokazované ve dvou ze tří měření pořízených minimálně při dvou návštěvách lékaře“ (SOVOVÁ, 2008, s. 18).

Trávicí systém

Dochází k úbytku trávicích šťáv a díky tomu se potrava rozkládá a vstřebává pomaleji. V tlustém střevu se snižuje svalová síla a to způsobuje chronické zácpy, díky kterým staří lidé pocítují bolesti v bederní oblasti páteře (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008). Seniors nejčastěji postihují problémy s vylučováním stolice. Většinou jde buď o průjem nebo zácpu. „*Průjem je častý (více než třikrát za den) vyprazdňování řídké stolice (více než 250 g stolice za den*“ (LUKÁŠ, ŽÁK, 2009, s. 335). Průjem dělíme na akutní a chronický. Akutní trvá méně než 4 týdny. Chronický obvykle trvá déle než 4 týdny. Dále se může dělit na infekční a neinfekční. To záleží na příčině vzniku (LUKÁŠ, ŽÁK, 2009). „*Zácpa je méně časté nebo obtížné vyprázdnění střeva a představuje výraznou odchylku od normálního vyprázdnění stolice*“ (O'CONNOR, 2003, s. 129). Zácpu můžeme dělit na primární a sekundární. Primární zácpa je ovlivněna životním stylem. Může postihovat spíše jedno pohlaví než druhé, velice záleží i na potravinách které senioři konzumují. Sekundární zácpa se vyskytuje v souvislosti s onemocněním, které seniora momentálně postihuje nebo na tuto zácpu má velký vliv konzumace léků (O'CONNER, 2003).

Vylučovací systém a pohlavní orgány

Ledviny pomalu ztrácejí svou schopnost. Močová trubice ztrácí svou elasticitu a tím klesá síla svalových svěračů a dochází k inkontinenci moče. U mužů dochází ke snížení potence a u žen vymizí menstruace a vzniká přechod. „*Močová inkontinence je mimovolný únik moče z měchýře. Stresová inkontinence je únik moče objevující se během kašle nebo jakéhokoliv jiného zvýšení břišního tlaku. Urgentní inkontinence je neschopnost udržet moč spojená s častou nebo stálou potřebou na močení. Paradoxní (overflow) inkontinence se objevuje, pokud je m.destrusor ochabí a často nereaguje na zvětšení močového měchýře. Slabost svěrače nakonec vede k přetékání moči do uretry*“ (RAFTERY, LIM, 2006, s. 191). „*Pojem impotence označujeme u dospělého muže selhání erekce dostatečné k provedení pohlavního styku*“ (RAFTERY, LIM, 2006, str. 187). „*Klimakterium (přechod) je období přechodu mezi reprodukčním obdobím a seniem, ve kterém postupně zaniká funkce vaječníků*“ (KALVACH A KOLEKTIV, 2004, s. 677). Poslední menstruace neboli menopauza se dá rozdělit na premenopauza,

perimenopauza a postmenopauzu. U seniorů většinou hovoříme až o postmenopauze, která končí okolo 65. roku života a přechází v senium (stáří). U postmenopauzi dochází k nízké tvorbě estrogenů ve vaječníku (KALVACH A KOLEKTIV, 2004).

Kožní systém

Dochází ke snížení kožního turgoru, začínají se tvořit vrásky, vlasy šedivý a řidnou, zvyšuje se pigmentace a kožní barvivo se ukládá do okrsků kůže a tím vznikají stařecké skvrny (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008). Stárnutí kůže můžeme rozdělit

na přirozené stárnutí kůže a aktinické stárnutí kůže. Přirozené stárnutí provází normální involuční změny a aktinické změny jsou způsobeny povětrnostními vlivy jako je třeba sluneční záření (KALVACH A KOLEKTIV, 2004).

Nervový systém

Poruchy chůze a rovnováhy způsobují změny hlubokého cití. Zpomalují se regulační mechanismy a díky tomu se snižuje odolnost k zátěži. U seniorů se velmi často objevují poruchy spánku. Obvykle ve dne spí a v noci se budí. Toto lze vyřešit tím, že se po obědě alespoň na 1 – 2 hodiny prospí, ale většina seniorů nechce ztrácet čas (KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ, 2008).

Smyslové orgány

U seniorů po 60. roce života se výrazně snižuje zraková ostrost a poruchy sluchu. Vše má za následek omezení v běžných životních situacích, jako je obtížná komunikace, nemožnost poslechu hudby, nemožnost si přečíst knihu nebo noviny. To vše souvisí i se zhoršenými náladami, které senioři mívají velice často. Dále díky těmto faktorům hrozí zvýšené riziko pádů. Velkou pomocí pro seniory jsou v tomto případě dioptrické brýle a naslouchadla, která jim umožní kvalitnější život (LANGMAIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006). Nejčastější poruchy vidění se dělí na:

- Krátkozrakost (myopie) - Neostře vidění do dálky. Člověk trpící myopií obvykle mhouří oči, aby přečetl vzdálený nápis. Krátkozrakost se většinou projeví již v dětství a v dospělosti se zrak může zhoršit až o 5 dioptrií.

- Dalekozrakost (hypermetropie) - Je to opak myopie. Neostré vidění nablízko.
- Astigmatismus - Rohovka je nepravidelně zakřivená. Pacient obvykle vidí předměty zdeformované, roztažené do dálky nebo do šířky (OREL, FACOVÁ, 2010).

Na všechny výše uvedené vady jsou přizpůsobené dioptrické brýle nebo kontaktní čočky. Je zde možná i chirurgická léčba pomocí laseru.

Kalendářní (chronologické) stáří

Určuje se podle dosažení určitého věku. Výhodou tohoto vymezení stáří je jednoznačnost a jednoduchost. V 60. letech se kalendářní věk určoval podle patnáctileté periodizace lidského života a jako hranici stáří byl označován věk 60 let. Později se tato hranice posunula na 65 let. Tento věk se určil podle hospodářsky vyspělých států, kde narůstal počet seniorů, snížil se počet kardiovaskulárních onemocnění a fyzický stav seniorů byl mnohem lepší (MUHLPACHR, 2004).

Sociální stáří

Toto období je považováno za kombinaci několika sociálních změn. Mění se zde role i ekonomické zajištění. Stáří je proto chápáno jako sociální událost. Se sociálním stářím lze hovořit o sociální periodizaci života, která člení lidský život do tří, eventuálně čtyř velkých období. První věk je takzvaný předproduktivní. Označujeme ho jako období dětství a mládí, charakterizovaný růstem, vývojem, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí. Druhý věk je produktivní. Považujeme ho za období dospělosti, biologické produktivity s čímž souvisí založení rodiny. V tomto období jsme především na nejlepší pracovní i sociální úrovni. Třetí věk je postproduktivní. Jde o pokles zdatnosti a odpočinku. Tyto lidé se stávají pro společnost neatraktivními a nepotřebnými. Čtvrtý věk se považuje za fázi závislosti. Toto označení je velice nevhodné, protože vzniká dojem toho, že v tomto věku jsou lidé nesamostatní, ale přitom se preferuje zdraví stáří až do nejpokročilejšího věku samostatnosti (MÜHLPACHR, 2005). Z důvodu nízké porodnosti a úmrtnosti žije na našem území čím dál více seniorů. Za posledních 25 let vzrostl počet osob 65 let a výše z 13,5 %

na 18 %. Z tohoto důvodu považujeme prodlužování života za nepochybný úspěch, ale čím dál vyšší přebývání seniorů přenáší značné problémy. Jak pro jednotlivce, tak pro společnost (ČERVENKA, on-line, 2010).

Výhody ve stáří

Stáří nemusí být provázeno jen samými negativy. Toto období má i své kladné stránky. Staří lidé mají hlavně svobodu, kterou za celý život neměli. Mohou si dělat, co chtějí. Chodí spát, kdy se jim zachce, jedí a čtou v posteli, mohou se oblékat jak je jim to příjemné a nemusí se ohlížet na poslední výkřiky mody. Mají spoustu času na své koníčky. Nemusí se před nikým přetvařovat a každému ustupovat, mají nárok kdykoliv říct svůj názor bez jakýchkoliv obav (RŮŽIČKOVÁ, 2010, on-line).

Vědy zabývající se stářím

- **Gerontologie** – „*Nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří Gerontologie experimentální se zabývá otázkami, proč a jak živé organismy stárnou. Gerontologie sociální se zabývá vzájemným vztahem starého člověka a společnost, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak populační stárnutí ovlivňuje společnost a její rozvoj. Gerontologie klinická se zabývá zdravotním a funkčním stavem starých lidí*“ (KALVACH A KOLEKTIV, 2004, s. 48).
- **Geriatrie** – „*Lékařský obor, zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou chorob u starých lidí*“ (KRAMÁŘOVÁ, 2000).
- **Gerontopsychiatrie** – „*Podobor psychiatrie zabývající se psychikou a duševními onemocněními starých osob*“ (VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, 2010, on-line).
- **Gerontopsychologie** – „*Je specializace klinické psychologie zabývající se problematikou stáří a stárnutí z hlediska individuálních zvláštností. Na rozdíl od gerontologie zabývající se somatickými a psychickými aspekty stáří a stárnutí v rámci sociální gerontologie (sociologické, ekonomické, demografické a sociálně psychologické problémy) či geriatrie (problematika chorob stáří) řeší*

gerontopsychologie především otázky související s osobnostními charakteristikami (dispozicemi) jedince. Tím se odlišuje i od specializované pedagogické disciplíny gerontopedagogiky“ (www.cojeco.cz, on-line, 2010).

- **Gerontopedagogika** - „Pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů. Jedná se o vzdělávání ve stáří a ke stáří (MÚHLPACHR, 2004, s.11).

2.4. Výchova ke zdraví u seniorů

„Výchova ke zdraví si klade za cíl podnítit jednotlivce bez ohledu na věk k péči o své zdraví“ (ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010, s. 9). Výchova ke zdraví zahrnuje spoustu činností, které přivádějí jedince k myšlence začít pečovat o své zdraví. Měli by vědět, jak své zdraví chránit, upevňovat a rozvíjet. Obor výchova ke zdraví zahrnuje spousta vědních oborů, které přispívají ke zlepšení kvality života, jako je například lékařství, pedagogika a psychologie (ČELEDVÁ, ČEVELA, 2010). Při cvičení se seniory je vhodné použít východoasijské cvičení jako je například tai-chi, čchi-kung, jógová cvičení, muzikoterapii, trénování paměti a podobně.

Jóga

„Systém jóga v denním životě je ucelený systém fyzických, dechových, relaxačních a meditačních technik. Zahrnuje rovněž další speciální techniky, např. bandhy a mudry. Jóga v denním životě je vhodná pro člověka každého věku a úrovně fyzických možností. Vychází z klasické cesty jógy. Jejím cílem je pomoci člověku získat a zlepšit tělesné, duševní, sociální a duchovní zdraví a dosáhnout harmonie. Jóga je věda o těle, mysli, vědomí a duši“ (MAHÉŠVARÁNANDA, 2010, ON-LINE). Při cvičení jógy v denním životě jsou důležité ásany a pránájámy. Ásana je tělesná pozice. Tyto pozice výrazně zlepšují pružnost páteře, zklidňují a posilují nervy, zlepšují pohyblivost kloubů, posilují imunitní systém a podobně. „Pránájáma je vědomé a volní usměrňování dechu“ (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006 s.18). Je to kosmická energie. Nachází se i v potravě a proto je velice důležité aby senioři přijímaly plnohodnotnou stravu. Pránájáma zlepšuje tělesné zdraví, zvyšuje příjem

kyslíku, odstraňuje stres a depresi a prohlubuje meditaci (MAHÉŠVARÁNANDA, 2006).

Tai-Chi

Je bojový systém, který pochází z Číny. Tento systém musí být dlouho studován a cvičen, aby bylo možné zvládnout dva hlavní styly meditace a to nehybnou (vsedě) a pohybovou. Techniky vychází z pomalých pohybů, které byly vytvořeny jako materiální umění, ale nyní ho lidé praktikují jako cvičení k udržení dobrého zdraví (BRYANT, JAMES, 2003). Dříve tai-chi otevíralo cestu k vnitřnímu míru a sjednocovali mysl, tělo a ducha. V dnešní době nám toto sjednocení připadá samozřejmé. Vědecký výzkum potvrdil, že tai-chi snižuje hladinu stresu a zlepšuje tělesnou rovnováhu a pružnost těla. K tomuto cvičení postačí deset minut denně, a proto ho lékaři doporučují jako relaxační techniku (DAVIES, 2006).

Čchi-Kung

Čchi znamená plyn, vzduch nebo kyslík. Je možné ho přeložit jako dýchání. Považujeme ho za životní energii, které probíhá v akupunkturních drahách. Při nesprávném zásobení vznikají různé poruchy či onemocnění. Kung je kultura, vzdělání nebo cvičení. Dohromady to znamená cvičení rozvíjející životní sílu. Je to součást čínské medicíny. V dnešní době existuje více než 1500 druhů cvičení, které představují prevenci proti nemoci, ale je zde i mnoho cviků, které dokáží nemoci i léčit (RŮŽIČKA, SOSÍK, 2002).

Muzikoterapie

„Muzikoterapie je medicínsko-psychologický postup zapojující do léčby hudbu. Cílem je udržení a posílení duševního, tělesného a duchovního zdraví. Využívají se harmonické či disharmonické tony nebo zvukové efekty různých nástrojů“ (SCHULER, OSTER, 2010, s. 199). Muzikoterapii dělíme na podpůrnou a funkční. Podpůrná muzikoterapie se snaží navrátit klientovy chuť do života. Funkční

muzikoterapie se snaží pomoci klientovi s tělesnými či duševními poruchami (SCHULER, OSTER, 2010).

Trénování paměti

„Paměť je schopnost mozku přijímat informace z okolí, ukládat je a v případě potřeby si je opět vybavit“ (TIENFENBACHER, 2006, s. 24). Paměť se dá trénovat různými způsoby. Dá se použít například velice známá hra, kdy se položí na stůl několik předmětů a senioři mají 20 sekund, aby si předměty prohlédli. Po této době se předměty zakryjí a senior se snaží vyjmenovat všechny předměty, které viděl na stole. Pokud jsou senioři šikovní, tak se předměty mohou přidávat a senior se snaží přijít na to, jaký předmět je na stole navíc.

3 Výzkumná část práce

3.1. Cíl práce

Cílem práce je zjistit kvalitu života seniorů v Domově pro seniory, Centru sociálních služeb v Českých Budějovicích. Aplikovat intervenční program, který zahrnuje trénování paměti, ranní rozcvičky a podobně na seniorech a nakonec vyhodnotit dotazníky podané seniorům před zahájením programu a po skončení programu.

3.2. Úkoly práce

Při práci jsem si stanovila tyto úkoly:

- Analyzovat českou a zahraniční odbornou literaturu, uvést knižní zdroje, včetně ověřených internetových zdrojů.
- Sepsat obsah bakalářské práce s pomocí vedoucí práce.
- Stanovit cíle, metody a výzkumné předpoklady práce.
- Vymezit sledované soubory seniorů.
- Provést výzkumné šetření a intervenční program.
- Uvést výsledky šetření a diskusi.
- Popsat závěry z výzkumné činnosti.

3.3. Výzkumné předpoklady

H1 Předpokládám, že kvalita života seniorů bude stejná před a po skončení intervenčního programu.

H2 Předpokládám, že kvalita spánku u seniorů bude po skončení intervenčního programu lepší než před začátkem.

H3 Předpokládám, že senioři budou po skončení intervenčního programu spokojenější se svým zdravím než před začátkem.

4 Metodika práce

4.1. Použité metody

Při výzkumu byly použity tyto metody:

Primární sběr dat:

- Dotazník Kvality života Světové zdravotnické organizace – zkrácená verze WHOQOL-BREF s 26 položkami – viz příloha č. 1

Dotazník Kvality života WHOQOL-BREF

Nejobvyklejší a nejznámější metodou ke zjišťování kvality života jsou dotazníky

nebo strukturovaný rozhovor. V současnosti existují dotazníky, které se dají použít jak pro nemocné osoby, tak i pro zdravé lidi. Výhodou je, že se dají aplikovat pro jakékoliv sociální šetření a nevýhodou je, že nemusí být přesně definované a nevystihují veškeré pocity zkoumané populace. Výsledky proto mohou být zkreslené (DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006).

Na počátku 90. let zahájila svou činnost mezinárodní pracovní skupina WHOQOL (Kvalita života světové zdravotnické organizace) a vytvořila dotazník pro měření kvality života, který má 100 položek a je označen zkratkou WHOQOL-100 (World Health Organisation Quality of Life Assessment). Tento dotazník je členěn do 24 oblastí. Nakonec se skupina rozhodla pro zkrácení tohoto dotazníku s 26 položkami, který byl nazván WHOQOL-BREF. U této verze dotazníku se vycházelo pouze ze 4 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí). V současné době je dotazník k dispozici v padesáti jazycích. K modelu dotazníku WHOQOL-BREF doporučují autoři české verze použít ještě dotazník WHOQOL-OLD. Tento dotazník je určen pro osoby věku nad 65 let (ONDRUŠOVÁ, 2009, on-line). Po analýze otázek z dotazníku WHOQOL-OLD jsem se rozhodla tento dotazník nepřikládat. Myslím si, že tyto otázky nejsou vhodné pro seniory, s kterými jsem výzkum prováděla.

Sekundární sběr dat:

Teoretická část analyzuje českou a zahraniční odbornou literaturu, knižní zdroje, včetně ověřených internetových zdrojů.

4.2. Charakteristika cílové skupiny

Tabulka č. 1 - Charakteristika cílové skupiny.

	Muži	Ženy
Skupina A	4	5
Skupina B	4	7

Zdroj: vlastní

Skupina A - senioři z oddělení celodenní péče v domově pro seniory Centru sociálních služeb v Českých Budějovicích. Tito senioři mají sníženou pohyblivost – tím myslím, že senioři nebyli schopni přijít na cvičení sami bez pomoci druhých a nemohli vykonávat činnosti, u kterých by museli jen na okamžik stát. Někteří již nechodí, ale snaží se každý den provádět nějakou aktivitu, díky které se jejich mobilita zlepšuje, nebo alespoň udržuje na stejné úrovni.

Skupina B - senioři, kteří dochází do Centra sociálních služeb v Českých Budějovicích z domova. Tito senioři nechtějí jen doma posedávat a chtějí se seznámit s různými lidmi v jejich věku. Většina těchto seniorů jsou manželské páry, viz tabulka č. 1.

4.3. Intervenční program

Intervenční program trval 3 měsíce. Do Domova pro seniory Centra sociálních služeb v Českých Budějovicích jsem docházel alespoň 1x týdně. Za tuto dobu jsem se seniory prováděla trénování paměti, muzikoterapii, šikovné ruce a cvičení v jednotlivých skupinách. Toto jsou jen ukázky cvičení, které jsem se seniory prováděla.

Trénování paměti se dá trénovat různými způsoby. Zkoušeli jsme velice známou hru, kdy se položí na stůl několik předmětu a senioři mají 20 sekund, aby si předměty prohlédli, a po této době se předměty zakryjí a senior se snaží vyjmenovat všechny předměty, které byly na stole. Pokud jsou senioři šikovní, je možné předměty přidávat a senior se snaží přijít na to, jaký předmět je na stole navíc. Na hodině muzikoterapie jsem seniorům pouštěla různé druhy hudby a oni měli za úkol na každou skladbu nakreslit, co si při poslechu představují, nebo jak na ně určitá hudba působí. Když vyslechli všechny skladby a dokreslili obrázky, tak měl každý za úkol ukázat a popsat svůj obrázek. Kroužek šikovné ruce je spíše pro více schopné seniory. Mohou se zde dělat ozdoby z korálků, vyšívát, plést anebo kreslit na kameny. Já jsem se seniory ráda kreslila na kameny. Potřebovala jsem, aby každý měl nějaký hezký zaoblený kámen, černou tuž, akvarelové barvy a několik druhů štětců. Každý měl za úkol vymalovat si svůj kámen podle svých představ. Cvičení ve skupině provádí senioři z Centra sociálních služeb Staroměstská každý den, jako ranní rozcvičku. Je to pro ně velice příjemné. Na tomto cvičení nejčastěji procvičují ruce, nohy a smysly. Za dobu,

co jsem za seniory docházela a cvičila s nimi, zjistila jsem, že nejraději mají cvičení s overballem (malý nafukovací míček, který je nafouknutý jen z části, aby se s ním dalo snadno manipulovat). S tímto míčkem si nejraději házejí. Je to velmi dobré na postřeh a práci rukou.

4.4. Popis průběhu výzkumu

Výzkum probíhal v Domově pro seniory Centru sociálních služeb v Českých Budějovicích. Do centra jsem docházela po dobu 3 měsíců. Při první návštěvě jsem byla seznámena s chodem domova, prošla jsem školením BOZP (Bezpečnosti práce) a absolvovala jsem jednu hodinu, při které jsem viděla, jakým způsobem probíhají aktivizační činnosti v domově pro seniory. Při této příležitosti jsem se seniorům představila a seznámila je s programem, který bych s nimi chtěla absolvovat. Senioři byli velice vstřícní a slíbili mi, že na další hodinu, kterou povedu já, se budou snažit přijít v co největším počtu.

Na první hodinu jsem si pro seniory nepřipravila žádné cvičení. Poprosila jsem seniory o vyplnění zkrácené verze dotazníků Kvality života od WHO, které jsem pro ně měla připravené. Doufala jsem, že zbude trochu času na nějakou hru, ale bohužel nám dotazníky daly zabrat více, než jsem čekala. Dotazníky bylo nutné vyplnit před intervenčním programem, abych viděla, jakou kvalitu života senioři mají a mohla je porovnat se stejnými dotazníky, které mi senioři budou vyplňovat po absolvování intervenčního programu.

V domově pro seniory mají týdenní plán aktivizačních služeb, podle kterých jsem se musela časově přizpůsobovat. Někdy jsem přišla na cvičení ve skupinách, jindy zas na trénování paměti apod. Po absolvování programu jsem seniorům přinesla znovu dotazníky WHOQOL-BREF, poděkovala jsem jim za spolupráci a rozloučila se s nimi.

5 Výsledky a diskuse

5.1. Vyhodnocení dotazníku Kvality života od WHO před a po intervenčním programu

Tabulka č. 1 ukazuje na kvalitu života seniorů. Před intervenčním programem je vidět, že kvalita života žen ze skupiny A je spíše špatná (40%). Kvalita života žen ze skupiny B je spíše dobrá (43%). U mužů ze skupiny A je vidět, že kvalita jejich života je jednoznačně dobrá (100%) a kvalita života mužů ze skupiny B není ani špatná ani dobrá (75%). Lze říci, že před intervenčním programem mají kvalitu života lepší ženy ze skupiny B a muži ze skupiny A. Po intervenčním programu se ženy ze skupiny A shodují, že kvalita jejich života není ani dobrá ani špatná (40%), ale i dobrá (40%). U mužů ze skupiny A je zřejmé, že jejich kvalita života není ani špatná ani dobrá (50%),

ale i dobrá (50%) a muži ze skupiny B mají kvalitu života dobrou (75%). Lze říci, že po intervenčním programu mají lepší kvalitu života muži ze skupiny A i B. Při pohledu na tabulku č. 1 je vidět, že kvalita života se zlepšila jak u mužů, tak u žen. Nejvíce se zlepšila u mužů.

Tabulka č. 2 – Zobrazení sebehodnocení kvality života seniorů

		vemni špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobrá	velmi dobrá
	Před					
	ženy A		2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)
	ženy B			2 (28,5%)	3 (43%)	2 (28,5%)
	muži A				4 (100%)	
	muži B			3 (75%)	1 (25%)	
Po	ženy A		1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	
	ženy B		1 (14%)	3 (43%)	3 (43%)	
	muži A			2 (50%)	2 (50%)	
	muži B			1 (25%)	3 (75%)	

Zdroj: vlastní

Před intervenčním programem tabulka č. 3 udává, jak jsou senioři spokojeni se svým zdravím. Ženy ze skupiny A udávají ve 40% nespokojenost se svým zdravím

a 40% žen nejsou ani spokojené ani nespokojené. Ženy ze skupiny B nejsou ani spokojené ani nespokojené (57%). Muži ze skupiny A mají rozdílné názory. Na každou odpověď od nespokojenosti až po velkou spokojenost připadá 25% mužů. Muži ze skupiny B 100% uvádí, že se svým zdravím nejsou ani spokojeni ani nespokojeni. Výsledky ukázaly, že nejvíce spokojené se svým zdravím jsou ženy docházející do CSS. Dále to jsou muži docházející do CSS. Ženy i muži žijící v CSS jsou se svým zdravím spokojeni i nespokojeni. Se svým zdravím jsou více spokojené ženy než muži. Po ukončení intervenčního programu je vidět na tabulce č. 3., že ženy ze skupiny A nejsou ani spokojené ani nespokojené (80%). Ženy ze skupiny B se svým zdravím nejsou ani spokojené ani nespokojené (71%). U mužů ze skupiny A je vidět, že 50% je spokojených a 50% není ani spokojeno ani nespokojeno se svým zdravím. Muži ze skupiny B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (75%). Po intervenčním programu je viditelné, že se svým zdravím jsou spokojenější ženy než muži.

Tabulka č. 3 – Spokojenost se svým zdravím.

		velmi nespokojen/á	nespokojen/á	ani spokojen/á ani nespokojen/á	spokojen/á	velmi spokojen/á
	Před					
	ženy A		2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	
	ženy B			4 (57%)	3 (43%)	
	muži A		1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)
	muži B			4 (100%)		
	Po					
	ženy A			4 (80%)	1 (20%)	
	ženy B			5 (71,5%)	2 (28,5%)	
	muži A			2 (50%)	2 (50%)	
	muži B		1 (25%)	3 (75%)		

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 4. před zobrazuje, do jaké míry brání seniorům bolest v běžných činnostech. Před intervenčním programem ženy ze skupiny A udávají, že jim bolest brání středně (60%). Ženy ze skupiny B hodnotí, že bolest jim brání v běžných činnostech hodně (57%). Mužům ze skupiny A brání bolest v běžných činnostech trochu (75%) a mužům ze skupiny B středně (75%). Nejvíce bolest brání v běžných činnostech mužům docházejícím do CSS a dále ženám docházejícím do CSS. Nejméně obtíží mají muži z CSS. S bolestí se dokáží více vypořádat ženy. Po ukončení intervenčního

programu ženy ze skupiny A odpovídaly, že jim bolest brání v běžných činnostech trochu (60%). U žen ze skupiny B bolest brání trochu (57%). Muži ze skupiny A udávají, že středně (75%) a muži ze skupiny B udávají hodně (50%). Nejvíce bolest brání v běžných činnostech mužům.

Tabulka č. 4 – Zobrazení účinku bolesti v běžných činnostech.

		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	Před					
	ženy A		2 (40%)	3 (60%)		
	ženy B		1 (14%)	2 (28,5%)	4 (57%)	
	muži A		3 (75%)	1 (25%)		
	muži B			3 (75%)	1 (25%)	
Po	ženy A		3 (60%)	2 (40%)		
	ženy B		4 (57%)	1 (14%)	2 (28,5%)	
	muži A			3 (75%)	1 (24%)	
	muži B		1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 5 před intervenčním programem udává, jak moc senioři potřebují lékařskou péči. Ženy ze skupiny A odpovídaly středně (60%). Ženy ze skupiny B se vyjadřovaly, že potřebují lékařskou péči trochu (43%). Muži ze skupiny A potřebují lékařskou péči středně (50%). Muži ze skupiny B odpovídali středně (100%). Lékařskou péči nejméně potřebují ženy. Po intervenčním programu ženy ze skupiny A udávají, že potřebují lékařskou péči středně (40%). Ženy ze skupiny B uvádějí hodně (43%). Muži ze skupiny A potřebují lékařskou péči středně (50%) a muži ze skupiny B hodně (75%). Nejméně lékařské pomoci potřebují ženy ze skupiny B a muži ze skupiny A.

Tabulka č. 5 - Potřeba lékařské pomoci v každodenním životě.

Před		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	ženy A		1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	
	ženy B		3 (43%)	2 (28,5%)	2 (28,5%)	
	muži A		1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	
	muži B			4 (100%)		
Po	ženy A		1 (20%)	2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)
	ženy B		2 (28,5%)	2 (28,5%)	3 (43%)	
	muži A		1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	
	muži B			1 (25%)	3 (75%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 6 před intervenčním programem ukazuje, jak seniory těší život. Ženy ze skupiny A uvádějí, že je život těší středně (60%) a ženy ze skupiny B také středně (43%). Muži ze skupiny A tvrdí, že je život těší maximálně (75%) a muži ze skupiny B se shodují, že je život těší hodně (100%). Nejvíce těší život muže docházející do CSS dále muže z CSS. Ženy docházející do CSS se ze života radují středně a ženy z CSS se ze života netěší. Ze života se spíše těší muži než ženy. Po ukončení intervenčního programu nám tabulka č. 6 ukazuje, že ženy ze skupiny A těší život trochu (80%). U žen ze skupiny B je to středně (43%) a hodně (43%). Muže ze skupiny A těší život středně (75%) a muži ze skupiny B středně (100%). Nejvíce těší život ženy a muže docházející do CSS. Celkově nejvíce těší život muže.

Tabulka č. 6 – Zobrazuje jak seniory těší život.

Před		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	ženy A	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)		1 (20%)
	ženy B			3 (43%)	2 (28,5)	2 (28,5%)
	muži A				1 (25%)	3 (75%)
	muži B				4 (100%)	
Po	ženy A		4 (80%)	1 (20%)		
	ženy B		1 (14%)	3 (43%)	3 (43%)	
	muži A		1 (25%)	3 (75%)		
	muži B			4 (100%)		

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 7 před intervenčním programem řeší, zda má život seniorů smysl. U žen ze skupiny A má život smysl trochu (60%). Ženy ze skupiny B odpovídaly také trochu (43%). Muži ze skupiny A i B odpovídali trochu (75%). Nejvíce si myslí,

že má jejich život smysl ženy docházející do CSS a muži docházející do CSS. Ženy si myslí, že jejich život má větší smysl než muži. Po ukončení intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly středně (60%). Ženy ze skupiny B hodně (43%). Muži ze skupiny A odpovídali, že má jejich život smysl středně (75%) a muži ze skupiny B středně (50%). Po intervenčním programu má nejvíce život smysl u žen.

Tabulka č. 7 – Zobrazuje smysl života.

Před		vůbec ne	trochu	středně	Hodně	maximálně
	ženy A		3 (60%)	2 (40%)		
	ženy B		3 (43%)	1 (14%)	2 (28,5%)	1 (14%)
	muži A		3 (75%)	1 (25%)		
	muži B		3 (75%)	1 (25%)		
Po	ženy A		1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	
	ženy B		1 (14%)	2 (28,5%)	3 (43%)	1 (14%)
	muži A		1 (25%)	3 (75%)		
	muži B		1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 8 před intervenčním programem se zabývá soustředěností seniorů. Na tuto otázku odpověděly ženy ze skupiny A středně (60%). Ženy ze skupiny B se dokážou soustředit trochu (28,5%), středně (28,5%) i maximálně (28,5%). Muži ze skupiny A se dokážou soustředit trochu (50%) a muži ze skupiny B trochu (50%) i středně (50%). Tato otázka ukázala, že muži docházející do CSS se dokáží soustředit nejvíce. Dokazuje to, že muži se dokážou soustředit více než ženy. Po ukončení intervenčního programu se ženy ze skupiny A vyjádřily, že se dokážou soustředit trochu (40%) i středně (40%). Ženy ze skupiny B odpovídaly středně (43%) a hodně (43%). Muži ze skupiny A se dokážou soustředit středně (50%) a muži ze skupiny B se dokážou soustředit středně (50%) a hodně (50%). Nejvíce se dokážou soustředit ženy a muži docházející do CSS.

Tabulka č. 8 – Zobrazuje soustředění seniorů.

Před		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	ženy A			3 (60%)	2 (40%)	
	ženy B		2 (28,5%)	2 (28,5%)	1 (14%)	2 (28,5)

	muži A		2 (50%)	1 (25%)		1 (25%)
	muži B		2 (50%)	2 (50%)		
Po	ženy A		2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	
	ženy B		1 (14%)	3 (43%)	3 (43%)	
	muži A		1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)	
	muži B			2(50%)	2(50%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 9 před intervenčním programem zobrazuje bezpečí seniorů. Na tuto otázku ženy ze skupiny A odpověděly hodně (80%). Ženy ze skupiny B odpovídaly středně (57%). Muži ze skupiny A se cítí bezpečně maximálně (100%) a muži ze skupiny B středně (100%). Tato otázka ukazuje, že nejbezpečněji se cítí muži žijící v CSS. Z této otázky vyplívá, že nejvíce bezpečně se cítí muži. Po ukončení intervenčního programu se ženy ze skupiny A cítí bezpečně středně (60%), ženy ze skupiny B se cítí bezpečně hodně (57%). Muži ze skupiny A se cítí bezpečně středně (50%) a hodně (50%). Muži ze skupiny B se cítí bezpečně středně (50%). Nejvíce bezpečně se cítí ženy ze skupiny B a muži ze skupiny A. Nejbezpečněji se cítí muži.

Tabulka č. 9 – Zobrazuje bezpečí seniorů.

Před		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	ženy A				4 (80%)	1 (20%)
	ženy B		1 (14%)	4 (57%)	1 (14%)	1 (14%)
	muži A					4(100%)
	muži B			4(100%)		
Po	ženy A		1(20%)	3(60%)	1(20%)	
	ženy B		1(14%)	2(28,5%)	4(57%)	
	muži A			2(50%)	2(50%)	
	muži B		1(25%)	2(50%)	1(25%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 10 udává hodnoty, jak zdravé je prostředí, ve kterém senioři žijí. Před intervenčním programem ženy ze skupiny A odpověděly středně (40%) a hodně (40%). Ženy ze skupiny B tvrdí, že prostředí, ve kterém žijí je zdravé středně (43%) a hodně (43%). Muži ze skupiny A tvrdí, že prostředí, ve kterém žijí je zdravé středně (100%) a muži ze skupiny B trochu (50%). Podle odpovědí seniorů si nejvíce myslí ženy docházející do CSS, že žijí ve zdravém prostředí. Nejzdravější prostředí mají

muži. Po ukončení intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly, že prostředí, ve kterém žijí je zdravé středně (40%) a hodně (40%). U žen ze skupiny B jsme se dočkali odpovědi středně (43%) a hodně (43%). Muži ze skupiny A odpovídali, že prostředí, ve kterém žijí je zdravé středně (75%) a muži ze skupiny B hodně (50%).

Tabulka č. 10 – Zobrazuje zdravotní stav prostředí.

Před		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	ženy A		1 (20%)	2(40%)	2(40%)	
	ženy B			3(43%)	3(43%)	1(14%)
	muži A			4(100%)		
	muži B		2(50%)	1(25%)		1(25%)
Po	ženy A		1(20%)	2(40%)	2(40%)	
	ženy B		3(43%)	2(28,5%)	2(28,5%)	
	muži A			3(75%)	1(25%)	
	muži B		1(25%)	1(25%)	2(50%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 11 ukazuje energii seniorů. Před intervenčním programem ženy ze skupiny A jednoznačně odpovídaly středně (100%) a ženy ze skupiny B odpovídaly také středně (43%). Muži ze skupiny A mají energie jednoznačně středně (100%) a muži ze skupiny B tvrdí, že mají energie středně (50%). Z této otázky vyplývá, že nejvíce energie pro každodenní život mají muži docházející do CSS. Po ukončení intervenčního programu mají ženy ze skupiny A energie středně (60%) a ženy ze skupiny B středně (43%) a většinou ano (43%). Muži ze skupiny A udávají, že mají energie trochu (50%) a muži ze skupiny B mají energie jednoznačně středně (100%). Nejvíce energie pro svůj každodenní život mají ženy.

Tabulka č. 11 – Zobrazuje energii seniorů.

Před		vůbec ne	Spíše ne	středně	Většinou ano	zcela
	ženy A			5(100%)		
	ženy B		1(14%)	3(43%)	2(28,5%)	1(14%)
	muži A			4(100%)		
	muži B			2(50%)	1(25%)	1(25%)
Po	ženy A		2(40%)	3(60%)		
	ženy B		1(14%)	3(43%)	3(43%)	

	muži A	1(25%)	2(50%)	1(25%)		
	muži B			4(100%)		

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 12 ukazuje, zda senioři dokáží akceptovat svůj tělesný vzhled. Před intervenčním programem ženy ze skupiny A odpověděly zcela (40%). Ženy ze skupiny B dokážou většinou (72%) akceptovat svůj tělesný vzhled. Muži ze skupiny A odpovídali většinou ano (75%) a muži ze skupiny B spíše nedokážou (50%) akceptovat svůj tělesný vzhled. Nejvíce dokáží akceptovat svůj tělesný vzhled muži. Po ukončení intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly středně (40%) a většinou ano (40%). Ženy ze skupiny B odpovídaly většinou ano (43%). Muži ze skupiny A uvádějí středně (50%) a většinou ano (50%) a muži ze skupiny B dokážou akceptovat svůj tělesný vzhled středně (75%). Nejvíce dokážou akceptovat svůj tělesný vzhled muži.

Tabulka č. 12 – Zobrazuje akceptaci tělesného vzhledu.

		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
Před	ženy A		1(20%)	1(20%)	1(20%)	2(40%)
	ženy B		1(14%)	1(14%)	5(72%)	
	muži A			1(25%)	3(75%)	
	muži B		2(50%)	1(25%)	1(25%)	
Po	ženy A		1(20%)	2(40%)	2(40%)	
	ženy B		2(28,5%)	2(28,5%)	3(43%)	
	muži A			2(50%)	2(50%)	
	muži B			3(75%)	1(25%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 13 ukazuje, množství peněz pro uspokojování potřeb seniorů. Před zahájením intervenčního programu ženy ze skupiny A udávají, že peněz mají středně (40%) nebo spíše ne (40%). Ženy ze skupiny B tvrdí, že peněz mají středně (72%). Muži ze skupiny A tvrdí, že většinou peníze mají (100%). Muži ze skupiny B také peníze většinou mají (50%). U této otázky vyšlo, že nejvíce peněz k uspokojení svých potřeb mají muži z CSS. Po ukončení intervenčního programu mají ženy ze skupiny A středně (80%) peněz k uspokojení svých potřeb. Ženy ze skupiny B mají peněz středně (43%) a většinou ano (43%). Muži ze skupiny A mají středně

peněz (75%) a muži ze skupiny B mají středně (50%) a většinou ano (50%). Nejvíce peněz k uspokojení svých potřeb mají muži a ženy docházející do CSS.

Tabulka č. 13 – Zobrazuje množství peněz.

Před		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
	ženy A		2(40%)	2(40%)		1(20%)
	ženy B			5(72%)	2(28%)	
	muži A				4(100%)	
	muži B		1(25%)	1(25%)	2(50%)	
Po	ženy A		1(20%)	4(80%)		
	ženy B		1(14%)	3(43%)	3(43%)	
	muži A		1(25%)	3(75%)		
	muži B			2(50%)	2(50%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 14 zobrazuje, jaký mají senioři přístup k informacím. Před intervenčním programem ženy ze skupiny A odpovídaly, že většinou se dostanou k informacím, které potřebují (60%). Ženy ze skupiny B tvrdí, že se také dostanou snadno k informacím, které potřebují (72%). Muži ze skupiny A se shodly, že se k informacím většinou dostanou (100%) a muži ze skupiny B se k informacím dostanou středně (50%). Dostatek informací pro svůj každodenní život mají muži z CSS. U této otázky se ukázalo, že muži mají více potřebných informací, než ženy. Po skončení intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly, že většinou ano (60%), ženy ze skupina B většinou ano (58%). Muži ze skupiny A odpovídali středně (50%) a většinou ano (50%). Muži ze skupiny B odpovídali jednoznačně, že se k informací dostanou středně (100%). U této otázky, zda mají senioři přístup k veškerým informacím, nejlépe odpovídali muži.

Tabulka č. 14 – Zobrazuje přístup k potřebným informacím.

Před		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
	ženy A	1(20%)	1(20%)		3(60%)	
	ženy B			2(28%)	5(72%)	
	muži A				4(100%)	
	muži B		1(25%)	2(50%)	1(25%)	
P o	ženy A			2(40%)	3(60%)	

	ženy B		1(14%)	2(28%)	4(58%)	
	muži A			2(50%)	2(50%)	
	muži B			4(100%)		

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 15 udává, zda senioři mají možnost věnovat se svým zálibám. Ženy ze skupiny A odpověděly, že středně (40%) a ženy ze skupiny B že většinou ano (58%). Muži ze skupiny A tvrdí, že se mohou většinou věnovat svým zálibám (50%) a muži ze skupiny B tvrdí středně (75%). Nejvíce času na své záliby mají ženy. Po ukončení intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly jednoznačně středně (100%) a ženy ze skupiny B většinou ano (43%). Muži ze skupiny A jsou v rozporu 50% tvrdí spíše ne a 50% tvrdí, že středně. U Mužů ze skupiny B vyčnívá odpověď většinou ano (50%). Nejvíce času na své aktivity mají muži a ženy docházející do CSS. Celkově jsou to ženy.

Tabulka č. 15 – Zobrazuje možnost věnovat se svým zálibám.

		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
	Před					
	ženy A		1(20%)	2(40%)	1(20%)	1(20%)
	ženy B		1(14%)	1(14%)	4(58%)	1(14%)
	muži A		1(25%)	1(25%)	2(50%)	
	muži B			3(75%)	1(25%)	
	Po					
	ženy A			5(100%)		
	ženy B		2(28%)	2(28%)	3(43%)	
	muži A		2(50%)	2(50%)		
	muži B		1(25%)	1(25%)	2(50%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 16 zobrazuje, jak se senioři dokáží pohybovat. Před intervenčním programem ženy ze skupiny A odpovídaly ani špatně ani dobře (100%). Ženy ze skupiny B udávají ani špatně ani dobře (58%). Muži ze skupiny A uvádí špatně (50%) a ani špatně ani dobře (50%). Muži ze skupiny B tvrdí, že jejich pohyblivost je špatná (50%) anebo dobrá (50%). Na tuto otázku nejkladněji odpovídaly ženy. Po skončení intervenčního programu ženy ze skupiny A uvádějí, že jejich pohyblivost je špatná (40%). Ženy ze skupiny B ani špatná ani dobrá (58%). Muži ze skupiny A uvádějí velmi špatná (50%) a muži ze skupiny B špatná (50%). Na tuto otázku nejkladněji odpovídaly ženy.

Tabulka č. 16 – Zobrazuje pohyblivost seniorů.

		pohyblivost				
		velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
Před	ženy A			5(100%)		
	ženy B	1(14%)	1(14%)	4(58%)	1(14%)	
	muži A		2(50%)	2(50%)		
	muži B		2(50%)		2(50%)	
Po	ženy A	1(20%)	2(40%)	1(20%)	1(20%)	
	ženy B		1(14%)	4(58%)	2(28%)	
	muži A	2(50%)	1(25%)	1(25%)		
	muži B		2(50%)	1(25%)	1(25%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 17 zobrazuje spokojenost seniorů se spánkem. Před zahájením intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly jednoznačně, že nejsou ani spokojené ani nespokojené (100%). Ženy ze skupiny B odpovídaly, že nejsou ani spokojené ani nespokojené (58%). Muži ze skupiny A se vyjádřili, že nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (50%) a nespokojeni (50%). U této otázky jsou jednoznačně spokojenější muži. Po ukončení intervenčního programu ženy ze skupiny A tvrdí, že jsou nespokojené (40%) a ženy ze skupiny B nejsou ani spokojené ani nespokojené (58%). Muži ze skupiny A jsou velmi nespokojeni (50%) a muži ze skupiny B jsou nespokojeni (50%). Nejvíce spokojené se spánkem jsou ženy.

Tabulka č. 17 – Zobrazuje spokojenost se spánkem.

		velmi nespokojen/á	nespokojen/á	ani spokojen/á ani nespokojen/á	spokojen/á	velmi spokojen/á
Před	ženy A			5(100%)		
	ženy B	1(14%)	1(14%)	4(58%)	1(14%)	
	muži A		2(50%)	2(50%)		
	muži B		2(50%)		2(50%)	
Po	ženy A	1(20%)	2(40%)	1(20%)	1(20%)	
	ženy B		1(14%)	4(58%)	2(28%)	
	muži A	2(50%)	1(25%)	1(25%)		
	muži B		2(50%)	1(25%)	1(25%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 18 zobrazuje výsledky na otázku, jak jsou senioři spokojení se schopností provádět každodenní činnosti. Před zahájením intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídají, že nejsou ani spokojené ani nespokojené (60%), ženy ze skupiny B nejsou také ani spokojené ani nespokojené (58%). Muži ze skupiny A nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (75%) a muži ze skupiny B jsou spokojeni (75%). U této otázky mají největší schopnost provádět každodenní činnosti senioři muži docházející do CSS. Po ukončení intervenčního programu ženy ze skupiny A jsou nespokojné (40%) a ani spokojené ani nespokojené (40%). Ženy ze skupiny B nejsou ani spokojené ani nespokojené (58%). Muži ze skupiny A jsou jednoznačně spokojeni (100%) a muži ze skupiny B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (75%). Nejvíce spokojeni s prováděním každodenních činností jsou muži.

Tabulka č. 18 – Zobrazuje schopnost provádět každodenní činnosti.

		velmi nespokojen/á	nespokojen/á	ani spokojen/á ani nespokojen/á	spokojen/á	velmi spokojen/á
Před	ženy A			3(60%)		2(40%)
	ženy B		1(14%)	4(58%)	1(14%)	1(14%)
	muži A			3(75%)	1(25%)	
	muži B				3(75%)	1(25%)
Po	ženy A		2(40%)	2(40%)	1(20%)	
	ženy B		1(14%)	4(58%)	2(28%)	
	muži A			4(100%)		
	muži B			3(75%)	1(25%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 19 zobrazuje spokojenost seniorů s pracovním výkonem. Před zahájením intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly, že jsou spokojené (60%) s pracovním výkonem a ženy ze skupiny B odpovídaly, že jsou také spokojené (43%) s pracovní výkonem. Muži ze skupiny A uvádějí, že nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (75%) a muži ze skupiny B uvádějí, že jsou spokojeni (75%) U této otázky jsou spokojenější muži. Po skončení intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly, že nejsou ani spokojené ani nespokojené (40%) a spokojené (40%). Ženy ze skupiny B odpovídaly, že nejsou ani spokojené ani nespokojené (58%). Muži ze skupiny A jsou nespokojeni (50%) a muži ze skupiny B jsou spokojeni (50%) a ani spokojeni ani nespokojeni (50%). Nejvíce spokojené se svým pracovním výkonem jsou ženy.

Tabulka č. 19 – Zobrazuje spokojenost s pracovním výkonem.

		velmi nespokojen/á	nespokojen/á	ani spokojen/á ani nespokojen/á	spokojen/á	velmi spokojen/á
Před	ženy A		1(20%)	1(20%)	3(60%)	
	ženy B		2(28%)	2(28%)	3(43%)	
	muži A			3(75%)	1(25%)	
	muži B			1(25%)	3(75%)	
Po	ženy A		1(20%)	2(40%)	2(40%)	
	ženy B		1(14%)	4(58%)	2(28%)	
	muži A		2(50%)	1(25%)	1(25%)	
	muži B			2(50%)	2(50%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 20 se zabývá spokojeností seniorů s jejich osobou. Před zahájením intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly ani spokojené ani nespokojené (40%) a ženy ze skupiny B spokojeny (43%). Muži ze skupiny A se shodli, že nejsou

ani spokojeni ani nespokojeni (100%) a muži ze skupiny B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (50%) a i spokojeni (50%). Nejvíce spokojeni jsou u této otázky muži. Po ukončení intervenčního programu ženy ze skupiny A odpověděly, že jsou nespokojené (40%) a ani spokojené ani nespokojené (40%) a ženy ze skupiny B jsou spokojené (43%). Muži ze skupiny A jsou jednoznačně ani spokojeni ani nespokojeni (100%) a muži ze skupiny B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (75%). Nejvíce spokojeni sami se sebou jsou ženy.

Tabulka č. 20 – Zobrazuje spokojenost sám se sebou.

Před		velmi nespokojen/á	nespokojen/á	ani spokojen/á ani nespokojen/á	spokojen/á	velmi spokojen/á
	ženy A		1(20%)	2(40%)	1(20%)	1(20%)
	ženy B		2(28%)	2(28%)	3(43%)	
	muži A			4(100%)		
	muži B			2(50%)	2(50%)	
Po	ženy A		2(40%)	2(40%)	1(20%)	
	ženy B		1(14%)	3(43%)	3(43%)	
	muži A		3(75%)	1(25%)		
	muži B			3(75%)	1(25%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 21. se týká spokojenosti seniorů se svými osobními vztahy. Před zahájením intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly, že jsou spokojené (100%) a ženy ze skupiny B jsou také spokojené (43%). Muži ze skupiny A i B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (100%). S osobními vztahy jsou spokojenější muži než ženy. Po ukončení intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly, že jsou spokojené (60%) a ženy ze skupiny B jsou také spokojené (43%). Muži ze skupiny A nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (50%) a muži ze skupiny B jsou spokojeni (75%). Nejvíce spokojeni se svými osobními vztahy jsou ženy.

Tabulka č. 21 – Zobrazuje spokojenost s osobními vztahy.

Před		velmi nespokojen/á	nespokojen/á	ani spokojen/á ani nespokojen/á	spokojen/á	velmi spokojen/á
	ženy A				5(100%)	
	ženy B		1(14%)	1(14%)	3(43%)	2(28%)
	muži A			4(100%)		
	muži B			4(100%)		
Po	ženy A			2(40%)	3(60%)	

O	ženy B			2(28%)	3(43%)	2(38%)
	muži A		1(25%)	2(50%)	1(25%)	
	muži B			1(25%)	3(75%)	

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 22 řeší spokojenost seniorů s podporou, kterou jim poskytují přátelé. Před zahájením intervenčního programu ženy ze skupiny A měly rozdílné názory. Každá ženy odpověděla jinou odpověď. Ženy ze skupiny B jsou spokojené (72%). Muži ze skupiny A jsou jednoznačně s podporou, kterou jim poskytují přátelé spokojení (100%) a muži ze skupiny B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (50%). Nejvíce spokojeni s podporou, kterou seniorům poskytují přátelé, jsou muži docházející do CSS. Nejvíce spokojeni jsou muži. Po skončení intervenčního programu ženy ze skupiny A odpověděly, že nejsou ani spokojené ani nespokojené (80%) a ženy ze skupiny B nejsou také ani spokojené ani nespokojené (58%). Muži ze skupiny A i B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (100%). Nejvíce spokojeni s podporou přátel jsou muži.

Tabulka č. 22 – Zobrazuje podporu od přátel.

Před		velmi nespokojen/á	nespokojen/á	ani spokojen/á ani nespokojen/á	spokojen/á	velmi spokojen/á
	ženy A	1(20%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)	1(20%)
	ženy B			2(28%)	5(72%)	
	muži A				4(100%)	
	muži B			2(50%)	1(25%)	1(25%)
Po	ženy A		1(20%)	4(80%)		
	ženy B			4(58%)	3(42%)	
	muži A			4(100%)		
	muži B			4(100%)		

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 23 zobrazuje, zda jsou senioři spokojeni s podmínkami, kde žijí. Před intervenčním programem ženy ze skupiny A odpovídaly, že jsou spokojené (80%) a ženy ze skupiny B jsou také spokojené (58%). Muži ze skupiny A jsou spokojeni (100%) a muži ze skupiny B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (50%). Nejvíce spokojeni s podmínkami, ve kterých žijí, jsou muži z CSS. Nejvíce spokojené jsou ženy.

Po skončení intervenčního programu jsou ženy ze skupiny A spokojené (100%), ženy ze skupiny B ani spokojené ani nespokojené (43%) a spokojené (43%). Muži ze skupiny A nejsou ani nespokojeni ani nespokojeni (50%) a spokojeni (50%) a muži ze skupiny B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (50%). Nejvíce spokojeni s podmínkami v místě, kde žijí, jsou muži.

Tabulka č. 23 – Zobrazuje spokojenost s bydlením.

		velmi nespokojen/á	nespokojen/á	ani spokojen/á ani nespokojen/á	spokojen/á	velmi spokojen/á
	Před					
	ženy A			1(20%)	4(80%)	
	ženy B			2(28%)	4(58%)	1(14%)
	muži A				4(100%)	
	muži B		1(25%)	2(50%)	1(25%)	
Po	ženy A				5(100%)	
	ženy B		1(14%)	3(42%)	3(42%)	
	muži A			2(50%)	2(50%)	
	muži B			2(50%)	1(25%)	1(25%)

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 24 se zabývá spokojeností seniorů se zdravotní péčí. Před intervenčním programem ženy ze skupiny A odpověděly, že jsou se zdravotní péčí spokojené (80%) a ženy ze skupiny B jsou také spokojené (58%). Muži ze skupiny A jsou jednoznačně spokojeni (100%) a muži ze skupiny B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (50%). Nejvíce spokojené jsou ženy. Po ukončení intervenčního programu ženy ze skupiny A odpověděly, že nejsou ani spokojené ani nespokojené

(80%) a ženy ze skupiny B nejsou ani spokojené ani nespokojené (58%). Muži ze skupiny A jsou spokojeni (50%) a muži ze skupiny B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (75%). Nejvíce spokojeni se zdravotní péčí jsou muži.

Tabulka č. 24 – Zobrazuje spokojenost se zdravotní péčí.

Před		velmi nespokojen/á	nespokojen/á	ani spokojen/á ani nespokojen/á	spokojen/á	velmi spokojen/á
	ženy A			1(20%)	4(80%)	
	ženy B			2(28%)	4(58%)	1(14%)
	muži A				4(100%)	
	muži B		1(25%)	2(50%)	1(25%)	
Po	ženy A		2(40%)	3(60%)		
	ženy B		3(42%)	4(58%)		
	muži A		1(25%)	1(25%)	2(50%)	
	muži B		1(25%)	3(75%)		

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 25 ukazuje odpovědi na otázku, jak jsou senioři spokojeni s dopravou. Před zahájením intervenčního programu ženy ze skupiny A odpověděly, že jsou spokojené s dopravou (60%) a ženy ze skupiny B jsou také spokojené (86%). Muži ze skupiny A jsou spokojeni (75%) a muži ze skupiny B jsou nespokojeni (50%). Nejvíce spokojeni s dopravou jsou ženy docházející do CSS. Nejvíce spokojené jsou ženy. Po ukončení intervenčního programu jsou ženy ze skupiny A ani spokojené ani nespokojené (80%), ženy ze skupiny B nejsou ani spokojené ani nespokojené (58%). Muži ze skupiny A jsou spokojeni (50%) a muži ze skupiny B nejsou ani spokojeni ani nespokojeni (75%). Nejvíce spokojeni s dopravou jsou muži.

Tabulka č. 25 – Zobrazuje spokojenost s dopravou.

Před		velmi nespokojen/á	nespokojen/á	ani spokojen/á ani nespokojen/á	spokojen/á	velmi spokojen/á
	ženy A		1(20%)	1(20%)	3(60%)	
	ženy B			1(14%)	6(86%)	
	muži A			1(25%)	3(75%)	
	muži B		2(50%)	1(25%)	1(25%)	
Po	ženy A		2(40%)	3(60%)		
	ženy B		3(42%)	4(58%)		
	muži A		1(25%)	1(25%)	2(50%)	
	muži B		1(25%)	3(75%)		

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 26 zobrazuje, jak často senioři prožívají negativní emoce. Před intervenčním programem ženy ze skupiny A odpovídaly středně (80%) a ženy ze skupiny B někdy (43%). Muži ze skupiny A odpovídali středně (100%) a muži ze skupiny B odpovídali středně (50%). Nejméně negativních pocitů prožívají muži docházející do CSS. Nejméně negativní pocity prožívají muži. Po ukončení intervenčního programu ženy ze skupiny A odpovídaly někdy a středně (40%), ženy ze skupiny B středně (58%). Muži ze skupiny A odpovídali středně (75%) a muži ze skupiny B někdy (50%). Nejméně negativních pocitů prožívají muži a ženy docházející do CSS. Nejméně negativních pocitů mají muži.

Tabulka č. 26 – Zobrazuje negativní pocity.

		negativní pocity				
		nikdy	Někdy	středně	celkem často	neustále
Před	ženy A		1(20%)	4(80%)		
	ženy B	1(14%)	3(42%)	1(14%)	2(28%)	
	muži A			4(100%)		
	muži B	1(25%)	1(25%)	2(50%)		
Po	ženy A		2(40%)	2(40%)	1(20%)	
	ženy B	1(14%)	2(28%)	4(58%)		
	muži A		1(25%)	3(75%)		
	muži B	1(25%)	2(50%)	1(25%)		

Zdroj: vlastní

5.2. Odpovědi na výzkumné předpoklady

Hypotéza H1: Předpokládám, že kvalita života seniorů bude stejná před a po skončení intervenčního programu.

Z tabulky č. 2 vyplývá, že kvalita života seniorů jsou před intervenčním programem spokojeni v 70% a po skončení intervenčního programu v 80%.

První hypotézu považuji za **potvrzenou**.

Hypotéza H2: Předpokládám, že kvalita spánku u seniorů bude po skončení intervenčního programu lepší než před začátkem.

Z tabulky č. 17 vyplývá, že s kvalitou spánku před intervenčním programem bylo spokojeno 42,5% seniorů a po skončení intervenčního programu bylo spokojeno 37,5%. Kvalita života spánku je na stejné úrovni před i po intervenčním programu.

Druhou hypotézu považuji za **nepotvrzenou**.

Hypotéza H3: Předpokládám, že senioři budou po skončení intervenčního programu spokojenější se svým zdravím než před začátkem.

Z tabulky č. 3 vyplývá, že před intervenčním programem bylo spokojeno se svým zdravím 57,5% seniorů a po skončení intervenčního programu bylo spokojeno 60% seniorů.

Třetí hypotézu považuji za **potvrzenou**.

Diskuse

Aktivizační činnosti, které senioři provádí pravidelně každý den, předurčují tuto skupinu ke stejným výsledkům. Výsledky byly překvapivé, ale i tak se podařilo dospět k některým závěrům publikovanými jinými autory.

Použitým dotazníkem Kvality života od Světové zdravotnické organizace, bylo možno dojít k závěru, že kvalita život mužů je lepší než kvalita života žen (viz tabulka č. 2). Payne (2005) uvádí, že kvalita života mužů a žen je rozdílná. Podle vlivů pohlaví tvrdí: „*muži jsou spokojenější než ženy jak v nejdůležitějších oblastech svých životů (se svými vztahy i s prací), tak se svými životy vcelku*“ (PAYNE, 2005). I přes rozdílné způsoby testování, došlo při měření kvality života mužů a žen v seniorském věku ke stejným výsledkům, je tedy možné tvrdit, že tento výsledek je relevantně platný a tudíž použitelný na celou skupinu.

Výsledky použitého dotazníků v této práci ukázaly, že jsou se svým zdravím spokojenější více ženy než muži (viz tabulka č. 3). Payne (2005) dále srovnává subjektivní zdraví mužů a žen. Došel k závěru, že muži jsou spokojenější se svým zdravím než ženy. U této otázky došlo k rozporu s jiným autorem a je tedy nutné si položit otázku proč. Prvním důvodem odlišných výsledků může být použití jiného druhu měření, dalším důvodem by mohl být fakt, že zkoumané skupiny se mohly

výrazně lišit svým zdravotním stavem a tudíž jejich odpovědi nemohly být zobecněny. Posledním důvodem je období, ve kterém byl výzkum prováděn. Payne (2005) prováděl výzkum během let 2000 a 2001, tudíž měl možnost vystřídat všechny roční období, kdy obzvláště senioři jsou velmi citliví k teplotním změnám. Výzkum této práce byl prováděn v období říjen až prosinec 2010. Tento čas není pro seniory příznivý. Je zima, klimatické podmínky nejsou vhodné k vycházení z domu a senioři nemají energii k činnostem, které by podporovaly jejich zdraví.

Podle emocionální dimenze se s autorem opět shodují. Payne (2005) uvádí, že muži prožívají negativní emoce častěji než ženy. Podle odpovědí, které byly seniory poskytnuty, bylo možné dojít k závěru, že před zahájením intervenčního programu prožívali méně negativních pocitů spíše muži. Po ukončení intervenčního programu byly výsledky stejné (viz tabulka č. 27). Potvrdily se výsledky před zahájením intervenčního programu s výsledky jiného autora.

Podle výsledků z tabulky č. 17 jsem zjistila, že senioři mají odlišné názory na kvalitu jejich spánku. Většina seniorů není se svým spánkem ani spokojena ani nespokojena. BORZOVÁ (2009) uvádí, že ve stáří je kvalita spánku zhoršená. Je to z důvodu změny životního stylu, jako je například snížení fyzické aktivity, kdy senioři se přes den málo unaví a v noci nemají potřebu odpočívat. Nevím, jaký životní styl vedou senioři, podle kterých autorka dospěla k tomuto závěru, ale senioři, s kterými jsem pracovala na této práci, mají dostatek aktivity přes den a proto mohou mít někdy kvalitnější spánek než senioři, kteří nic nedělají. V této otázce se s autorkou víceméně shodují.

Pohybová aktivita seniorů je velice špatná. Podle výsledků, které znázorňuje tabulka č. 16, se zjištění potvrdilo. KLEVETOVÁ, DLABALOVÁ (2008) tvrdí, že pohyblivost seniorů je zhoršená, kvůli tomu, že dnešní senioři nebyli na stáří připravováni. Mladá populace je už teď vedena ke zdravému životnímu stylu, kdy je na prvním místě pohyb, který je pro tělo velmi důležitý a dokáže nám udržet tělesnou zdatnost až do vysokého věku. Dotazovaní senioři v CSS mají různé pohybové aktivity, ale i přes vysokou snahu již nejde ztracená mobilita vrátit. V tomto stádiu lze mobilitu jen udržet na stejné úrovni a to si myslím se personálu CSS velice daří.

6 Závěr

Stáří, je to přirozený průběh života, který nikdo nezastaví. Jediné, co se dá změnit je kvalita života ve stáří. V seniorském období bude znát, jaký senior vedl život. Jestli žil zdravým životním stylem (zdravá strava, přiměřená pohybová aktivita a nevystavování se stresovým situacím) nebo naopak se o svou životosprávu nezajímal. Díky těmto faktorům se dá pohledem posoudit kvalita života. Senior, který žil celý život aktivně, většinou zůstane aktivní i nadále a bude mít kladný přístup k životu a naopak senior, který nežil moc aktivně, nebude mít radost ze života.

Senioři žijící v Domově pro seniory, Centru sociálních služeb v Českých Budějovicích mají velmi příjemné prostředí, které jim pomáhá k udržení tělesného, sociálního a duševního zdraví. Díky aktivizačním činnostem, umožňují seniorům rozvíjení v činnostech, které je baví a napomáhají jim k lepší kvalitě života.

Senioři docházející na aktivizační činnosti do CSS kvalitu života vylepšují už jen tím, že jsou ochotni do CSS docházet. Mají zde vytvořenou skupinu přátel, ve které panuje štěstí a pohoda. Již při prvním setkání jsem viděla rozdíl mezi těmito dvěma skupinami. Senioři žijící v CSS jsou většinou imobilní lidé, kteří potřebují druhou osobu, která jim pomáhá v běžných činnostech. Druhou skupinu tvoří samostatní lidé, kteří do domova docházejí proto, aby i nadále zůstali aktivními a také, aby poznali jiné lidi a dále se rozvíjeli.

Cílem této práce bylo zjistit kvalitu života seniorů v Domově pro seniory, Centru sociálních služeb v Českých Budějovicích. Abych se propracovala k cíli, musela jsem pochopit problematiku seniorského věku, aplikovat intervenční program a vyhodnotit dotazníky, díky kterým se mi dostala odpověď na mé hypotézy.

Zajímalo mě, zda bude kvalita života seniorů po aplikaci intervenčního programu lepší než před zahájením. Podle odpovědi seniorů zůstala kvalita života na stejné úrovni. Myslím si, že kvalita života se výrazně nezlepšila ani nezhoršila kvůli tomu, že aktivizační činnosti, které jsem se seniory prováděla dělají poměrně často a rádi. Další hypotéza, které jsem se věnovala byla zaměřena na kvalitu spánku. Zde se ukázalo, že intervenční program neměl na spánek seniorů výrazný vliv. Poslední hypotézu jsem zaměřila na spokojenost seniorů se svým zdravím. Díky odpovědím,

které mi senioři poskytly byla má hypotéza potvrzena. Senioři jsou spokojenější se svým zdravím.

Díky materiálům, které byly na tuto práci použity, bylo možné splnit si svůj cíl práce. Zjistila jsem, že kvalita života v seniorském věku je na vysoké úrovni. Pečovatelské domy si určitě zaslouží velký dík za to co, pro seniory dělají. Myslím si, že do budoucnosti bude kvalita života ve stáří vzrůstat a populace se bude dožívat vyššího věku.

7 Seznam použitých zdrojů

BORZOVÁ CLAUDIA A KOLEKTIV: *Nespavost a jiné poruchy spánku*. První vydán. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 144s. ISBN 978-80-247-2978-7.

BRYANT GRAHAM, JAMES LORRAINE: *Simply Tai Chi*. Australia: Hinkler Books Pty Ltd, 2003 ISBN 1-7412-1353-3.

ČELEDOVÁ LIBUŠE, ČEVELA ROSTISLAV: *Výchova ke zdraví*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 128s. ISBN 978-80-247-3213-8.

DAVIES KIM: *Tchaj-čchi*. 1.české vydání. Praha: Svojtka & Co. 2006. 64s. 208s. ISBN 80-7352-411-2.

DRAGOMIRECKÁ EVA, BARTOŇOVÁ JITKA: *WHOQOL-BREF WHOQOL-100, World Health Organization Quality of Life Assessment, příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1.vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 88s. ISBN 80-85121-82-4.

JOHNOVÁ MILENA: *Standardy kvality sociálních služeb*. 2. upravené vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003. 24s. ISBN 80-86552-67-5.

KALVACH ZDENĚK A KOLEKTIV: *Geriatric a gerontologie*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 861s. ISBN 80-247-0548-6.

KLAVETOVÁ DANA, DLABALOVÁ IRENA: *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 202s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KRAMÁŘOVÁ NADEŽDA: *Gerontopsychiatrie*. 1.vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 43s. ISBN 80-7040-442-6.

LANGMAIER JOSEF, KREJČÍŘOVÁ DANA: *Vývojová psychologie*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 132s. ISBN 80-247-1284-9.

LUKÁŠ KAREL, ŽÁK ALEŠ A KOLEKTIV: *Chorobné znaky a příznaky*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 520s. ISBN 978-80-247-2764-6.

MAHÉŠVARÁNANDA PARAMHANS SVÁMÍ: *Systém jóga v denním životě*. Praha: Mladá fronta, 2006. 448s. ISBN 80-204-1277-8.

MICHALÍK JAN A KOLEKTIV: *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. 1.vydání. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008. 142s. ISBN 978-80-903658-2-7.

MÚHLPACHR PAVEL: *Schola gerontologica*. 1.vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 314s. ISBN 80-210-3838-1.

MÚHLPACHR PAVEL: *Gerontopedagogika*. 1.vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203s. ISBN 80-210-3345-2.

O'CONNOR MARGARET, ARANDA SANCHIA: *Paliativní péče : pro sestry všech oborů*. 1.české vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 324s. ISBN 80-247-1295-4.

OREL MIROSLAV, FACOVÁ VĚRA O KOLEKTIV, *Člověk, jeho smysly a svět*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 256s. ISBN 978-80-247-2946-6.

PAYNE JAN A KOLEKTIV: *Kvalita života a zdraví*. 1.vydání. Praha: Triton, 2006. 629s. ISBN 80-7254-657-0.

RAFTERY ANDREW T., LIM ERIC: *Diferenciální diagnóza*. 1.české vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 520s. ISBN 978-80-247-2356-3.

RŮŽIČKA RADOMÍR, SOSÍK RUDOLF: *Čchi Kung Cesta ke zdraví a dlouhověkosti*. 1.vydání. Olomouc: Poznání, 2002. 176s. ISBN 80-86606-01-5.

SCHULER MATTHIAS, OSTEN PETER: *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1.české vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 336s. ISBN 978-80-247-3013-4.

SOVOVÁ ELIŠKA: *100+1 otázek a odpovědí o krevním tlaku : syndrom obstrukční spánkové apnoe, jak správně měřit krevní tlak, nebezpečí hypertenze*. 1.vydání. Praha: Grada, 2008. 96s. ISBN 978-80-247-2281-8.

SÝKOROVÁ JAROSLAVA A KOLEKTIV: *Standardy kvality sociálních služeb*. 1.vydání. Praha: Český helsinský výbor, 2004. 56s. ISBN 80-86436-15-2.

TIENFERBACHER ANGELIKA: *Trénink paměti, Osvědčené tipy, metody a cvičení*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 153s. ISBN 978-80-247-3177-3.

VENGLÁŘOVÁ MARTINA: *Problematické situace v péči o seniory : příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vydání Praha: Grada, 2007. 96s. ISBN 978-80-247-2170-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Centrum sociálních služeb Staroměstská [on-line] [citováno 2010-10-25]

Dostupné z: WWW: <<http://www.staromestská.cz>>.

ČERVENKA, V.: Problematika stáří – prezentace ppt [on-line] [citováno 2010-10-27]

Poslední aktualizace 2010

Dostupné z: : WWW: <<http://www.husiti.cz/ccshpd/attach/stari.ppt>>.

Gerontopsychologie, [on-line] poslední aktualizace 1.10.2000 [citováno 2010-11-03]
Dostupné z: http://www.cojeco.cz/index.php?detail=1&id_desc=29616&s_lang=2&title=gerontopsychologie >.

KUSÁ, M.: Stáří, [on-line] [citováno 2010-11-03]
Dostupné z: WWW: < <http://www.prosestry.cz/index.php?page=stari> >.

MAHÉŠVARÁNANDA PARAMHANS SVÁMÍ : Systém jóga v denním životě, [on-line] [citováno 2011-01-02]
Dostupné z : WWW: <<http://www.joga.cz/>>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Sociální služby [on-line] [citováno 2010-12-15] Poslední aktualizace 22.4.2009
Dostupné z: WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.

ONDRUŠOVÁ, J.: Měření kvality života u seniorů, [on-line] [citováno 2010-12-04]
Dostupné z: WWW: <http://www.geriatricarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf >.

Arteterapie a senioři. *časopis ČAA* [online]. 2010, 6, [cit. 2011-04-27]. Dostupný z WWW: <casopisca.wz.cz/clanky/c06%20seniori.doc >.

VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK, [on-line] [citováno 2011-02-12]
Dostupné z: WWW: < <http://lekarske.slovníky.cz/> >.

8 Seznam použitých zdrojů

cca	circa, přibližně
CSS	Centrum sociálních služeb
č.	číslo
DPS	Domov pro seniory
g	gram
m	musculus (sval)
PS	pečovatelská služba
Tab	tabulka
TK	tlak krve
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Duality of Life Assesment Dotazník Kvality života od světové zdravotnické organizace
WHOQOL-BREF	World Health Organization Duality of Life Assesment Dotazník Kvality života od světové zdravotnické organizace – zkrácená verze
WHOQOL-OLD	Dotazník Kvality života od světové zdravotnické organizace – pro seniory
www	informační systém pro práci s hypertextovými dokumenty na Internetu (angl. <i>World Wide Web</i> , "celosvětová pavučina")

9 Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník Kvality života od světové zdravotnické organizace

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE WHOQOL-BREF (krátká verze)

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Hnilíčková a chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku na téma „Kvalita života v seniorském věku u žen a mužů v Domově pro seniory, Centru sociálních služeb v Českých Budějovicích“ pro mou bakalářskou práci. Data v dotazníku jsou zcela anonymní, nemusíte se bát jejich zneužití. Předem všem děkuji za ochotu!

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 jako 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.:

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	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.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	Vůbec ne 1	Trochu 2	Středně 3	Hodně 4	maximálně 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.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Velmi špatně 1	Špatně 2	Ani špatně Ani dobře 3	Dobrá 4	Velmi dobrá 5
--	----------------------	-------------	------------------------------	------------	---------------------

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Velmi nespokojen/á 1	Nespokojen/á 2	Ani spokojen/á ani nespokojen/á 3	Spokojen/á 4	Velmi spokojen/á 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.

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožívali tuto věc během	velmi nespokojen/a	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

	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

Příloha č. 3 - Centrum sociálních služeb Staroměstská



Obr. č. 1 – Pohled na CSS Staroměstská v Českých Budějovicích.